



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTADE DE MEDICINA E ODONTOLOXÍA

TRABALLO FIN DE GRAO DE MEDICINA

Título: Alternativas en la hospitalización psiquiátrica aguda

Alternativas na hospitalización psiquiátrica aguda

Another option in the hospitalization of acute psychiatric patients

AUTOR: Julia Pérez Malillos

TITORA: Ángela Juana Torres Iglesias

COTITOR: Daniel Núñez Arias

Departamento: Psiquiatría

Curso académico: 2019/2020

Convocatoria: Primera

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II.MATERIAL Y MÉTODOS.....	4
II.I CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:.....	4
III.RESULTADOS	9
IV.DISCUSIÓN.....	19
V.LIMITACIONES.....	24
VI.CONCLUSIONES.....	26
VII.BIBLIOGRAFÍA	27

Resumen

El objetivo de este trabajo es revisar sistemáticamente las publicaciones sobre las diferentes modalidades de hospitalización de agudos de psiquiatría, con especial hincapié en las unidades de puertas abiertas. La búsqueda de publicaciones se llevó a cabo siguiendo los criterios PRISMA, centrándose en los estudios publicados sobre las distintas formas de hospitalización implantadas a nivel internacional, tratando de determinar si los resultados de estos estudios son positivos para el bienestar de los pacientes. Desde décadas anteriores, la hospitalización psiquiátrica aguda ha sufrido notables modificaciones, pasando de hospitales manicomiales a unidades integradas en complejos hospitalarios. Una vez superada esta barrera, en los últimos años, el foco se ha puesto en las unidades de hospitalización abierta, un nuevo concepto de tratamiento que fomenta la humanización, intentando disminuir el estigma de la hospitalización psiquiátrica y mejorar la experiencia de los pacientes durante el ingreso. En el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, esta unidad lleva funcionando ocho años, con resultados satisfactorios teniendo en cuenta variables como reingresos, contenciones y estancia media. Los estudios incluidos en esta revisión observan un descenso en la reclusión y las medidas coercitivas y una mejoría de la sintomatología de los pacientes al instaurar una política de puertas abiertas. Además, parece producirse una disminución del comportamiento agresivo y una mejora en la atmósfera de la sala.

Palabras clave: puerta abierta, sala abierta, política, psiquiatría

Resumo

O obxectivo deste traballo é revisar sistemáticamente as publicacións sobre as diferentes modalidades de hospitalización de agudos de psiquiatría, cun especial interese nas unidades de portas abertas. A búsqueda de publicacións levouse a cabo seguindo os criterios PRISMA, centrándose nos estudos publicados sobre as distintas formas de hospitalización implantadas a nivel internacional, tratando de determinar se os resultados destes estudos son positivos para o benestar dos pacientes. Dende décadas anteriores, a hospitalización psiquiátrica aguda sufriu notables modificacións, pasando de hospitais manicomiais a unidades integradas en complexos hospitalarios. Unha vez superada esta barreira, nos últimos anos, o foco púxose nas unidades de hospitalización aberta, un novo concepto de tratamento que fomenta a humanización, intentando diminuír o estigma da hospitalización psiquiátrica e mellorar a experiencia dos pacientes durante o reingreso. No Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol, esta unidade leva funcionando oito anos, con resultados satisfactorios tendo en conta variables coma reingresos, contencións e estancia media. Os estudos incluídos nesta revisión observan un descenso na reclusión e nas medidas coercitivas e unha melloría da sintomatoloxía dos pacientes ao instaurar unha política de portas abertas. Ademais, parece producirse unha diminución do comportamento agresivo e unha mellora na atmósfera da sala.

Palabras clave: porta aberta, sala aberta, política, psiquiatría

Abstract

The aim of this survey is to systematically review the publications about different types of hospitalization of acute psychiatric patients, especially emphasizing in those wards which make

use of an open-door policy. The search for publications was carried out following PRISMA criteria, focusing in studies published about different forms of hospitalization implemented in an international level, trying to determine if the results of these studies are positive for the patients' welfare. From the latest decades, the hospitalization of acute psychiatric patients has suffered important changes, going from insane asylums to units integrated in hospital centers. Once this barrier has been overcome, in the last years, focus has been put in open-door wards, a new concept of treatment which encourages humanitarian behaviors, trying to reduce the stigma which is related to psychiatric hospitalization and to improve the experience of patients during their admission. At University Hospital center in Ferrol this unit has been implemented for eight years, with satisfactory results taking into account variables such as readmissions, contentions and averaged stay. The studies included in this review prove a reduction in seclusion and coercive measures and an improvement in patients' symptoms when an open-door policy is established. Besides this, aggressive behavior seems to be reduced and the atmosphere in the ward seems to be improved.

Keywords: open-door, open-ward, policy, psychiatry

ABREVIATURAS

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátricos

OR: odds ratio

RR: riesgo relativo

P1: período 1

P2: período 2

P3: período 3

PPA: política de puertas abiertas

PPC: política de puertas cerradas

SA: sala abierta

SC: sala cerrada

SB: sala bloqueada

SRA: sala recién abierta

DE: desviación estándar

UHB: Unidad de Hospitalización Breve

I. INTRODUCCIÓN

El manejo del régimen de hospitalización en los pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización de Agudos de psiquiatría ha sido un tema muy controvertido a lo largo de los años, y actualmente sigue siendo motivo de discusión. En la mayoría de los países europeos es común tratar a pacientes con trastornos mentales graves en unidades cuyas puertas están permanentemente cerradas¹, y la psiquiatría europea y angloamericana aplican cada vez más este tipo de política².

Los datos del Reino Unido revelan que la proporción de unidades cerradas ha aumentado en las últimas décadas: más del 90% de unidades visitadas por la Comisión de Calidad de Atención en 2015/2016 eran salas de este tipo¹. En Inglaterra, en el año 2005 el porcentaje de unidades cerradas era del 30%, y en 2010 del 42%. Además, existe la tendencia de mantener permanentemente cerradas unidades que deberían estarlo solo parcialmente³.

El motivo principal para establecer una política de puertas cerradas es la preocupación por la seguridad⁴. El comportamiento agresivo y la violencia en pacientes con trastornos mentales se han utilizado como justificante de los entornos restrictivos en las instalaciones psiquiátricas, argumentando que el uso de entornos cerrados mantiene la seguridad cuando se trata de pacientes que podrían escaparse, lastimarse o ser un peligro para la comunidad. Dicha justificación se basa en una correlación entre un trastorno mental grave y un mayor riesgo de comportamiento violento. Sin embargo, estudios más recientes sugieren que un diagnóstico psiquiátrico por sí solo no es un predictor suficientemente aceptable para el comportamiento agresivo del paciente y que, además, imponer restricciones podría agravar el comportamiento violento⁵. Por otro lado, esta descripción de “paciente psiquiátrico peligroso” mantiene la estigmatización hacia dicha población, en particular, por parte de los propios profesionales de la salud mental⁵.

Otro motivo que fomenta la política de puertas cerradas en las unidades es la autorización por la ley pública y civil para limitar la libertad del paciente en contra de su voluntad. Este confinamiento involuntario se justifica por el posible peligro que puede representar el paciente para sí mismo o para terceras personas. Tradicionalmente, el internamiento involuntario se lleva a cabo cerrando la puerta de la sala⁶. A pesar del aumento significativo del número de ingresos no voluntarios desde la década de 1990³, estos pacientes representan una minoría si los comparamos con el número de pacientes que ingresan de manera voluntaria, lo cual plantea cuestiones éticas. Austria ha adaptado la legislación para abordar estas preocupaciones, estableciendo que los pacientes voluntarios no necesitan ser tratados en salas cerradas a menos que soliciten específicamente tales condiciones. En algunos estados federales alemanes, es legalmente posible tratar a pacientes ingresados de forma involuntaria en salas abiertas desde el año 2015⁶, y en Renania, estado federal alemán con el mayor número de habitantes, en enero del 2017 entró en vigor una nueva ley de salud mental que establece explícitamente que "los ingresos se realizarán en un entorno abierto en la medida de lo posible"³.

El tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados no solo debe tratar de evitar riesgos. También debe centrarse en el entorno terapéutico y en el ambiente de la unidad, los cuales son cruciales para su éxito. Los pacientes ingresados en unidades cerradas generalmente sufren síntomas psicóticos o maníacos graves. Otros, en menor número, padecen depresión con riesgo de suicidio o muestran comportamientos autolesivos. En ambos casos, las intervenciones

restrictivas podrían reforzar síntomas ya existentes, como las tendencias regresivas o la exacerbación de los síntomas psicóticos debido al miedo y a la pérdida de control⁶. Asimismo, pueden contribuir involuntariamente a un mayor uso de medidas coercitivas, pues la atmósfera menos terapéutica y más autoritaria de las unidades con puertas cerradas, está relacionada con una mayor tasa de incidentes agresivos y, por lo tanto, podría conducir a un mayor aislamiento, restricción física y medicación forzada^{2,3,5} (siendo estas medidas, a su vez, posibles desencadenantes de conductas agresivas⁶).

Además, existen varias desventajas de las políticas de puertas cerradas, como la reducción de la satisfacción de los pacientes con el tratamiento y la atención, un ambiente terapéutico negativo y sentimientos de encierro y dependencia². El tratamiento a puerta cerrada, el aislamiento y la medicación forzada conducen a una mayor estigmatización, que es perjudicial para la relación paciente-terapeuta y para el clima terapéutico, y pone en peligro la adherencia terapéutica, esencial para un tratamiento exitoso a largo plazo³. En general, las condiciones y tradiciones estructurales parecen explicar el tratamiento de pacientes psiquiátricos en unidades de puertas cerradas. Hasta el día de hoy, no hay ensayos controlados ni poblaciones comparables para respaldar las discusiones en curso, que se caracterizan por la ideología y las críticas al manejo actual de las medidas coercitivas.

La declaración oficial del comité de ética de la Asociación Médica Alemana recomienda la reducción del tratamiento obligatorio y la reducción de unidades cerradas en entornos psiquiátricos. Sin embargo, la configuración de puertas cerradas puede justificarse si evita la necesidad de medidas de seguridad que interfieran aún más con la libertad personal, como el aislamiento, la restricción física y la medicación forzada⁴.

Hay un número creciente de estudios recientes que examinan el cambio de las políticas de puertas cerradas a puertas abiertas en salas de hospitalización para el tratamiento agudo, tratamiento de rehabilitación de pacientes con psicosis y tratamiento de pacientes con trastornos de adaptación y trastornos de la personalidad, que muestran que esta transformación está asociada con una reducción de las medidas de seguridad².

La política de puertas abiertas no ha demostrado ser menos segura a la hora de evitar fugas o suicidios^{1,4}. De hecho, el 50-85% los suicidios ocurren cuando pacientes que han permanecido en salas cerradas abandonan la unidad psiquiátrica, y el 58% de los pacientes que se fugan o no regresan a la unidad psiquiátrica mencionan la puerta cerrada como una de las razones principales⁶. Las puertas abiertas no sólo tienen un impacto inmediato en la atmósfera de la sala, sino que también conducen a una mejor aceptación por parte de los pacientes de las unidades de salud mental. Un entorno terapéutico menos restrictivo probablemente mejorará la colaboración y, en última instancia, podrá reducir la agresividad y la violencia, disminuyendo con ello el empleo de medidas coercitivas⁵.

Sin embargo, ciertos estudios revelan que las actitudes, tanto de los profesionales de la salud mental como de los pacientes, hacia las salas abiertas son bastante ambiguas, y que las diferentes partes interesadas tienden a ver no sólo los beneficios, sino también ciertos inconvenientes de las salas abiertas (pérdida de otros recursos debido al tiempo empleado en la observación de la puerta abierta, o disminución de la seguridad y el control). Las políticas de puertas abiertas son, sin duda, un desafío para quienes participan directamente en las rutinas clínicas y tienen que aplicar los conceptos teóricos en su práctica clínica diaria¹.

La instauración de una política de puertas abiertas constituye una intervención compleja que incluye cambios en el enfoque terapéutico de los pacientes, en los procesos de liderazgo y equipo, y en la apertura física de las puertas (de cerradas a abiertas)². En España tenemos datos de que, en el momento actual, existen cuatro unidades de hospitalización breve de psiquiatría que están funcionando con modalidad de puertas abiertas o semiabiertas, pero no han publicado resultados de sus experiencias, aunque sí han comentado en diversos foros especializados la satisfacción general tanto de usuarios como de profesionales, destacando que la modalidad semiabierta (puerta cerrada hasta las 13 horas y a partir de ahí abierta hasta las 22 horas) permite evitar una transición brusca para el paciente, permite observar el funcionamiento de los pacientes con sus familiares y permite realizar un trabajo, desde el punto de vista ocupacional, que favorezca la autonomía.

II.MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, se siguen las recomendaciones y criterios de la declaración PRISMA. Para ello se revisa la literatura en inglés y castellano, realizando la búsqueda en las bases de datos PubMed y Cochrane. En dicha búsqueda, se emplea la combinación de términos “open door” OR “open-door” OR “open ward” OR “open-ward” AND “policy” AND “psychiatr”. La búsqueda se realiza en febrero del 2020.

III CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Los criterios de inclusión de los artículos de este trabajo son:

- Artículos relacionados con la hospitalización abierta en unidades de psiquiatría.
- Estudios que analicen las modalidades de hospitalización asociadas a los diferentes diagnósticos.
- Estudios comparativos de hospitalización de puertas abiertas frente a otro tipo de política.

Los criterios de exclusión son:

- No presentar información sobre ninguno de los temas anteriormente citados.
- Publicaciones anteriores a los últimos 20 años (2000).
- Publicaciones no escritas en inglés o castellano.
- Artículos que hablen de hospitalización abierta en unidades no psiquiátricas.
- Estudios que no analicen los resultados en función de los diagnósticos de los pacientes.

Para los artículos finalmente seleccionados se valoran las siguientes variables: fecha de publicación, lugar del estudio, tipo de estudio, tamaño muestral, procedencia de la muestra, tipo de intervención, tiempo de seguimiento y resultados.

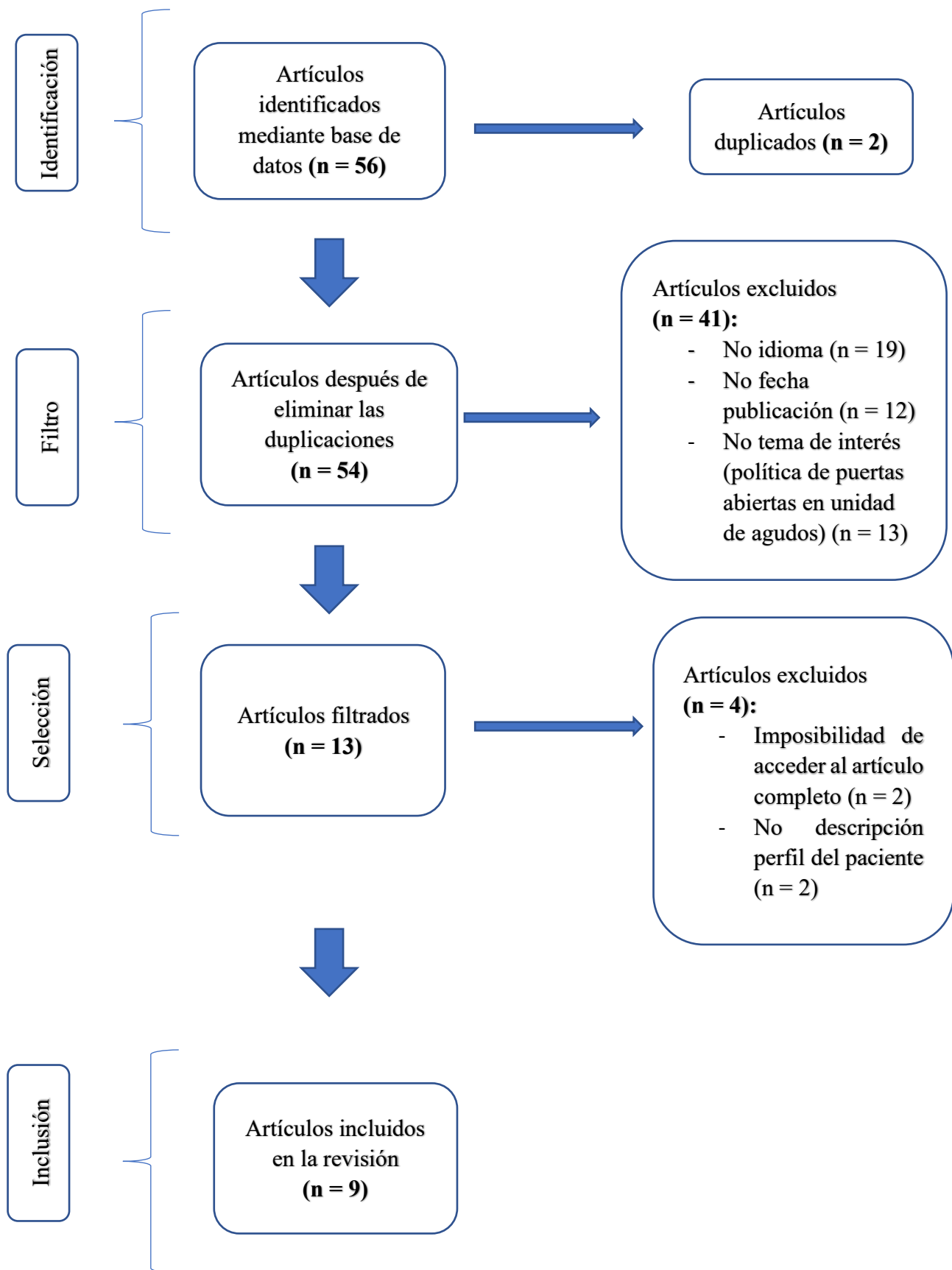


Figura 1. Resultados al aplicar el sistema de búsqueda y selección sistemática.

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión.

Autores (año de publicación)	Lugar del estudio	Tipo de estudio	Tamaño muestral	Procedencia de la muestra	Tipo de intervención	Tiempo de seguimiento del estudio	Resultados del estudio
<i>LK. Schreiber et al. (2019)</i>	Alemania	Cohortes	4410	Sala de agudos de psiquiatría de Tübingen y Friedrichshfen	En dos salas, política de puertas abiertas. En otras dos, puertas abiertas facultativas	34 meses	<u>Sin finalizar</u> . Se analizarán: medidas coercitivas, suicidios, autolesiones, incidentes agresivos y fugas
<i>J. Kalagi et al. (2018)</i>	Alemania	Cohortes	45	Hospitales psiquiátricos alemanes	Establecer política de puertas abiertas. Entrevistas.	6 meses	<u>Requisitos conceptuales</u> (observación, vigilancia y <u>reclusión</u>), <u>de personal</u> (formación) y <u>especiales</u> (aire libre y divisiones cerradas)
<i>L. Hochstrasser et al. (2018)</i>	Suiza	Cohortes	157	UCIP de la Universidad de Basilea	Salas de intervención con política de puertas abiertas.	8 meses	<u>Medidas de seguridad</u> : de 29,5% a 16,5% (p 0,054) <u>Reclusión</u> : de 28,2% a 13,9% (p 0,036) <u>Medicación forzada</u> : de 11,5% a 5,1% (p 0,16)

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión.

Autores (año de publicación)	Lugar del estudio	Tipo de estudio	Tamaño muestral	Procedencia de la muestra	Tipo de intervención	Tiempo de seguimiento del estudio	Resultados del estudio
<i>L. Hochstrasser et al. (2018)</i>	Suiza	Cohortes	17359	UCIP de la Universidad de Basilea	Abrir 6 salas. 9 salas se dejan cerradas	72 meses	Reclusión: de 8,2% a 3,5% (OR 0,88). Disminuye 12% al año <u>Medicación forzada:</u> de 2,4% a 1,2% (OR 0,9). Disminuye 10% al año
<i>AR. Schneberger et al. (2017)</i>	Alemania	Cohortes	314330	Hospitales psiquiátricos alemanes	Comparar política de puertas cerradas y abiertas, y salas abiertas, cerradas y bloqueadas	180 meses	<u>Comportamiento agresivo:</u> disminución en SA, aumento en SB <u>Restricción mecánica y aislamiento:</u> disminución en PPA y en SA
<i>R. Steinauer et al. (2017)</i>	Suiza	Cohortes	329	Unidad psiquiátrica de la Universidad de Basilea (abuso de substancias)	Adoptar una política principalmen te de puertas abiertas	P1: 3 meses P2: 3 meses P3: 3 meses	<u>Compromiso involuntario:</u> P2 RR 0,8; P3 RR 0,33 <u>Eventos coercitivos:</u> P2 RR0,44; P3 RR 0,15 <u>Uso de sustancias, violencia y atmósfera de la sala:</u> p > 0,05

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión.

Autores (año de publicación)	Lugar del estudio	Tipo de estudio	Tamaño muestral	Procedencia de la muestra	Tipo de intervención	Tiempo de seguimiento del estudio	Resultados del estudio
<i>HA. Jungfer et al. (2014)</i>	Suiza	Cohortes	2838	UCIP de la Universidad de Basilea	P1: 4 salas cerradas y 2 abiertas P2: 2 salas cerradas, 2 abiertas y 2 recién abiertas	24 meses	<u>Reclusión</u> : a nivel del hospital P1 13,5%, P2 10,6% (p 0,016). SRA P1 15,9%, P2 0,3% (p<0,01). SC p 0,091. SA p 0,149 <u>Medicación forzada</u> : SC P1 3%, P2 5,4% (p0,027), SRA P1 14,9%, P2 0% (p<0,01). A nivel del hospital p 0,775. SA p 309
<i>N. Shoenfeld et al. (2008)</i>	Israel	Cohortes	29	Unidad psiquiátrica de Beer Yaakov	Mantener las habitaciones abiertas. Encuestas antes y después.	1 semana	<u>Antes</u> : 90% pacientes a favor, aprox. 70% del personal en contra <u>Después</u> : 85% pacientes a favor, personal responde más negativamente
<i>Z. Jin (1994)</i>	China	Cohortes	50	Sala femenina del hospital del distrito autónomo Yanbian	Grupo experimental libertad para abandonar sala. Grupo control, no	6 meses	<u>Síntomas</u> : mejoría significativa (p<0,001) excepto depresión- ansiedad y pensamiento (p<0,01) <u>Tratamiento</u> : dosis menor (p<0,01)

III.RESULTADOS

Como se muestra en la *figura 1*, inicialmente se identifican un total de 56 artículos en las dos bases de datos mencionadas, de los cuales 9 cumplen los criterios de inclusión y no presentan los criterios de exclusión. Se excluyen aquellos centrados en hospitalización abierta en unidades no psiquiátricas y aquellos que no tienen en cuenta el diagnóstico de los pacientes.

Los estudios seleccionados son todos estudios observacionales tipo cohortes, y en ellos se llevan a cabo diferentes intervenciones con el fin de analizar desde distintas ópticas los resultados de implantar una política de puertas abiertas. Dos de los estudios^{6,7} comparan un grupo control (donde se mantienen las medidas que se utilizan en ese hospital) con uno experimental (en el que se aplica una política menos restrictiva). Uno de los estudios⁵ compara hospitales que tienen salas cerradas y abiertas con otros que solo poseen salas abiertas. Otro³ se lleva a cabo en un hospital que tiene dos salas abiertas y cuatro cerradas, abriendo dos de las previamente cerradas, y comparando los resultados en todas ellas. Y, finalmente, la mayoría de los estudios^{1,2,4,8,9} establecen una política de puertas abiertas en hospitales donde previamente se llevaba a cabo una política de puertas cerradas, y evalúan los cambios producidos.

El tamaño muestral de los estudios seleccionados va desde 29 individuos (en el caso de N. Shoenfeld et al⁸) hasta 314.330 (en el grupo de AR. Schneeberger et al⁵). Los participantes incluidos en los estudios son pacientes hospitalizados en unidades de agudos de psiquiatría de diferentes hospitales. Dos de los estudios^{1,8} también incluyen en su muestra a miembros del personal sanitario de dichas unidades psiquiátricas.

Los criterios de inclusión de los pacientes son, mayoritariamente, ingreso en la unidad de agudos del hospital psiquiátrico donde se realiza el estudio. Además, el estudio llevado a cabo por el grupo de J. Kalagi¹ establece como criterios de inclusión para los pacientes tener un trastorno psiquiátrico según la clasificación CIE-10, haber experimentado el compromiso involuntario y tener la capacidad mental preservada para poder firmar el consentimiento informado (en caso de existir un tutor legal, lo firmaría también). Dicho estudio también establece un criterio de inclusión para el personal sanitario: tener experiencia en salas de agudos abiertas y cerradas.

Como criterio de exclusión, tanto el estudio realizado por el grupo de L. Hochstrasser⁴ como el llevado a cabo por el grupo de HA. Jungfer³ dictaminan que los pacientes que no finalicen su tratamiento hospitalario durante el periodo de estudio serán eliminados de éste, lo cual es necesario tener en cuenta por el sesgo que aporta a los resultados.

En gran parte de los estudios, la proporción entre hombres y mujeres está bastante igualada y la edad media de los participantes ronda los 40 años. Siendo más específicos, en el caso del grupo de J. Kalagi¹ el 60% de psiquiatras y enfermeras son mujeres, pero un 70% de los pacientes son varones. Por lo que, en total, el 47% de los participantes de este estudio son mujeres. La edad media de los psiquiatras es de 35,3 años (con una desviación estándar de 7,0); la de las enfermeras, de 35,2 años (desviación estándar de 12,1) y, la de los pacientes, de 38,9 años (desviación estándar de 14,0).

En el estudio realizado por el grupo de L. Hochstrasser², cuando las puertas están cerradas, la edad media de los pacientes es de 39,6 años (DE=10,9) y el sexo predominantemente

masculino (siendo el porcentaje de mujeres un 44,9%). Durante el periodo en el que se lleva a cabo la apertura de las puertas, los datos de los participantes son similares, siendo 39,5 años la edad media de éstos (DE=11,9) y, de nuevo, el sexo predominante el masculino (hay un 43% de mujeres). La diferencia de edad ($p = 0,947$) y sexo ($p = 0,873$) entre los pacientes ingresados durante el periodo de puertas cerradas y el periodo de puertas abiertas no es estadísticamente significativa.

En el análisis llevado a cabo por el grupo de L. Hochstrasser⁴, la edad media de los pacientes es similar durante los 6 años que dura el estudio ($p = 0,023$): 45,9 años (DE=16,9) en el 2010; 46,9 años (DE=17,6) en el 2011; 45,8 años (DE=17,1) en el 2012; 45,8 años (DE=17,2) en el 2013; 45,4 años (DE=16,5) en el 2014, y 46,3 años (DE=16,5) en el 2015. Del mismo modo, la proporción de mujeres es siempre ligeramente superior a la de los varones ($p = 0,042$), siendo 52,9% el porcentaje de mujeres en los años 2010 y 2011; 50,8% durante 2012; 52,1% en 2013; 50,3% en 2014 y 54,1% durante el año 2015.

En el conjunto completo de datos del estudio del grupo de AR. Schneeberger⁵, los pacientes tratados en hospitales sin salas cerradas son, en promedio, dos años mayores y mayoritariamente del género femenino. Las diferencias se reducen considerablemente en el conjunto de datos coincidentes.

En el caso del grupo de R. Steinauer⁹, la edad media es de 40,2 años (DE=9,8) durante el período 1 del estudio, subiendo a 40,6 años (DE=10,6) durante el período 2 y a 40,7 años (DE=10,2) durante el período 3. En cuanto al sexo, durante el primer período solamente el 27,4% de los pacientes son mujeres, aumentando este porcentaje a un 36% durante el segundo período, y volviendo a descender a un 23,1% de mujeres en el tercero. Tanto la diferencia de edad media ($p = 0,937$) como la del porcentaje de mujeres ($p = 0,101$) que hay entre los pacientes que forman parte del estudio durante estos tres períodos no es estadísticamente significativa.

En el trabajo realizado por el grupo de HA. Jungfer³, la muestra estudiada durante el primer período (de agosto del 2010 a julio del 2011) está formada por un 40,4% de mujeres con una edad media de 41,5 años (DE=12,3). Durante el segundo período (de agosto del 2011 a julio del 2012), la muestra pasa a tener un porcentaje de 42,5% de mujeres con una edad media de 41,8 años (DE=12,6). Igualmente, la diferencia entre la proporción de mujeres ($p = 0,268$) y la edad media ($p = 0,382$) entre ambos períodos no es estadísticamente significativa.

Cabe mencionar que, tanto en el estudio de LK. Schreiber⁶ como en el de L. Hochstrasser² se especifica que todos sus participantes son adultos mayores de 18 años (siendo éste un criterio de inclusión), y que en el estudio realizado por Z. Jin⁷ los pacientes reclutados son todos mujeres.

Analizando los datos, vemos que las muestras coinciden, en rasgos generales, en medias de edad y sexo, correspondiéndose con el perfil general de una parte importante de los pacientes que ingresan en unidades de agudos de psiquiatría: adulto de mediana edad.

Otros aspectos demográficos que se comparan son: presencia de diagnóstico psiquiátrico, comorbilidades, estado civil, situación laboral, residencia, nacionalidad (suiza u otra) y tipo de ingreso (voluntario o involuntario). Además, en los estudios en los que el personal sanitario

forma parte de la muestra¹, también se analizan los años de experiencia de éste y los años de empleo en el hospital correspondiente.

En todos los estudios de esta revisión se analizan los trastornos psiquiátricos padecidos por los participantes. Algunos estudios incluyen en su muestra pacientes con diferentes diagnósticos psiquiátricos. Otros, se centran en una población concreta, como pacientes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias (destacando el abuso del alcohol, llegando a ser el trastorno padecido por casi la mitad de los individuos que conforman la muestra)⁹ o pacientes diagnosticados de esquizofrenia^{7,8}. Los diagnósticos psiquiátricos incluidos en los estudios se clasifican acorde al CIE-10 (*figura 2*), excepto los del estudio de Z. Jin⁷, que utiliza el DSM-III-R.

CIE-10	EJE I: Diagnósticos clínicos.
	EJE II: Discapacidad social (áreas: personal, familiar, laboral, personal ampliada).
	EJE III: Factores sociales o vitales que hacen referencia a la enfermedad.

Figura 2. Ejes diagnósticos CIE-10¹⁰.

En el grupo de J. Kalagi¹ el 40% de los pacientes sufre un trastorno psicótico, otro 40%, un trastorno afectivo y el 20% restante, un trastorno relacionado con el consumo de sustancias.

El estudio llevado a cabo por L. Hochstrasser² recluta una muestra con un 5,1% de pacientes con trastornos orgánicos (incluyendo los trastornos mentales sintomáticos) durante el período de puertas cerradas, aumentando a 6,3% durante el de puertas abiertas (p 1,000); un 2,6% con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas mientras las puertas están cerradas, subiendo al 6,3% cuando se abren (p 0,442); un 61,5% con esquizofrenia y trastorno delirante, que disminuye al 49,4% durante la apertura de puertas (p 0,149); un 14,1% con trastorno del estado de ánimo, que pasa a ser del 19% en el segundo período (p 0,520); un 6,4% con trastornos neuróticos, convirtiéndose en el 8,9% posteriormente (p 0,765); un 6,4% con trastorno de la personalidad y del comportamiento, que disminuye a 5,1% durante el período de puertas abiertas (p 0,746); un 2,6% con retraso mental, aumentando posteriormente a 3,8% (p 1,000); y un 1,3% con trastorno del desarrollo psicológico, que se mantiene estable al abrir las puertas (p 1,000).

En el estudio del grupo de L. Hochstrasser⁴ se analiza la muestra en el año 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015. Los porcentajes de los diferentes diagnósticos son, respectivamente: 5,1%, 6,2%, 5,4%, 5,9%, 4,8% y 4,5% con trastornos orgánicos (p 0,045); 26,7%, 25,9%, 23,7%, 24,4%, 22,5% y 22,5% con trastorno por abuso de sustancias (p<0,001); 20,3%, 18,2%, 18,6%, 17,9%, 19,2% y 19,9% con esquizofrenia (p 0,122); 27,8%, 27%, 30,1%, 30,4%, 30,9% y 28,6% con trastorno afectivo (p 0,004); 9,9%, 11,8%, 10,3%, 10,9%, 12,1%, 15,3% con trastornos neuróticos (p<0,001); 6,6%, 7%, 8,2%, 7,5%, 8% y 6,6% con trastorno de personalidad y del comportamiento (p 0,057); y muy pequeños porcentajes con otro tipo de trastorno o sin ningún trastorno psiquiátrico.

En el estudio realizado por AR. Schneeberger⁵, los trastornos orgánicos y afectivos tienden a ser más frecuentes en el grupo de los hospitales sin puertas cerradas, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes en el grupo de los hospitales con salas cerradas. Además, el trastorno de personalidad y el retraso mental son más frecuentes en hospitales con política de puertas abiertas. Estas diferencias se reducen considerablemente en el conjunto de datos coincidentes, aunque algunos de ellos siguen siendo significativos debido a la gran cantidad de casos por grupo y el alto poder estadístico consecuente.

El trabajo llevado a cabo por el grupo de HA. Jungfer³ identifica una muestra con 72,1% de pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el período 1, disminuyendo a 69,4% en el período 2 (p 0,108); 27,2% de pacientes con esquizofrenia en el primer período, aumentando a 29,8% en el segundo (p 0,127); 26,7% con trastorno afectivo, que aumenta al 30% (p 0,051); 16% con trastorno de adaptación, transformándose en un 13,5% en el segundo período (p 0,520); y 20,3% de pacientes con trastorno de personalidad durante el primer período, aumentando a 21,5% en el segundo (p 0,436).

En líneas generales, los estudios no describen diferencias significativas en la demografía entre el grupo control (si lo hay) y el grupo a estudio, ni en el grupo a estudio en diferentes periodos de tiempo, considerándolos comparables. Además, se observa que los diagnósticos predominantes en los pacientes ingresados en unidades de agudos de psiquiatría son: trastornos psicóticos, trastornos afectivos y trastornos por abuso de sustancias.

Las intervenciones llevadas a cabo para evaluar el efecto de una política de puertas abiertas son diversas. El estudio realizado por el grupo de LK. Schreiber⁶ tiene lugar en dos hospitales psiquiátricos alemanes, cada uno de ellos con dos salas. Uno de los hospitales se encuentra en Friedrichshafen y las dos salas idénticas están una junto a la otra. El otro está en Tuebingen, y sus salas en pisos superpuestos. En ambos escenarios, en una de las salas se establece una política de puertas abiertas (sala experimental), mientras que en la otra sala (sala de control) las puertas se abren de acuerdo con consideraciones clínicas, como se hacía previamente (puertas abiertas facultativamente). Después de 12 meses, las dos salas de control se someten a tres meses de implementación de la nueva política y también se convierten en salas de intervención. El personal está completamente informado sobre el proyecto. Los pacientes son informados sobre la política de puertas abiertas cuando ingresan. Los pacientes que se consideren en peligro o en riesgo son identificados y el equipo está obligado a discutir posibles intervenciones, una atención más intensiva o arreglos específicos para este tipo de pacientes. Se contrata una enfermera adicional en el hospital de Friedrichshafen a partir del período de intervención; en Tübingen, los aprendices de enfermería participan en el cuidado de pacientes que necesitan apoyo. Además, se instaura una "Mesa de Potsdam": una pequeña mesa cerca de la puerta con sillas, flores, periódicos y una enfermera. El propósito de esta intervención es establecer un centro de reuniones que pueda disuadir a los pacientes que intentan abandonar la sala mediante conversaciones desescalares. Dependiendo de las razones por las cuales un paciente desee abandonar la sala en contra del acuerdo, el personal sanitario puede responder ofreciéndole contacto, iniciando actividades, discutiendo la crisis y, en caso de duda, decidiendo que la puerta debe cerrarse. En este estudio debe especificarse el tiempo de apertura de las salas, los días de tratamiento con la puerta abierta y los días de tratamiento involuntario. Se lleva a cabo durante 34 meses.

Una intervención similar es realizada por Z. Jin⁷ en un hospital psiquiátrico de China: 50 mujeres con esquizofrenia ingresadas en la misma sala cerrada son asignadas aleatoriamente a grupos experimentales y de control. A las 25 pacientes del grupo experimental, se les otorga la mayor autonomía y libertad posible (se les permite abandonar la sala a voluntad) y se les alienta a participar en actividades colectivas. Sin embargo, las pacientes del grupo de control no pueden abandonar la sala ni participar en estas actividades. Todas las pacientes son evaluadas al momento del ingreso y después de seis meses, utilizando versiones chinas de dos escalas: “Scale for Assessment of Negative Symptoms” (SANS) y “Brief Psychiatric Rating Scale” (BPRS). Esta evaluación la realizan psiquiatras que no conocen el estado de tratamiento de las pacientes. El objetivo es dar a las pacientes la mayor autonomía y libertad posible, hacer que manejen sus propios asuntos, promover su respeto mutuo y alentarlas a interactuar libremente con el mundo exterior.

En el estudio realizado por el grupo de AR. Schneeberger⁵ participan 21 hospitales alemanes, de los cuales, dieciséis tienen salas cerradas o bloqueadas y salas abiertas, y cuatro de ellos sólo tienen salas abiertas. Un hospital con salas exclusivamente abiertas se ve obligado a introducir salas cerradas por razones legales en 2010. Además del tipo de hospital (política de puertas abiertas versus cerradas), también se analiza el tipo de sala al ingreso: abierta, cerrada (los pacientes están todos en zonas comunes, pero no se les permite abandonarlas) o bloqueada (cada paciente se encuentra dentro de su habitación sin posibilidad de salir de la misma). Es importante tener en cuenta que los hospitales con una política de puertas abiertas no incluyen salas cerradas o parcialmente cerradas, pero algunos hospitales con una política de puertas cerradas sí incluyen salas abiertas. El estudio se lleva a cabo durante 15 años, analizando como el establecer un tipo de política/sala u otro influye en diversas variables.

El objetivo del estudio llevado a cabo por el grupo de HA. Jungfer³ es examinar los efectos del cambio de salas cerradas a abiertas en el Departamento de Psiquiatría (Universitäre Psychiatrische Klinik; UPK), de la Universidad de Basilea, Suiza. Dicho departamento dispone de cuatro salas cerradas y dos abiertas para el tratamiento psiquiátrico general. Se analizan ciertas variables en ambas salas durante el primer período del estudio (P1: de agosto del 2010 a julio del 2011). Posteriormente, dos de las salas psiquiátricas previamente cerradas se abren permanentemente, analizándose entonces los efectos que causa esta reciente apertura durante el segundo período de estudio (P2: de agosto del 2011 a julio del 2012). En todo el hospital se aumenta la atención personalizada en situaciones de crisis, se capacita al personal en estrategias de reducción, se implementan enfoques psicoterapéuticos y se estandariza el manejo de crisis para suicidios y agresiones. Los procesos para la prevención de incidentes críticos, el aislamiento y la medicación forzada se monitorean continuamente para garantizar la máxima seguridad a pacientes y personal, al tiempo que se reducen las medidas coercitivas.

Finalmente, el resto de los estudios incluidos en la revisión^{1,2,4,8,9} realizan el mismo tipo de intervención: establecer una política de puertas abiertas en hospitales donde previamente se llevaba a cabo una política de puertas cerradas. Sin embargo, cada uno tiene sus particularidades.

El trabajo realizado por el grupo de J. Kalagi¹ tiene como objetivo explorar, mediante entrevistas, las experiencias y actitudes, tanto del personal sanitario como de los pacientes, al establecerse una política de puertas abiertas en un hospital psiquiátrico de agudos. La intención es identificar los requisitos para el tratamiento de pacientes legalmente comprometidos en salas

abiertas en lugar de cerradas. Entre febrero y junio de 2016, cuatro miembros del equipo de investigación realizan 45 entrevistas cualitativas, abiertas y semiestructuradas a participantes de 5 hospitales alemanes (15 entrevistas con pacientes, 15 entrevistas con enfermeras psiquiátricas y 15 entrevistas con psiquiatras). Las entrevistas se centran en aspectos temáticos, como la experiencia personal con la política de puertas abiertas, desafíos y barreras, así como sugerencias de mejora. La duración promedio de una entrevista es de 41 minutos (rango: 21-64 minutos). Todas las entrevistas son grabadas en audio, anonimizadas y transcritas textualmente. Todas las transcripciones son leídas y releídas para garantizar la familiaridad con los datos. El análisis es realizado por cinco miembros del equipo de investigación, que no participan en el tratamiento de los pacientes. Y todos los hallazgos son probados y discutidos entre dichos investigadores.

En el caso del grupo de L. Hochstrasser² se examina la transición de puertas cerradas a puertas predominantemente abiertas en la unidad de cuidados intensivos psiquiátricos del Departamento de Psiquiatría de Adultos de Basilea, Universidad de Basilea, Suiza. Este estudio compara las tasas de medidas de seguridad, aislamiento y medicación forzada entre el período de 16 semanas antes de que se cambie el estado de la puerta (puertas cerradas: del 12 de mayo de 2015 al 31 de agosto de 2015) con el período de 16 semanas posterior (puertas abiertas siempre que sea posible: del 1 de septiembre de 2015 a 18 de diciembre de 2015). El estado de la puerta de la UCIP se clasifica como "completamente abierto" si se abre 15 horas por día, como "parcialmente abierto" si se abre entre 2 y 14 horas por día, y como "cerrado" si se abre menos de 2 horas al día. Los datos de tiempo correspondientes se evalúan con un diario en papel y lápiz, en el que se le pide al personal de la UCIP que registre los períodos de tiempo exactos en los que la puerta está cerrada o abierta. Durante todo el período de estudio, la puerta está cerrada durante la noche desde las 10:00 p.m. hasta las 7:00 a.m. Después de cambiar el estado de la puerta de "cerrado" a "abierto siempre que sea posible" el 1 de septiembre de 2015, la UCIP está completamente abierta el 51% de los días y parcialmente abierta el 23% de los días dentro del período de observación. El número medio de horas abiertas por día es de 12.8 ± 3.9 horas. El 26% de los días, la sala está cerrada.

El estudio llevado a cabo por el grupo de L. Hochstrasser⁴ tiene el mismo objetivo que el anterior, pero a largo plazo: evaluar si la introducción de una política de puertas abiertas está asociada con una reducción de la frecuencia de reclusión y medicación forzada. Esta investigación también tiene lugar en el Departamento de Psiquiatría de Adultos de la Universidad de Basilea, Suiza. Durante el período de estudio de 6 años (2010-2015), 15 salas están disponibles para el tratamiento hospitalario. Para permitir una política menos restrictiva, seis salas psiquiátricas previamente cerradas se abren permanentemente a partir de agosto de 2011. Además, durante este proceso se produce un cambio sistemático hacia una modalidad de tratamiento más centrada en el paciente y orientada a la recuperación, incluyendo la participación activa de familiares y cuidadores. Los procesos para la prevención de incidentes críticos, el aislamiento y la medicación forzada se controlan continuamente para garantizar la máxima seguridad, al tiempo que se reduce el tratamiento involuntario.

El grupo de R. Steinauer⁹ investiga los efectos de adoptar una política de puertas abiertas para el tratamiento del trastorno relacionado con sustancias de los pacientes ingresados en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Basilea, Suiza. Las mediciones se toman durante tres períodos: los tres meses anteriores al cambio de política (período 1, del 1 de febrero al 1 de mayo de 2013, 90 días), los tres meses posteriores al cambio (período 2, del 2 de mayo

al 31 de julio de 2013, 91 días), y un año después de haber establecido la política de puertas abiertas (período 3, 1 de febrero al 30 de abril de 2014, 89 días).

Finalmente, el estudio realizado por el grupo de N. Shoenfeld⁸ consiste en una evaluación de control de calidad, realizando dos encuestas entre pacientes y miembros del personal en Beer Yaakov, Israel: la primera es cubierta en enero de 2007, cuando las habitaciones están cerradas durante gran parte de la mañana y la tarde, y la segunda se realiza después de que las habitaciones estuvieran abiertas durante una semana. Este estudio explora los efectos de una intervención a corto plazo que desafía la práctica de cerrar las habitaciones de los pacientes de manera regular.

Los elementos a analizar para determinar el grado de efectividad de la política de puertas abiertas son, entre otros: número y duración de las reclusiones, uso de medicación forzada, gravedad de los síntomas, disminución de la necesidad de medicación o atmósfera de la sala. La reclusión y la medicación forzada son los factores que miden el efecto más común entre los artículos incluidos en este estudio, siendo los otros más variables.

El estudio llevado a cabo por el grupo de L. Hochstrasser⁴ estudia dichos parámetros. Al instaurarse una política de puertas abiertas y estudiar sus efectos durante 6 años, se encuentra que el número de pacientes que sufren reclusión disminuye significativamente, pasando del 8,2% al 3,5% de los ingresados (OR 0,88). También se reduce el número medio de reclusiones (de 5,1 a 2,9 reclusiones) y la duración media de ésta (de 27,1 a 18,2 horas). La probabilidad de que un paciente experimente la reclusión tiene una disminución del 12% al año. A su vez, también se observan resultados positivos en cuanto a la medicación forzada, disminuyendo de 2,4% a 1,2% el porcentaje de pacientes que la necesitan. El número medio de medicamentos también se reduce (de 2,3 a 1,2 medicamentos). La probabilidad de que un paciente experimente una medicación forzada presenta una disminución del 10% al año.

Otro estudio que utiliza como parámetros de medida la medicación forzada y la reclusión es el del grupo de HA. Jungfer³. Durante 2 años, se analiza el efecto que causa la apertura de dos salas previamente cerradas, y se compara con el resto de las salas (abiertas y cerradas) y con el resto del hospital. A nivel de todo el hospital, el porcentaje de pacientes que sufre al menos una reclusión es del 13,5% durante el primer período de estudio (las salas todavía están cerradas), disminuyendo durante el segundo período (salas recientemente abiertas) al 10,6% (p 0,016). A nivel de las salas, la reclusión se reduce significativamente en las recién abiertas, pasando de un 15,9% durante el P1 a un 0,3% durante el P2 (p<0,01). Sin embargo, el resultado no es estadísticamente significativo en las salas cerradas, donde la reclusión es del 13,1% en el período 1, aumentando a 16,3% en el período 2 (p 0,091). Tampoco lo es en las salas que ya estaban abiertas previamente, pasando de un 0% de reclusiones durante el P1 a un 2,1% durante el P2 (p 0,149). En cuanto al porcentaje de casos que necesita al menos una medicación forzada, la diferencia no es estadísticamente significativa a nivel de todo el hospital (p 0,775). Tampoco lo es cuando se estudian las salas abiertas, en las cuales durante el P1 la medicación forzada es de 0%, aumentando levemente al 1% durante P2 (p 0,309). Sin embargo, al analizarse las salas cerradas y recientemente abiertas, sí se encuentran diferencias estadísticamente significativas: en las primeras, la medicación forzada aumenta de 3% durante el P1 a 5,4% durante el P2 (p 0,027); en las segundas, la medicación forzada disminuye de 4,9% a 0% (p<0,01).

El último estudio que analiza estos dos parámetros es el realizado por el grupo de L. Hochstrasser², que examina la transición de puertas cerradas a puertas predominantemente abiertas, midiendo dichos parámetros durante 16 semanas antes del cambio y durante 16 semanas después, y comparando los resultados (siendo 8 meses el tiempo total del estudio). Los pacientes con al menos una reclusión disminuyen significativamente al establecerse una política de puertas abiertas, pasando de 28,2% a 13,9% (p 0,036). Sin embargo, aunque el porcentaje de pacientes con al menos una medicación forzada pasa de ser un 11,5% a 5,1%, esta disminución no es estadísticamente significativa (p 0,16). En este estudio también se analizan las medidas de seguridad. El porcentaje de pacientes con al menos una medida de seguridad también disminuye, de 29,5% a 16,5%, pero tampoco es estadísticamente significativo (p 0,054).

En el estudio llevado a cabo por el grupo de AR. Schneeberger⁵ se comparan hospitales que tienen salas cerradas, salas bloqueadas y salas abiertas, con otros que solo tienen salas abiertas, y los datos se recogen durante 15 años. Las variables que se analizan son el comportamiento agresivo de los pacientes, y la necesidad de restricción mecánica y aislamiento. Ambas variables se estudian según el tipo de hospital (política de puertas abiertas vs política de puertas cerradas), así como según el tipo de sala (abierta, bloqueada y cerrada). Con referencia al comportamiento agresivo, la diferencia no es estadísticamente significativa cuando se analiza la política del hospital, pero sí tiene una disminución estadísticamente significativa al comparar las salas abiertas con los otros dos tipos de salas, y un aumento significativo del daño corporal al comparar las salas bloqueadas con las cerradas. En cuanto a la restricción mecánica y aislamiento, se observa una disminución estadísticamente significativa en los hospitales con política de puertas abiertas. También tiene una reducción estadísticamente significativa al comparar salas abiertas con salas cerradas. Cuando la comparación se produce entre salas cerradas y bloqueadas, la diferencia no resulta ser estadísticamente significativa.

El grupo de R. Steinauer⁹ investiga los efectos de adoptar una política de puertas abiertas para el tratamiento de pacientes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Las mediciones se toman durante tres períodos de tres meses cada uno: los tres meses anteriores al cambio de política (P1), los tres meses posteriores (P2), y un año después del cambio (P3). Dos de las variables analizadas son el compromiso involuntario continuo y los eventos coercitivos. Ambas presentan una disminución estadísticamente significativa: la primera objetiva una disminución del RR de 20% durante el P2 (RR 0,8) y de 67% durante el P3 (RR 0,33); la segunda, una disminución del RR de 56% durante P2 (RR 0,44) y de 85% durante P3 (RR 0,15). Otras dos variables estudiadas son el uso de sustancias (RR 0,9 durante P2 y RR 0,78 durante P3) y la presencia de violencia (RR 0,62 durante P2 y RR 0,52 durante P3). Ambas muestran una disminución de sus cifras, pero ésta no es estadísticamente significativa. Finalmente, se analiza la atmósfera de la sala según el personal sanitario mediante la realización del cuestionario EssenCES, detectándose una mejoría en la atmósfera, pero ésta no es estadísticamente significativa.

En el estudio de Z. Jin⁷ se analizan las diferencias entre las pacientes esquizofrénicas del grupo experimental (se les permite abandonar la sala a voluntad) y las del grupo control. Las variables escogidas para llevar a cabo este análisis son la presencia de síntomas de la enfermedad y la necesidad de medicación para su control. Al inicio del estudio, no hay diferencias estadísticamente significativas de dichas variables entre ambos grupos. Sin embargo, 6 meses después, los síntomas del grupo experimental sufren una mejoría

significativa ($p < 0,001$), excepto la depresión, la ansiedad y las alteraciones del pensamiento ($p < 0,01$). En cuanto a la medicación, en el grupo experimental se objetiva una disminución estadísticamente significativa de la dosis necesaria, pero, aunque este grupo termina necesitando una menor dosis que la del grupo control, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

El estudio realizado por el grupo de LK. Schreiber⁶ todavía está sin finalizar, por lo que no podemos hablar todavía de resultados. Cabe mencionar que los parámetros que se analizan en dicho estudio son: la frecuencia de medidas coercitivas, los suicidios o intentos de suicidio, la presencia de autolesiones, los incidentes agresivos y las fugas. Todos estos parámetros se miden en una sala experimental (política de puertas abiertas) y en una sala control (puertas abiertas facultativamente), comparándolos.

En el estudio llevado a cabo por el grupo de J. Kalagi¹ se recogen los requisitos necesarios, según el personal sanitario (psiquiatras y enfermeras) y los pacientes, para poder establecer una política de puertas abiertas. Dentro de los requisitos conceptuales, todos están de acuerdo con la necesidad de una observación continua de los pacientes, ya que resulta poco perjudicial para la libertad de éstos (aunque las enfermeras lo definen como agotador). Todos quieren tener la opción de reclusión en caso de ser necesaria, y los pacientes prefieren el aislamiento a la restricción mecánica, pues les resulta menos traumático. Tanto los psiquiatras como los pacientes opinan que la vigilancia de la puerta es positiva para evitar la fuga de los hospitalizados (los psiquiatras la describen como crucial para el éxito de una política de puertas abiertas, y los pacientes agradecen tener a alguien con quien hablar cuando lo necesiten), sin embargo, para las enfermeras resulta problemático, debido al estrés que les acarrea y el posible deterioro de la relación terapéutica con los pacientes. En cuanto a los requisitos de personal, todos están de acuerdo en que se necesita más personal y fuertes relaciones terapéuticas (crucial para evitar fugas). Los psiquiatras y las enfermeras resaltan la importancia de contratar a personal capacitado para trabajar en un hospital con este tipo de política, y la revisión y discusión de la necesidad de medidas coercitivas (incluyendo las puertas cerradas) de manera rutinaria. Finalmente, en cuanto a los requisitos especiales, los tres grupos ven favorable contar con un espacio grande en el que los pacientes puedan moverse. Los pacientes y las enfermeras creen positivo realizar actividades al aire libre para que los pacientes tengan mayor libertad de movimiento. Los psiquiatras, no obstante, señalan que un espacio más grande dificulta mantener una visión general y, por lo tanto, conlleva riesgos de seguridad. Por último, tanto pacientes como enfermeras están a favor de tener en la clínica una división cerrada adicional para los pacientes extremadamente peligrosos.

Para finalizar, el grupo de N. Shoenfeld⁸ analiza la opinión de los pacientes y el personal sanitario antes y después de que las habitaciones del hospital psiquiátrico estén abiertas durante una semana (dejándoles así a los pacientes la libertad de poder escoger cuando estar fuera y cuando estar dentro de sus habitaciones, pues la política habitual es mantenerlas cerradas gran parte del día para “obligarlos” a interactuar más con sus compañeros y a participar en las actividades comunes). Antes de la intervención, el 90% de los pacientes prefieren tener las habitaciones abiertas, pues tenerlas cerradas les produce inquietud. En cuanto al personal sanitario, el 67% cree que no será bueno para el paciente, pues estará en la habitación todo el rato, y el 78% piensa que de noche el paciente permanecerá despierto al poder estar durante el día durmiendo en su cama. Después de la intervención, el 85% de los pacientes disfruta y apoya la política de puertas abiertas: el 90% siente verdadera libertad y privacidad y el 95% la define

como exitosa. Sin embargo, el 10% de los pacientes presenta quejas sobre posibles robos en las habitaciones, y un 5% la califica como innecesaria a ciertas horas del día (por ejemplo, durante la mañana). El personal sanitario responde más negativamente a esta nueva política, afirmando que algunos de los pacientes colaboraron, pero otros se negaron a colaborar, causando problemas con el personal de la limpieza, manifestando dificultad para conciliar el sueño y disminuyendo la comunicación con el resto de ingresados.

IV.DISCUSIÓN

La integración de la asistencia psiquiátrica dentro del modelo de atención médica ha supuesto en el último cuarto del siglo XX un gran esfuerzo de adaptación de la psiquiatría a las exigencias asistenciales de los hospitales generales.

Las personas con trastornos mentales suelen necesitar estancias medias más largas que las habituales para otras patologías médico-quirúrgica que precisan ingresos hospitalarios. Esto es así porque los trastornos mentales suelen ser procesos largos que requieren seguimiento continuado y estrecho una vez han sido dados de alta de las Unidades de Hospitalización de Agudos, y si falla el apoyo familiar o si la estructura asistencial comunitaria (Centros de Día, Hospitales de Día, Pisos Protegidos, Centros de Salud, etc.) no es suficiente, se prolongarán las estancias medias y aumentará la tasa de reingresos cada año¹¹.

El objetivo primordial del tratamiento de los trastornos mentales es, junto a la remisión sintomática, fomentar la autonomía y la toma de decisiones. Estos dos últimos objetivos son difíciles de lograr con el habitual modo de ingreso en unidades de hospitalización cerradas, por lo que se proponen en multitud de trabajos como factores responsables de hasta un 56% de los reingresos de pacientes en las unidades de hospitalización de agudos. Esta hipótesis debe examinarse de cerca, porque el tipo de política con referencia a la apertura o cierre de las unidades parece estar asociado a diferentes variables pronósticas⁸.

Wing y Brown⁷ (1971) encontraron que los síntomas clínicos de los pacientes están directamente relacionados con la calidad del entorno hospitalario o el entorno social en el que viven. El entorno social más relajado es propicio para la rehabilitación de los pacientes.

El cierre de puertas no solo es una forma de limitar las actividades sociales y de tratamiento, sino que también puede dar una percepción de aislamiento familiar y del entorno que dificulte la posterior reintegración del paciente. El bloqueo de puertas puede verse como parte de “la lucha de poder entre los guardianes y los guardados”⁸. El Código Internacional de Ética Médica¹² establece claramente que los intereses de los pacientes son prioritarios. Por lo tanto, el manejo de los pacientes en una sala psiquiátrica debe priorizar tanto la comodidad de los pacientes como la del personal, al tiempo que garantiza la seguridad de ambos grupos.

El suicidio y la fuga de pacientes hospitalizados son desafíos importantes para todas las disciplinas médicas, pero particularmente para la psiquiatría. Los pacientes en riesgo a menudo ingresan en salas cerradas en hospitales psiquiátricos para evitar fugas, intentos de suicidio y muerte por suicidio. No obstante, no hay pruebas suficientes de que el tratamiento en salas cerradas pueda prevenir eficazmente estos desenlaces¹³.

Parece que el factor principal que influye en los efectos beneficiosos en los hospitales con políticas de puertas abiertas puede ser la propia sala abierta. Otra posible explicación es que las políticas de sala abierta reflejan un enfoque terapéutico centrado más en construir relaciones y menos en la coerción y control del paciente. Tal enfoque genera confianza y, por lo tanto, reduce el comportamiento resultante de los malentendidos y el miedo mutuo⁵.

Los resultados observados en este trabajo son mayoritariamente positivos. Las medidas empleadas son diversas. La reclusión de los pacientes psiquiátricos se analiza en los estudios

realizados por los grupos de L. Hochstrasser^{2,4} y en el estudio realizado por el grupo de HA. Jungfer³. Todos ellos muestran resultados satisfactorios, con disminución estadísticamente significativa de la reclusión (bien sea disminución del número de casos de reclusión, del número medio de reclusiones o de la duración media de dicha medida) en salas con política de puertas abiertas. La medicación forzada (número de casos con medicación forzada o número medio de medicamentos tomados de manera involuntaria) también se analiza en dichos estudios^{2,3,4}, mostrando también una atenuación en las salas abiertas, aunque con resultados estadísticamente menos significativos que los de la reclusión.

Tanto el estudio llevado a cabo por el grupo de AR. Schneeberger⁵ como el realizado por el grupo de R. Steinauer⁹, analizan el número de eventos coercitivos (como la restricción mecánica y el aislamiento) y el comportamiento agresivo (violencia) de los pacientes. Ambos disminuyen cuando se analizan salas abiertas, aunque el resultado es estadísticamente más significativo en los eventos coercitivos. Además, en el estudio de R. Steinauer⁹ se analizan otras variables como el compromiso involuntario continuo (que disminuye de manera significativa al adoptar una política de puertas abiertas), el uso de sustancias y la atmósfera de la sala según el personal del centro psiquiátrico (sufriendo todas ellas variaciones estadísticamente no significativas al establecer dicha política).

El estudio llevado a cabo por Z. Jin⁷ nos muestra que las pacientes diagnosticadas de esquizofrenia, al introducir una política de puertas abiertas, mejoran tanto en la sintomatología que sufren (mejoría estadísticamente significativa de los síntomas, excepto de la depresión-ansiedad y del pensamiento, y mejoría en cuanto a la su gravedad) como en la medicación (disminución estadísticamente significativa de la dosis necesaria para tener controlada su enfermedad).

Con todos estos datos se pone de manifiesto que establecer una política de puertas abiertas puede resultar beneficioso para los pacientes ingresados en unidades de Hospitalización de Agudos de psiquiatría, en aspectos tan diversos como reclusión, eventos coercitivos, sintomatología o medicación. Como podemos observar, este tipo de intervención parece efectiva a la hora de intentar mejorar el bienestar y aumentar la calidad de vida de los pacientes.

Por otro lado, tanto el estudio realizado por el grupo de J. Kalagi¹ como el realizado por el grupo de N. Shoenfeld⁸ son, en cierta medida, diferentes del resto de estudios analizados. El primero analiza los requisitos necesarios para instaurar una política de puertas abiertas, y recoge tanto la opinión de pacientes como de profesionales sanitarios: psiquiatras y enfermeras. En dicho estudio observamos que llevar a cabo este tipo de política requiere hacer pequeñas modificaciones tanto en la estructura del centro (por ejemplo, realizar pequeñas divisiones cerradas para pacientes que lo requirieran), como en el personal sanitario (aumentar el número de profesionales y su formación). El segundo estudio incluye la opinión de los pacientes y el personal antes y después de instaurar una política de puertas abiertas en las habitaciones del hospital psiquiátrico. Los pacientes responden muy positivamente a esta nueva política (el 85% la apoyan, el único punto controvertido está relacionado con un posible aumento de robos en las habitaciones), aunque el personal objetiva algunos problemas (menor colaboración de los pacientes en las actividades, problemas de conciliación de sueño, peor comunicación y problemas con el personal de la limpieza).

Además, debemos mencionar que el estudio del grupo de LK. Schreiber⁶ todavía está sin finalizar, pero se espera que los resultados contribuyan significativamente a proporcionar recomendaciones de tratamiento sostenibles, integrales y basadas en la evidencia para las unidades de atención psiquiátrica aguda.

El tiempo de seguimiento llevado a cabo por los estudios incluidos en la revisión es realmente variable: desde una semana⁸ hasta 15 años⁵. Cabe destacar que los estudios que llevan a cabo un seguimiento más corto son los que analizan los requisitos para instaurar la política de puertas abiertas (J. Kalagi et al¹) y la opinión hacia dicha política de los pacientes psiquiátricos y del personal sanitario (N. Shoenfeld et al⁸), con 6 meses y una semana de seguimiento, respectivamente. Los estudios que analizan variables más objetivas realizan un seguimiento de entre 8 meses (L. Hochstrasser et al²) hasta 15 años, siendo difícil evaluar el tiempo de seguimiento con el que se obtienen unos resultados estadísticamente más significativos, ya que no todos los estudios valoran las mismas variables.

La evidencia científica disponible y aportada en este trabajo determina que la política de puertas abiertas en las unidades psiquiátricas de hospitalización de agudos parece constituir una acción efectiva, al menos a corto-medio plazo. No solo el descenso de reclusión, de medicación o de los eventos coercitivos constituyen un dato a favor de esta política. Otros resultados, como la mejoría del comportamiento agresivo de los pacientes y de la atmósfera de la unidad, también deben tenerse muy en cuenta.

España no presenta una coordinación, ni como país ni entre comunidades autónomas, con el objetivo de abordar una política de unidades abiertas dentro de las unidades de hospitalización de agudos. En el caso particular de Complejo Hospitalario de Ferrol, la Unidad de Hospitalización Breve de agudos de psiquiatría cuenta con una zona de régimen cerrado y otra de régimen abierto. Esta reestructuración se llevó a cabo en el año 2011, coincidiendo y a la vez aprovechando el traslado del servicio de psiquiatría desde el Hospital de Novoa Santos al Hospital Naval.

En la nueva ubicación, aprovechando la arquitectura del edificio, se establece una disposición en “U”, con el control de enfermería en el centro y un régimen en cada brazo. La dotación en medios humanos es la misma para la UHB abierta y cerrada (*figura 3*).

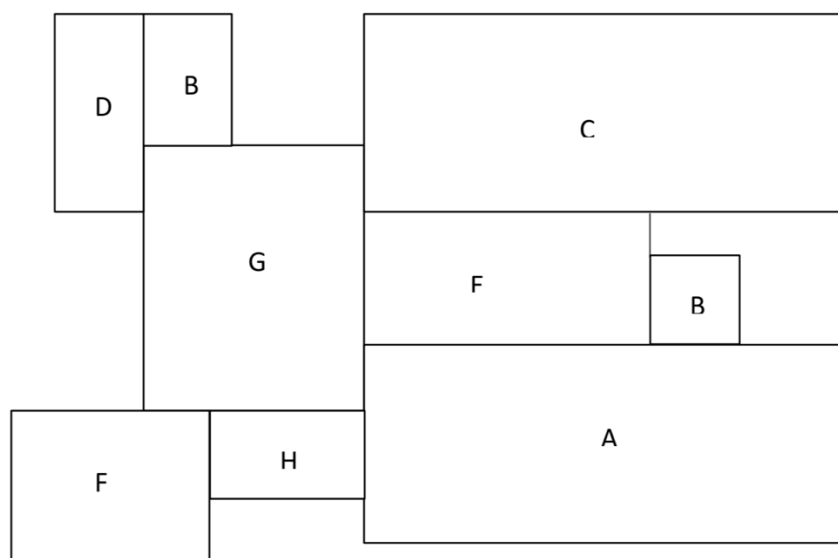


Figura 3. Esquema de la Unidad de Hospitalización de Agudos de Ferrol. A: zona abierta; B: sala polivalente; C: zona cerrada; D: comedor; E: control; F: sala de terapias; G: zona común; H: despachos.

En la zona abierta se establecen cuatro habitaciones dobles, cada una de ellas con aseo y ducha. Además, la zona abierta dispone de una habitación común polivalente dotada con sofás, televisión, juegos de mesa y material de lectura. Los pacientes hospitalizados en esta zona pueden salir a las zonas comunes del hospital (de 15:00 a 22:00 durante la semana, y de 11:00 a 22:00 durante los fines de semana y festivos) y permanecer en el entorno hospitalario, acompañados por sus familiares o en solitario.

La dinámica habitual para pacientes con un primer ingreso en la UHB es ubicarlos en la unidad cerrada. Para estos casos, la zona abierta entra en una segunda fase de tratamiento dentro del periodo de hospitalización, con el objetivo de evitar una transición brusca de la hospitalización al domicilio.

Para evaluar los resultados de esta nueva forma de ingreso psiquiátrico, se realiza un estudio descriptivo retrospectivo, en el que se analiza el perfil de los pacientes ingresados en 2010 (momento en el que se trabajaba solo con régimen cerrado) y en 2012 (cuando ya se ha implantado ambas zonas) (*tabla 2*).

En 2010 ingresan 313 pacientes, los cuales generan 363 ingresos. El diagnóstico mayoritario es trastorno psicótico con una duración media de ingreso de 17,4 días, 50 reingresos y 38 contenciones mecánicas (con una duración media de 7,32 días).

En 2012 ingresan 376 pacientes, generando un total de 394 ingresos. El diagnóstico mayoritario continúa siendo el trastorno psicótico, aunque se observa un aumento considerable en la categoría de trastorno de la personalidad. La duración media del ingreso es de 15,2 días, 18 reingresos y 27 contenciones mecánicas (con una duración media de 4,04 días).

La tendencia observada en este primer periodo se mantiene en los años posteriores (2014, 2016 y 2018), con un descenso progresivo en el número total de ingresos, reingresos y necesidad de contención mecánica. Por otro lado, la estancia media aumenta de forma paulatina (17,4 días en el año 2010; 22,6 días en el 2018). Entendemos que la implantación de una zona abierta ofrece un período intermedio que permite una adaptación progresiva a la vida extrahospitalaria, así como una rehabilitación a nivel ocupacional que, en unidades cerradas, entrañarían una mayor dificultad; lo que podría explicar, en parte, un incremento de la estancia media.

	2010	2012	2014	2016	2018
Ingresos	363	394	339	264	240
Pacientes ingresados (reingresos)	313 (50)	376 (18)	331 (8)	358 (6)	237 (3)
Estancia media (días)	17,4	15,2	15,4	17,2	22,6
Contenciones mecánicas (duración en días)	38 (7,32)	27 (4,04)	20 (1,57)	4 (1,56)	*

Tabla 2. Estadística de los ingresos en la UHA de Ferrol. La zona abierta se implantó en el año 2011. * No se disponen de datos en 2018. En 2017 se realizaron 11 contenciones mecánicas, con una duración media de 1,79 días.

En líneas generales, esta nueva zona aproxima la hospitalización psiquiátrica a las hospitalizaciones de los demás servicios del complejo hospitalario, lo que ayuda a reducir el estigma que se encuentra asociado a la hospitalización en Unidades de Agudos, tanto por parte de la sociedad, como por parte de los propios profesionales sanitarios. Desde el punto de vista puramente asistencial, esta zona permite una observación de la autonomía y capacidad del paciente para la gestión de los tiempos (respetar horarios de comidas, medicación y terapias), para su higiene personal (ya que el nivel de ayuda por parte del personal de enfermería es menor) y para la realización de actividades básicas de cuidado de la habitación (cama, armario, aseo...). De esta forma, se ve facilitada la transición desde el ingreso hospitalario hacia el entorno domiciliario. Por otro lado, permite observar de primera mano la interacción existente entre el paciente y la familia (frecuente foco de conflictos), así como la implicación del medio familiar en los cuidados del paciente.

V.LIMITACIONES

Existen pocos estudios que analicen la eficacia de la política de puertas abiertas en la hospitalización de agudos de psiquiatría. Se requieren más estudios para concluir que esta política es eficaz, lo que es difícil de llevar a cabo, ya que este tipo de política es, muchas veces, rechazado por los propios profesionales de la salud mental, al considerarla demasiado innovadora y arriesgada.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que, aunque el tipo de estudio sí es el mismo (cohortes), las intervenciones incluidas en este análisis no son similares. Las medidas empleadas para valorar los resultados tampoco son las mismas, lo que dificulta, en cierta medida, su comparación. Se puede afirmar que, en la mayoría de los estudios, la política de puertas abiertas resulta eficaz, sin embargo, no es posible superponer y comparar los resultados de los mismos.

En cuanto a la muestra de los estudios, se debe tener en cuenta que las investigaciones son realizadas en distintas regiones, y esto puede modificar los resultados. Por ejemplo, la conducta suicida, que es un motivo común de ingreso en la unidad de agudos, está muy influenciada por las condiciones sociales, económicas y religiosas del país, llegando incluso a ser un tema tabú en algunos lugares. Por ello, debemos asumir que, si ciertos factores condicionantes del ingreso están influenciados por la región del paciente, la muestra de los estudios (pacientes hospitalizados en unidades de agudos) indudablemente también lo está.

Algunos de los estudios utilizan como criterios de inclusión la edad (pacientes mayores de edad) y el sexo (mujeres), lo que también puede alterar los resultados finales. Además, cabe mencionar que todos los estudios analizan los diagnósticos psiquiátricos de los participantes, y aunque la mayoría de estos diagnósticos se realizan mediante el sistema de clasificación CIE-10, algún artículo utiliza la DSM-III-R. Ambas clasificaciones son similares, pero no completamente coincidentes. Además, la DSM-III-R está en desuso dado que, posteriormente, surgieron nuevas versiones, como la DSM-IV y su edición DSM-IV-TR, hasta que, en el año 2013, se publica la quinta versión (DSM-V) en la que el cambio principal es la desaparición de los ejes diagnósticos¹⁴. Esto implica que algunos diagnósticos presentes en los estudios pueden no ser comparables con las clasificaciones actuales (*tabla 3*).

CAMBIOS DSM-V RESPECTO A DSM IV-TR

DESAPARICIÓN DE LOS EJES DIAGNÓSTICOS

Incorporación:

- Trastorno por atracones
- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno neurocognitivo menor

Trastornos psicóticos:

- Eliminación de los subtipos de esquizofrenia
- Incorporación del Síndrome de Psicosis Atenuada

Trastornos afectivos:

- División en Trastorno depresivo y Espectro bipolar/relacionados
- El duelo no excluye depresión

Nueva categoría diagnóstica: Espectro Obsesivo Compulsivo

Modelo híbrido en diagnóstico de los trastornos de personalidad

Inclusión de la formulación cultural

Tabla 3. Cambios en la clasificación DSM V con respecto a la DSM IV-TR¹⁴.

Se requieren nuevos estudios con una muestra mayor y más representativa de la sociedad, con las mismas actuaciones y medidas de resultado similares para poder esclarecer la eficacia de una política de puertas abiertas de una forma más rigurosa. Sería también interesante poder llevar a cabo estudios tipo ensayo clínico, aunque, por sus limitaciones éticas, sería complicado.

VI.CONCLUSIONES

1. Establecer una política de puertas abiertas en una Unidad de Hospitalización de Agudos de psiquiatría puede resultar efectivo en algunos dominios, como en la reducción de la reclusión y de los eventos coercitivos, y en la mejoría de la sintomatología de los pacientes.

2. La política de puertas abiertas parece fomentar una disminución del comportamiento agresivo de los pacientes y una atmósfera más favorable en la sala. Sin embargo, no hay una evidencia clara de que dicha mejora sea realmente significativa.

3. Son necesarios más estudios para ratificar las ventajas e inconvenientes de instaurar una política de puertas abiertas y asegurarnos de que, en efecto, el beneficio supera al riesgo.

4. Implementar una política de puertas abiertas en una Unidad de Hospitalización de Agudos constituye una intervención compleja, y con los estudios analizados no podemos determinar cuales son los requisitos necesarios para poder asegurar su efectividad en todos los casos, lo que dificulta su aplicación a nivel nacional y/o mundial.

VII.BIBLIOGRAFÍA

1. Kalagi J, Otte I, Vollmann J, Juckel G, Gather J. Requeriments for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: a qualitative interview study. *BMC Psychiatry* [Internet]. Septiembre de 2018 [citado el 26 de marzo de 2020]; 18(1):304. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30231893>
2. Hochstrasser L, Voulgaris A, Möller J, Zimmermann T, Steinauer R, Borgwardt S et al. Reduced frequency of cases with seclusion is associated with "opening the doors" of a psychiatric intensive care unit. *Front Psychiatry* [Internet]. Febrero de 2018 [citado el 26 de marzo de 2020]; 9:57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29535651>
3. Jungfer HA, Schneeberger AR, Borgwardt S, Walter M, Vogel M, Gairing SK et al. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy. *J Psychiatr Res* [Internet]. Julio de 2014 [citado el 26 de marzo de 2020]; 54:94-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24726637>
4. Hochstrasser L, Fröhlich D, Schneeberger AR, Borgwardt S, Lang UE, Stieglitz RD et al. Long-term reduction of seclusion and forced medication on a hospital-wide level: implementation of an open-door policy over 6 years. *Eur Psychiatry* [Internet]. Febrero de 2018 [citado el 27 de marzo de 2020]; 48:51-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29331599>
5. Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, Schröder K, von Felten S, Zinkler M, Beine KH et al. Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study. *J Psychiatr Res* [Internet]. Diciembre de 2017 [citado el 27 de marzo de 2020]; 95:189-195. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28866330>
6. Schreiber LK, Metzger FG, Duncker TA, Fallgatter AJ, Steinert T. Open door by fair means: study protocol for a 3-year prospective controlled study with a quasi-experimental designs towards (or to implement) an open ward policy in acute care units. *BMC Psychiatry* [Internet]. Mayo de 2019 [citado el 27 de marzo de 2020]; 19(1):149. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31088418>
7. Jin Z. Effect of an open-door policy combined with a structured activity programme on the residual symptoms of schizophrenic in-patients. A six-month randomised controlled trial in Yanbian, Jilin. *Br J Psychiatry Suppl* [Internet]. Agosto de 1994 [citado el 14 de abril de 2020]; (24):52-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7946232>

8. Shoenfeld N, Ulman AM, Weiss M, Strous RD. To lock or not to lock patients' rooms: the key to autonomy? *Psychiatr Serv* [Internet]. Octubre de 2008 [citado el 14 de abril de 2020]; 59(10):1100-2. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18832493>
9. Steinauer R, Huber CG, Petitjean S, Wiesbeck GA, Dürsteler KM, Lang UE et al. Effect of door-locking policy on inpatient treatment of substance use and dual disorders. *Eur Addict Res* [Internet]. Marzo de 2017 [citado el 14 de abril de 2020]; 23(2):87-96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28351023>
10. CIE 10: trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor; 2010. 424 p.
11. A. Seva. El coste de las patologías psiquiátricas en España. Un seguimiento de 26 años y 10974 ingresos en una Unidad Psiquiátrica de Corta Estancia de un hospital general. *Eur. J. Psychiat. (Ed. Esp.)* [Internet]. 2002 [citado el 20 de abril de 2020]; 16. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000100007
12. International Code of Medical Ethics. *World Medical Association Bulletin* 1:109-111, 1949
13. Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry* [Internet]. Septiembre de 2016 [citado el 20 de abril de 2020]; 3(9):842-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27477886>
14. Gutiérrez Miras MG, Peña Martínez L, Santiuste de Pablos M, García Ruipérez D, Ochotorena Ramírez MM, San Eustaquio Tudanca F et al. Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE-10 y DSM-IV [Internet]. Disponible en: <https://www.atlasvpm.org/wp-content/uploads/2019/06/Comparación-de-los-sistemas-de-clasificación-de-los-trastornos-mentales-CIE-10-y-DSM-IV.pdf>