

Héctor de Diego Ruiz<sup>1</sup>  
Laura Santos García<sup>2</sup>  
Martín Rodríguez Girón<sup>3</sup>  
Beatriz López Carpintero<sup>4</sup>  
Teresa Velasco Morán<sup>5</sup>  
Ignacio García Cabeza<sup>6</sup>

# Ingresos psiquiátricos en un gran hospital de Madrid durante el confinamiento por COVID-19: ¿existió un cambio en el perfil de pacientes?

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Infanta Leonor.  
<sup>2</sup> Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.  
<sup>3</sup> Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.  
<sup>4</sup> Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.  
<sup>5</sup> Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.  
<sup>6</sup> Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Profesor en la Universidad Complutense de Madrid.

## INTRODUCCIÓN

**Introducción.** El COVID-19 supuso en Madrid la reorganización de la asistencia sanitaria. El objetivo de este estudio es describir el perfil sociodemográfico y clínico en los pacientes psiquiátricos que ingresaron en el Hospital Gregorio Marañón durante el confinamiento.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal retrospectivo en el que se recogieron datos de todos los ingresos en nuestra unidad de hospitalización psiquiatría del 15 de marzo al 30 de mayo de los años 2019 y 2020. Se elaboró un protocolo que incluía variables clínicas y sociodemográficas, junto a una serie de variables referidas al año previo al ingreso. Además de estadísticos descriptivos, utilizamos la t de Student para comparar variables cuantitativas y  $\chi^2$  para las cualitativas.

**Resultados.** En 2020 la población atendida aumento un 312,5%, mientras los ingresos subieron únicamente un 2,5%.

El nivel socioeconómico fue significativamente más bajo en 2020 ( $\chi^2=18,041$ ;  $p=0,001$ ). El número de hospitalizaciones previas era significativamente mayor en los pacientes de 2019 ( $t=2,147$ ;  $p=0,032$ ), pero las variables que medían únicamente el año previo registraban más tiempo de psicopatología ( $\chi^2=7,407$ ;  $p=0,025$ ) y de hospitalización

( $\chi^2=16,765$ ;  $p=0,000$ ) en 2020, así como relaciones familiares más disfuncionales ( $\chi^2=33,819$ ;  $p=0,000$ ) y menor autonomía ( $\chi^2=6,387$ ;  $p=0,041$ ). La duración del ingreso índice fue significativamente menor en 2020 ( $t=2,977$ ;  $p=0,003$ ). Existían también diferencias significativas en el motivo del ingreso, el diagnóstico y el consumo de sustancias.

**Conclusiones.** Observamos una disminución de la asistencia a los servicios de urgencia y de la necesidad de ingreso hospitalario y un aumento en la proporción de ingresos en personas con contexto socio-familiar desfavorable y con trastornos psicóticos y bipolares.

**Palabras clave.** Ingresos Psiquiátricos; Tratamiento Hospitalario; Perfil Socioeconómico; Perfil Clínico; COVID-19; Confinamiento

*Actas Esp Psiquiatr 2023;51(2): 76-83 | ISSN: 1578-2735*

## PSYCHIATRIC ADMISSIONS IN A LARGE HOSPITAL IN MADRID DURING COVID-19 LOCKDOWN: WAS THERE A CHANGE IN PATIENT PROFILE?

### ABSTRACT

**Introduction.** COVID-19 led to a reorganization of health care in Madrid. The objective of this study is to describe the sociodemographic and clinical profile of psychiatric patients admitted to Gregorio Marañón Hospital during lockdown.

**Methods.** A retrospective cross-sectional study was conducted and data were collected from all admissions to our psychiatric unit from March 15 to May 30, 2019 and 2020. A protocol was developed including clinical and sociodemographic variables and a series of variables referring to the year prior to admission. In addition to descriptive statistics, we used Student's t test to compare quantitative variables and  $\chi^2$  for qualitative variables.

\* Autor de correspondencia:

Nombre: Héctor

Apellidos: de Diego Ruiz

Afiliación: Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Infanta Leonor.

Dirección (profesional): Av. Gran Vía del Este, 80. 28031. Madrid, Spain.

Email (profesional): [hectordediego@salud.madrid.org](mailto:hectordediego@salud.madrid.org)

ORCID ID: 0000-0002-7421-738X

**Results.** In 2020, the attended population increased by 312.5%, while admissions increased only 2.5%.

Socioeconomic status was significantly lower in 2020 ( $\chi^2=18.041$ ;  $p=0.001$ ). The number of previous hospitalizations was significantly higher in 2019 patients ( $t=2,147$ ;  $p=0.032$ ), but the variables that measured only the previous year reflected more time of psychopathology ( $\chi^2=7.407$ ;  $p=0.025$ ) and hospitalization ( $\chi^2=16,765$ ;  $p=0.000$ ) in 2020, as well as more dysfunctional family relationships ( $\chi^2=33.819$ ;  $p=0.000$ ) and less autonomy ( $\chi^2=6.387$ ;  $p=0.041$ ). The index admission was significantly shorter in 2020 ( $t=2.977$ ;  $p=0.003$ ). There were also significant differences in the reason for admission, diagnosis, and substance use.

**Conclusions.** There was a decrease in attendance to emergency services and the need for hospital admissions and an increase in the proportion of admissions in people with an unfavorable social and family background and with psychotic and bipolar disorders.

**Key words.** Psychiatric Admissions; Inpatient Treatment; Socioeconomic Profile; Clinical Profile; COVID-19; Lockdown

## INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, se informó en China del primer agrupamiento de casos provocados por lo que más adelante se identificó como un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, denominado SARS-CoV-2. La infección por COVID-19 se extendió desde entonces alrededor del mundo, hasta ser reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una pandemia global el 11 de marzo de 2020<sup>1</sup>. El 14 de marzo se decreta el estado de alarma en España para la gestión de la crisis sanitaria<sup>2</sup>.

Este hecho supuso en Madrid la reorganización de gran parte de la asistencia sanitaria y, en especial, la hospitalaria. En lo que se refiere a los ingresos psiquiátricos, se cerraron diversas unidades de agudos para habilitar camas para otras especialidades, permaneciendo en funcionamiento las unidades del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital de la Defensa, Puerta de Hierro y Rodríguez Lafora. El Hospital General Universitario Gregorio Marañón aumentó su área de influencia para ingresos psiquiátricos a su propia zona de referencia, la del Hospital Infanta Leonor y la del Hospital Clínico San Carlos, pasando de 320.956 a 1.003.066 habitantes.

Las consecuencias sobre la salud mental aún están por determinar, aunque es previsible que se produzcan tanto en la población general como en población con trastornos

preexistentes y en los propios profesionales sanitarios<sup>3</sup>. Una revisión sistemática reciente detecta la presencia de un aumento de los cuadros depresivos, ansiosos y estrés posttraumático, así como empeoramiento del bienestar subjetivo en población general; empeoramiento sintomático en las personas con enfermedad previa; y síntomas ansioso-depresivos, empeoramiento de la calidad del sueño y malestar psíquico en profesionales<sup>4</sup>. Sin embargo, las publicaciones realizadas sobre en la asistencia tanto en los servicios de urgencia<sup>5-10</sup> como en las unidades de hospitalización<sup>11-15</sup> durante la pandemia orientan a una disminución del número de pacientes atendidos en estos dispositivos.

El objetivo de este estudio es describir el perfil sociodemográfico y clínico en los pacientes que ingresaron en nuestra unidad de hospitalización psiquiátrica durante el periodo de confinamiento inicial en la pandemia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal retrospectivo en el que se recogieron datos de todos los ingresos en la unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría del H.G.U. Gregorio Marañón entre 15 de marzo y el 30 de mayo de los años 2019 y 2020.

Se elaboró un protocolo específico en el que se incluyeron variables sociodemográficas y clínicas. Junto a ellas se incluyeron:

- La escala de impresión clínica global (ICG) de cambio<sup>16</sup> con respecto al ingreso e inferida de la historia clínica. Se trata de una escala Likert de 7 puntos que ordena de 1 (mucho mejor) a 7 (mucho peor) el cambio clínico experimentado durante el ingreso.
- Seis variables que reflejaban el estado del paciente durante el año previo al ingreso y que se puntuaron como una escala Likert de 1 a 3, ya utilizadas en otras investigaciones<sup>17</sup>. Estas fueron duración de psicopatología y hospitalizaciones (1 = más de un mes; 2 = menos de un mes; 3 = ausente); relaciones familiares y sociales (1 = ausentes; 2 = poco estables y conflictivas; 3 = estables y duraderas); autonomía y motivación (1 = pobre; 2 = media; 3 = alta).

Además de estadísticos descriptivos, utilizamos la *t* de Student para comparar variables cuantitativas (edad, edad de inicio de la enfermedad, número de hospitalizaciones previas y tiempo desde la última hospitalización) en muestras independientes, siendo estas las correspondientes a los años 2019 y 2020.

En el caso de variables categóricas se usaron tablas de contingencia en las que se compararon el año de evaluación (2019 y 2020) con la variable en cuestión mediante estadístico  $\chi^2$ . En el caso de existir diferencias significativas y si además eran variables ordinales (clase social, consumo de sustancias, seguimiento previo, ICG al ingreso y de mejoría, variables referidas al año previo: duración de la psicopatología y hospitalización, relaciones familiares y sociales, grado de autonomía y motivación) se utilizó el coeficiente de correlación tau-b de Kendall, para determinar si la correlación era lineal. En el caso de no existir una correlación lineal o en aquellas variables categóricas que eran nominales se intentó, siempre que fue posible, transformarlas en una variable dicotómica para conseguir una tabla de 2x2.

El análisis estadístico de la muestra se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS 26.

## RESULTADOS

Entre las fechas señaladas hubo en nuestra unidad 194 ingresos en 2019 y 204 en 2020. Las características sociodemográficas de la muestra aparecen en la tabla 1. No encontramos diferencias significativas en género, edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral, convivencia o conflictos legales. La única diferencia significativa fue el nivel socioeconómico ( $\chi^2=18,041$ ;  $p=0,001$ ), existiendo una correlación lineal significativa entre el hecho de haber ingresado en 2020 y clase social más baja ( $T=-0,145$ ;  $p=0,002$ ).

Las variables clínicas cuantitativas referidas a la historia de enfermedad aparecen en la tabla 2. No existen diferencias significativas en la edad de inicio, años de evolución de la enfermedad y tiempo desde la última hospitalización. En el número de hospitalizaciones previas, sí que fue significativamente menor en 2020 ( $t=2,147$ ;  $p=0,032$ ).

Respecto a las variables de evolución en el año previo (tabla 3), existen diferencias significativas en el tiempo de psicopatología ( $\chi^2=7,407$ ;  $p=0,025$ ) y de hospitalización ( $\chi^2=16,765$ ;  $p=0,000$ ), relaciones familiares ( $\chi^2=33,819$ ;  $p=0,000$ ) y grado de autonomía ( $\chi^2=6,387$ ;  $p=0,041$ ). Cuando analizamos la correlación entre el año y estas cuatro variables no existe una correlación lineal en el caso de la psicopatología, ni las hospitalizaciones, por lo que las transformamos en variables dicotómicas: psicopatología (menos vs. más de un mes) y las hospitalizaciones previas (ausencia vs. presencia), tal como aparecen representadas en la tabla 3. Existe una tendencia a más tiempo de psicopatología en los ingresos de 2020 ( $\chi^2=-3,037$ ;  $p=0,081$ ) y una diferencia significativa en cuanto haber estado o no hospitalizado ( $\chi^2=6,179$ ;  $p=0,013$ ). Sí existe una correlación significativa en relaciones familiares menos estables y duraderas

Tabla 1	Datos Sociodemográficos			
	2019		2020	
SEXO	Porcentaje (%)		Porcentaje (%)	
Hombre	56,7		48,3	
Mujer	43,3		51,7	
EDAD	Media	SD	Media	SD
	43,55	14,762	41,65	15,486
ESTADO CIVIL	Porcentaje (%)		Porcentaje (%)	
Soltero	56,2		61,7	
Separado/divorciado	22,2		18,9	
Casado/Pareja	18,0		14,4	
Viudo	3,6		5,0	
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	Porcentaje (%)		Porcentaje (%)	
Analfabeto	0,5		2,0	
Sabe leer y escribir	14,4		28,9	
Graduado	38,7		33,3	
BUP/FP/COU	31,4		17,4	
Universitarios	14,4		18,4	
SITUACIÓN LABORAL	Porcentaje (%)		Porcentaje (%)	
Activo/estudiante	23,7		17,9	
Parado con subsidio	14,9		9,0	
Parado sin subsidio	28,9		33,8	
Incapacidad temporal	5,2		6,0	
Incapacidad permanente	27,3		33,3	
NIVEL SOCIOECONÓMICO*	Porcentaje (%)		Porcentaje (%)	
I	-		0,5	
II	7,2		9,5	
III	46,4		61,7	
IV	34,0		16,4	
V	12,4		11,9	
TIPO DE CONVIVENCIA	Porcentaje (%)		Porcentaje (%)	
Familia de origen	36,6		39,8	
Familia propia	24,7		20,4	
Vive solo	22,7		26,9	
Sin domicilio	11,3		7,5	
Institución	4,6		5,5	
CONFLICTOS CON LA LEY	Porcentaje (%)		Porcentaje (%)	
Ninguno	83,5		91,5	
Denuncias	8,2		2,5	
Detenciones	3,6		2,5	
Encarcelamiento	4,6		3,5	

\* Diferencias significativas ( $X^2=18,041$ ;  $p=0,001$ ); correlación lineal significativa ( $T=-0,145$ ;  $p=0,002$ ).

Tabla 2	Datos clínicos sobre la historia de enfermedad			
	2019		2020	
	Media	SD	Media	SD
Edad inicio de la enfermedad	28,8	13,345	29,22	14,552
Años de evolución de la enfermedad	14,49	11,926	12,67	10,717
Número de hospitalizaciones previas*	7,03	12,765	4,84	6,746
Tiempo desde la última hospitalización (meses)	30,18	53,056	22,74	40,882

\*(t=2.147; p=0.032)

(T=0,207; p=0,000) y menor grado de autonomía (T=-0,095; p=0,047) en 2020. No encontramos diferencias significativas ni en las relaciones sociales ni en la motivación por la vida.

Existen diferencias significativas en el seguimiento durante el año previo ( $\chi^2=7,963$ ; p=0,047), no encontrándose una correlación lineal ni significación cuando lo analizamos con dos categorías (buen seguimiento vs. irregular/abandono). El porcentaje de seguimientos regulares era mayor en 2019 (54,6%) que en 2020 (48,8%).

También encontramos diferencias significativas en el consumo de sustancias, entre aquellos que consumían y quienes no ( $\chi^2=6,850$ ; p=0,033), no encontrándose una correlación lineal, ni significación cuando lo analizamos con dos categorías (consumo vs. no consumo) pero siendo menor el porcentaje de no consumidores en 2020. No existen diferencias en cuanto al tipo de sustancia consumida, siendo en ambos años el alcohol y el cannabis las más frecuentes.

En cuanto al ingreso índice (tabla 4), la duración fue significativamente menor en 2020 (t=2.977; p=0.003). Existen también diferencias significativas en el motivo del ingreso ( $\chi^2=18,097$ ; p=0,003), el diagnóstico ( $\chi^2=24,867$ ; p=0,024) y el consumo de sustancias ( $\chi^2=6,850$ ; p=0,033), siendo en 2020 mayor el porcentaje de pacientes sin consumo.

Respecto al motivo de ingreso, en el año 2020 son más frecuentes los trastornos conductuales, mientras que en 2019 aparecen por igual estos y las amenazas/intentos autolíticos. En cuanto a los diagnósticos, presentan una distribución parecida, siendo la esquizofrenia y trastornos bipolares los más frecuentes, seguidos de trastornos depresivos y obsesivos. Sin embargo, los trastornos por estrés, disociativos y somáticos pasan a ser menos frecuentes en 2020. La

Tabla 3	Datos clínicos del año previo al ingreso índice		
	2019	2020	Estadístico; sig
	Porcentaje (%)	Porcentaje (%)	
<b>DURACIÓN DE PSICOPATOLOGÍA</b>			
Más de un mes	60,7	69,1	$\chi^2=-3,037$ ; p=0,081
Menos de un mes	39,3	30,9	
<b>HOSPITALIZACIONES PREVIAS*</b>			
Ausencia	58,8	46,3	$\chi^2=6,179$ ; p=0,013
Presencia	41,2	53,7	
<b>RELACIONES FAMILIARES*</b>			
Ausentes	13,9	13,4	$\chi^2=33,819$ ; p=0,000 T=0,207; p=0,000
Inestables y conflictivas	23,9	51	
Estables y duraderas	62,2	35,6	
<b>RELACIONES SOCIALES</b>			
Ausentes	38,1	48,8	N.S.
Inestables y conflictivas	45,9	36,8	
Estables y duraderas	16	14,4	
<b>AUTONOMÍA*</b>			
Baja	13,9	23,9	$\chi^2=6,387$ ; p=0,041 T= -0,095; p=0,047
Media	55,7	49,8	
Alta	30,4	26,4	
<b>MOTIVACIÓN POR LA VIDA</b>			
Baja	18	10,9	N.S.
Media	58,8	66,7	
Alta	23,2	22,4	
<b>SEGUIMIENTO POR SALUD MENTAL*</b>			
No había precisado	11,9	16,4	$\chi^2=7,963$ ; p=0,047
Había abandonado	22,7	16,4	
Irregular	10,8	18,4	
Regular	54,6	48,8	
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS*</b>			
No hay consumo	61,7	66,2	$\chi^2=6,850$ ; p=0,033
Abuso	18,1	22,9	
Dependencia	20,2	10,9	
<b>DROGA DE CONSUMO PRINCIPAL</b>			
Alcohol	24,3	27,9	N.S.
Cannabis	35,1	41,2	
Cocaína	6,8	8,8	
Heroína u otros opiáceos	1,4	4,4	
Estimulantes	1,4	0	
Sedantes	12,2	4,4	
Policonsumo	18,9	13,2	

N.S. = no significativo

Tabla 4	Datos del ingreso				
	2019		2020		Estadístico; sig
<b>DURACIÓN DEL INGRESO (DÍAS)*</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>	
	16,72;	19,496	11,99	11,054	t=2.977; p=0.003
<b>MOTIVO DEL INGRESO*</b>	<b>Porcentaje (%)</b>		<b>Porcentaje (%)</b>		
Alteraciones de conducta	28		38,8		X <sup>2</sup> =18,097; p=0,003
Ideación autolítica / Intento autolítico	28		26,4		
Empeoramiento clínico de su psicopatología	24,4		24,4		
Agresividad	6,7		7,0		
Evaluación o estudio	12,9		3,5		
<b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL*</b>	<b>Porcentaje (%)</b>		<b>Porcentaje (%)</b>		
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	46,9		46,8		X <sup>2</sup> =24,867; p=0,024
Trastorno bipolar	9,9		17,4		
Trastorno del desarrollo, Deterioro cognitivo	2,6		5		
Trastornos del control de impulsos y de la conducta	1		1,5		
Trastorno depresivo	8,3		8		
Trastorno por uso de sustancias	6,3		0		
Trastorno de personalidad	16,1		14,9		
Trastorno de la conducta alimentaria	0,5		1,5		
Trastorno de ansiedad, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno por estrés agudo, Trastorno por estrés postraumático, Trastorno disociativo, Trastorno de síntomas somáticos	8,4		4,9		
<b>ORIGEN DE LA DEMANDA</b>	<b>Porcentaje (%)</b>		<b>Porcentaje (%)</b>		
Propio paciente	26,4		33,8		N.S.
Familia	31,1		36,8		
Psiquiatra/terapeuta ambulatorio	23,8		14,4		
Servicios sociales	3,1		3,5		
Servicios de orden público	9,3		8,5		
Otros especialistas	6,2		3		
<b>TIPO DE INGRESO</b>	<b>Porcentaje (%)</b>		<b>Porcentaje (%)</b>		
Voluntario	48,7		40,3		N.S.
Involuntario	51,3		59,7		
<b>CONTENCIÓN MECÁNICA</b>	<b>Porcentaje (%)</b>		<b>Porcentaje (%)</b>		
No	89,1		87,1		N.S.
Sí	10,9		12,9		
<b>CONTENCIÓN QUÍMICA</b>	<b>Porcentaje (%)</b>		<b>Porcentaje (%)</b>		
No	84,5		83,6		N.S.
Sí	15,5		16,4		
<b>IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL MEJORÍA</b>	<b>Porcentaje (%)</b>		<b>Porcentaje (%)</b>		
Muchísimo mejor	8,3		9		N.S.
Mucho mejor	50,8		53,7		
Mínimamente mejor	29		31,8		
Sin cambios	11,9		5,5		
<b>USO DE FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN</b>	<b>Porcentaje (%)</b>		<b>Porcentaje (%)</b>		
No	67,4		67,4		N.S.
Sí	32,6		32,6		

dispersión en estas dos variables y la escasa representación de alguna de las categorías hacen poco representativa su transformación en tablas de 2x2.

Tampoco existen diferencias significativas en el tipo de ingreso, mejoría experimentada según ICG, origen de la demanda, uso de medidas coercitivas (ingresos involuntarios, contenciones mecánicas o químicas) ni tratamientos de larga duración.

## DISCUSIÓN

En la medida que conocemos a la hora de redactar este trabajo, se trata del primer artículo en estudiar el perfil del ingreso psiquiátrico durante el confinamiento que siguió a la declaración de la pandemia en nuestro entorno.

Su debilidad también radica en ello, se trata de un estudio de un sitio único, con una muestra limitada y donde además es posible que los ingresos se vean alterados por circunstancias socioeconómicas, culturales y asistenciales, por lo que es difícil poder obtener conclusiones extrapolables a otros entornos. Además, se trata de un estudio transversal que no permite observar cambios a lo largo del tiempo y puede existir sesgo en la recogida e interpretación de la información al hacerse de forma retrospectiva.

El primer dato destacable es la reducción en el número de ingresos con respecto al año previo, que no es cuantificable, dado que comenzamos a atender a una población que se incrementó en un 312,5%, mientras los ingresos subieron únicamente un 2,5%. La disminución de la asistencia a los servicios de urgencia<sup>4-10,12</sup> y de la necesidad de ingreso hospitalario<sup>12-15</sup> son una constante en los estudios revisados.

No se cumplen, por tanto, expectativas previas que asumían que la ansiedad, tristeza y estrés en tiempos de incertidumbre podrían incrementar esta demanda, al menos en momentos iniciales<sup>3,9,18</sup>. Las causas para ello son múltiples y pueden implicar: miedo a la contaminación y asistir al hospital, cambios en los umbrales de hospitalización, la propia conciencia social de los pacientes y priorización de cuidados médicos frente a los psiquiátricos, el aislamiento y falta de petición de ayuda espontánea o la resiliencia y afrontamiento de nuestros enfermos<sup>9,12,15</sup>, a veces minusvalorada.

A partir de los resultados previamente expuestos, se puede elaborar un perfil diferencial de los pacientes que recibieron un ingreso psiquiátrico en la primera ola de la pandemia en comparación a los ingresados en el año previo: pacientes con trastorno mental grave, aunque lo general sin comorbilidad con consumo de sustancias, con mala evolución clínica en el último año, peor autonomía y escaso soporte social

y familiar. Los pacientes que ingresaron en 2020 acudieron **más frecuentemente por alteraciones de conducta, reduciéndose las consultas por ideación autolítica, a pesar de lo cual sus ingresos fueron significativamente más cortos que en 2019.**

Entre las variables sociodemográficas, la única diferencia significativa la encontramos en el nivel socioeconómico, siendo clases más bajas las que ingresan más en 2020. Aunque este hecho podría explicarlo la incorporación de distritos con nivel socioeconómico más bajo en ese año, una situación estresante y un ambiente desfavorable también pueden jugar un papel en algunos casos en la eventual necesidad de recurrir a un ingreso psiquiátrico<sup>19</sup>.

Mayores diferencias existen a nivel clínico. Los pacientes que ingresan durante el confinamiento, aunque con significativamente menos ingresos a lo largo de su vida, presentaban una mayor gravedad en el año previo: más tiempo de síntomas y hospitalización, peores relaciones familiares y menos autonomía. Tanto la peor evolución clínica en el año previo como su mala situación familiar y su mayor dependencia harían **más difícil su tratamiento ambulatorio** y su contención domiciliaria, lo que explicaría que consultasen e ingresasen a pesar del riesgo de contagio. Aunque la distribución por diagnósticos es similar en ambos años, en 2020 crecen los trastornos psicóticos, bipolares y conductuales, mientras disminuyen los trastornos de ansiedad, estrés, disociativos y somatomorfos.

Nuestros resultados se asemejan a los otros estudios recientes, en los que se refleja aumento en la proporción de ingresos en trastornos psicóticos y bipolares, disminuyendo la depresión, ansiedad y trastornos de personalidad<sup>14,15</sup>. España es un país donde existe una larga tradición de cuidados informales sobre todo por parte de los familiares,<sup>19</sup> que también pueden haber contribuido a esa disminución de ingresos, siendo los pacientes con peor evolución y apoyo los que han terminado hospitalizados.

Aunque el porcentaje de trastorno por uso de sustancias como diagnóstico principal es pequeño, existe en nuestra muestra una disminución significativa de los consumos al ingreso en 2020, basado posiblemente en la disminución de la accesibilidad por el confinamiento.

En cuanto al tipo de ingreso, aumentan los ingresos involuntarios, como en los estudios ya mencionados<sup>14,15</sup>, sin alcanzar niveles de significación. Otro elemento a destacar es el motivo que origina el ingreso. Mientras en 2019 se reparten por igual la ideación/intentos autolíticos con los trastornos de conducta, en 2020 estos últimos suponen el motivo principal de ingreso. Este hecho se repite en la ma-

por parte de estudios, que indican un descenso o al menos no incremento de ideación/intentos autolíticos en población adulta durante la primera ola de la pandemia<sup>11, 13</sup>, pero empiezan a aparecer estudios en los que se incrementa con el paso del tiempo<sup>10, 21</sup>. Es fácilmente comprensible que cuadros clínicos que puedan ser considerados como más leves y cuya atención requiere una consulta voluntaria pasasen a un segundo plano en los primeros meses de la pandemia ante el temor al contagio, aumentando, por tanto, la proporción de pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave y alteraciones conductuales, que implican más frecuentemente una consulta no voluntaria.

A pesar de la mayor gravedad y los trastornos conductuales al ingreso, la evolución en las hospitalizaciones de 2020 fue similar a las del año previo, sin diferencias en la ICG de mejoría o en el uso de medidas de contención. De hecho, la estancia media fue significativamente menor. En esto influyeron probablemente los traslados a otros hospitales cuando reabrieron sus unidades, los traslados de pacientes con COVID sintomático a unidades de medicina interna y la propia necesidad de camas. No es descartable que pudiera también contribuir una mayor colaboración por parte de los pacientes y sus familias, influida tanto por el deseo de tener el mínimo contacto hospitalario posible como por la concienciación de la presión asistencial en los hospitales. Una mayor colaboración podría influir también en el hecho de que, a pesar de que las condiciones de la asistencia fueron probablemente más precarias, no se produjera un aumento del uso de medidas que se pueden considerar como coercitivas.

Podemos concluir que durante las fases iniciales de la pandemia se produjo un cambio de perfil en el paciente que ingresaba en las unidades de agudos, que debemos tener en cuenta para la toma de decisiones tanto en el presente como de cara al futuro.

A modo de reflexión final, pensamos que es posible disminuir los ingresos hospitalarios, caros y estigmatizadores, si somos capaces de buscar alternativas de contención domiciliaria y apoyo a las familias en situaciones de crisis, favoreciendo la integración del paciente en la comunidad<sup>22</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Equipo COVID-19. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Situación de COVID19 en España a 28 de octubre de 2020.
- Ministerio de la Presidencia relaciones con las cortes y memoria democrática. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE no 67 de 14 de marzo de 2020. Boletín Of del Estado. 2020;67(l):25390-400.
- Moreno C, Wykes T, Galderisi S, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic [published correction appears in *Lancet Psychiatry*. 2021 Jul;8(7):e16]. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(9):813-824. doi:10.1016/S2215-0366(20)30307-2.
- Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020;89:531-542. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.048.
- Pignon B, Gourevitch R, Tebeka S, et al. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;74(10):557-559. doi:10.1111/pcn.13104.
- Capuzzi E, Di Brita C, Caldiroli A, et al. Psychiatric emergency care during Coronavirus 2019 (COVID 19) pandemic lockdown: results from a Department of Mental Health and Addiction of northern Italy. *Psychiatry Res*. 2020;293:113463. doi:10.1016/j.psychres.2020.113463.
- Gonçalves-Pinho M, Mota P, Ribeiro J, Macedo S, Freitas A. The Impact of COVID-19 Pandemic on Psychiatric Emergency Department Visits - A Descriptive Study. *Psychiatr Q*. 2021;92(2):621-631. doi:10.1007/s11126-020-09837-z.
- Poremski D, Hariram J, Ng JWL, Seow JGHC, Cheng L. Emergency psychiatric service seeker referral pattern variations over the course of a pandemic. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;68:109-110. doi:10.1016/j.genhosppsy.2020.11.001.
- Goldenberg MN, Parwani V. Psychiatric emergency department volume during Covid-19 pandemic. *Am J Emerg Med*. 2021;41:233-234. doi:10.1016/j.ajem.2020.05.088.
- Holland KM, Jones C, Vivolo-Kantor AM, et al. Trends in US Emergency Department Visits for Mental Health, Overdose, and Violence Outcomes Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(4):372-379. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4402.
- Pirkis J, John A, Shin S, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from

- 21 countries [published correction appears in *Lancet Psychiatry*. 2021 Jun 4;] [published correction appears in *Lancet Psychiatry*. 2021 Nov;8(11):e21]. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7):579-588. doi:10.1016/S2215-0366(21)00091-2.
12. Vukojević J, Đuran N, Žaja N, Sušac J, Šekerija M, Savić A. 100 Years apart: Psychiatric admissions during Spanish flu and COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2021;303:114071. doi:10.1016/j.psychres.2021.114071.
  13. Rømer TB, Christensen RHB, Blomberg SN, Folke F, Christensen HC, Benros ME. Psychiatric Admissions, Referrals, and Suicidal Behavior Before and During the COVID-19 Pandemic in Denmark: A Time-Trend Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2021;144(6):553-562. doi:10.1111/acps.13369.
  14. Abbas MJ, Kronenberg G, McBride M, et al. The Early Impact of the COVID-19 Pandemic on Acute Care Mental Health Services. *Psychiatr Serv*. 2021;72(3):242-246. doi:10.1176/appi.ps.202000467.
  15. Clerici M, Durbano F, Spinogatti F, Vita A, de Girolamo G, Micciolo R. Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during COVID-19: did they change? An analysis of register data. *Ir J Psychol Med*. 2020;37(4):283-290. doi:10.1017/ijpm.2020.29.
  16. Guy W, editor. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; 1976.
  17. García Cabeza I, Amador MS, López CA, González de Chávez M. Subjective response to antipsychotics in schizophrenic patients: clinical implications and related factors. *Schizophr Res*. 2000 Jan 21;41(2):349-55.
  18. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;383(6):510-512. doi:10.1056/NEJMp2008017.
  19. Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJ. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(4):419-427. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.15.
  20. Vázquez-Barquero JL, García J. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(3):128-135. doi:10.1007/s004060050077.
  21. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav*. 2021;5(2):229-238. doi:10.1038/s41562-020-01042-z.
  22. Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL. Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(6):323-332.