

CONOCIENDO AL PACIENTE CON RIESGO DE FUGA

ALEJANDRO ATIENZA MARTÍNEZ¹, JORDI FONT PUJOL², MARIA BUXÓ PUJOLRÀS³
Y ORIOL TURRÓ GARRIGA³

¹Enfermero especialista en Salud Mental. Unidad de Agudos. Institut d'Assistència Sanitària de Girona.

²Supervisor de enfermería. Unidad de Agudos. Institut d'Assistència Sanitària de Girona.

Profesor asociado. Universitat de Girona.

³Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDIBGI).

RESUMEN

Aunque no se contemple como una de las principales cuestiones que atañen y preocupan a la sociedad actual —y, en concreto, a los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental—, las consecuencias que se relacionan con el hecho de que una persona ingresada por algún problema mental se fugue del hospital son de suma importancia. Pero si, además, tenemos en cuenta que las corrientes de terapias propuestas para este tipo de pacientes empiezan a desestimar la opción de que el mejor tratamiento sea aquel que se realice en hospitales con puertas cerradas, comienza a invadirnos una sensación de incertidumbre en cuanto a cómo resolver este conflicto. Así pues, nos interesará conocer cómo evitar que los pacientes se fuguen sin establecer medidas coercitivas. Por lo tanto, lo que se pretende con este estudio es recoger ciertas características biopsicosociales concretas (biográficas, biológicas, de salud física y mental) de las personas que se fugan del hospital y compararlas posteriormente con el resto de personas ingresadas para, así, poder abstraer aquellas características relevantes que poseen las personas con un mayor riesgo de fuga, permitiendo focalizar nuestra atención sobre ellos y evitando la consecuencia del evento adverso: la fuga hospitalaria.

Palabras clave: características de riesgo, fuga hospitalaria, salud mental, enfermería.

Correspondencia: Alejandro Atienza Martínez
Correo electrónico: atienzamartinez.a@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes problemas que ha acompañado siempre en su camino a la salud mental ha sido el hecho de privar, o no, a una persona de su libertad de decisión terapéutica y, en la sociedad actual en la que nos encontramos, con grandes códigos éticos y deontológicos que moderan nuestras profesiones sanitarias, aún sigue habiendo grandes desacuerdos entre todos los profesionales que trabajan en este ámbito. Desde que nos regimos por los cuatro principios de la bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), siempre se busca alcanzar el máximo beneficio de la terapia que se aplica en el proceso de enfermedad y siempre llegando a un acuerdo entre ambas partes. El principal inconveniente que deriva de todo ello se presenta cuando la persona ingresada en el hospital —en este caso concreto, debido a que padece una enfermedad mental— no comparte la misma opinión en la terapia propuesta para su enfermedad que la del personal sanitario. Consecuentemente, decide por ella misma no continuar con este tratamiento y marcharse del hospital sin nuestra aprobación ni recomendación, dando lugar al conflicto de todos los principios que rigen las profesiones sanitarias anteriormente nombrados¹.

Es entonces cuando pueden aparecer los efectos adversos de este hecho²⁻⁵. Por un lado, los que atañen a la persona que se ha fugado, como indican algunos estudios en los que refieren que «el 22 % de los pacientes con enfermedad mental que realizan un suicidio consumado lo llevan a cabo tras varias horas o días después de haberse fugado»³, o que «se produce una descompensación del estado psicopatológico de la persona, que, además, quedaría agravado por los efectos negativos de la medicación tras dejar de tomarla repentinamente»^{3,5} e, incluso, también que «tienen mayor probabilidad de sufrir un accidente debido a los efectos de la medicación, contraer infecciones, y aquellos que no tengan ningún sitio donde cobijarse pueden sufrir, sobre todo, en invierno, hipotermia y congelación»⁵.

Sin embargo, para los profesionales sanitarios, también comporta una serie de riesgos este hecho, como la ansiedad generada por la responsabilidad que conllevaría el que le pudiese suceder algún evento adverso a estas personas, la posibilidad de su difusión en los medios de comunicación, la influencia sobre otros pacientes ingresados y las consecuencias económicas tanto para el hospital como para otros servicios implicados en la búsqueda y retorno de los pacientes⁵.

No obstante, para reducir el número de personas que abandonan el hospital sin consentimiento, no solo es necesaria la prescripción de un buen tratamiento farmacológico, sino también se debe mantener un buen trabajo terapéutico, mediante el que la persona ingresada entienda los motivos por los que se ha decidido establecer un tratamiento terapéutico concreto de acuerdo con su estado de salud y en el que se le preste el apoyo necesario para alcanzar un nivel óptimo de bienestar durante su proceso de enfermedad. Añadiendo, además, la ardua tarea de que, en unos años, como ratifican los primeros estudios sobre los beneficios obtenidos en hospitales con puertas abiertas^{6,7}, tendremos que cambiar el paradigma actual e ir en detrimento del empleo de medidas coercitivas con los pacientes hasta llegar a su desuso.

En este caso, la enfermería desempeña un papel fundamental, ya que es la encargada de aplicar todos los cuidados necesarios, tanto farmacológicos como psicoterapéuticos, para mantener la salud de los pacientes. Y así lo demuestra un estudio llevado a cabo en cinco salas hospitalarias de salud mental de Londres, donde se instruyó a los auxiliares sanitarios y al personal de enfermería sobre cómo reconocer a la persona con más riesgo de fuga para aplicar después sobre ellos ciertas técnicas cognitivo-conductuales, contención verbal, etc. Los resultados del estudio fueron sorprendentemente positivos: el número de fugas disminuyó notablemente en un 25 % durante los tres meses de estudio. Posteriormente, el estudio fue replicado en otras 15

unidades y se volvieron a obtener los mismos resultados, con una disminución de las fugas en un 25,5%⁸.

De esta manera, queda reflejado, por un lado, la importancia que tiene el hecho de saber distinguir a las personas con riesgo de fuga y, por otro lado, que el personal de enfermería está plenamente capacitado y posee los suficientes conocimientos y actitudes para frenar el desenlace final.

Hipótesis

Las personas ingresadas en unidades de salud mental que se fugan del hospital comparten unas características biopsicosociales concretas que son predictivas del riesgo de fuga.

Objetivos

- Determinar las características de los pacientes ingresados por una enfermedad mental y que se fugan del hospital.
- Establecer el perfil de paciente con más riesgo de fuga.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en la unidad de «agudos» del Hospital Santa Caterina de Girona, la cual es una unidad cerrada, a la que solo se puede acceder mediante autorización, está ubicada en la planta baja del edificio y no se permite fumar ni consumir cualquier otra sustancia nociva.

Muestra

Según la fórmula clásica de Freeman⁹, el tamaño de la muestra en un estudio de regresión logística ha de ser diez veces el número de variables independientes a estimar más uno [$n = 10 \cdot (k + 1)$].

Por lo tanto, durante el período de estudio, comprendido entre el 1/7/2014 y el 7/11/2014, se han seleccionado los 300 primeros pacientes que han ingresado en la unidad, haciendo posible la inclusión de 29 variables.

Criterios de inclusión

- Casos:
 - No cumplen la restricción de salidas de la unidad y se fugan.
 - Realizan un intento de fuga llegando a salir de la unidad, pero son ingresados de nuevo en un período corto de tiempo, quedando registrado el episodio en la historia clínica.
 - Incumplen el horario del permiso de salida pautado en más de una hora.
 - Se notifica la fuga por parte del personal, quedando recogido el suceso en la base de datos del hospital específica para ello.
- Controles: resto de personas ingresadas que cumplen la restricción de salidas de la sala y que regresan del permiso de salida a la hora establecida.

Criterios de exclusión

Personas que han ingresado en la unidad de agudos para la recuperación después de la terapia electroconvulsiva, los cuales estarán menos de 6 h.

Variables que recoger de la muestra

Sexo, edad, estado civil, actividad laboral, si tiene familia a su cargo o que dependan económicamente de él, medio por el que acude al hospital, tipo de ingreso, si precisa de contención mecánica, si precisa de medicación intramuscular de rescate, si tiene *craving* o necesidad de consumo de tabaco, si tiene *craving* a otros tóxicos, si está hipervigilante o desconfiado, si presenta inquietud psicomotriz, si colabora con el personal, si presenta alucinaciones auditivas, si presenta alucinaciones visuales, si pre-

senta ansiedad, si rechaza tomar la medicación pautada, si tiene ideas de perjuicio, si tiene ideas de lectura o difusión del pensamiento, si tiene ideas de autorreferencialidad, si se muestra extrapunitivo (está ingresado por otros factores que no dependen de él), si se muestra agresivo física o verbalmente, si ha estado ingresado anteriormente en la unidad, si manifiesta querer irse de la unidad, el tiempo de estancia hospitalaria hasta el alta o fuga, si se fuga, si tiene antecedentes de fuga, si tiene antecedentes de problemas con la policía o judiciales y diagnóstico al alta/fuga.

Análisis estadístico

Este estudio ha sido realizado de manera observacional, analítica y retrospectiva. Para la descripción de los resultados, se utilizarán medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y de frecuencia absoluta y relativa para las cualitativas. Se realizarán comparaciones de medias con técnicas paramétricas o no paramétricas según la distribución de normalidad de las variables y cálculos del estadístico chi cuadrado para la comparación de variables cualitativas. Se ajustará un modelo de regresión logística multivariante para determinar las variables predictivas del riesgo de fuga.

Aspectos ético-legales

El estudio ha sido realizado siguiendo las directrices éticas y legales que rigen las profesiones sanitarias en la actualidad^{1,10-12} y, para ello, se ha obtenido la aprobación del comité de ética e investigación clínica correspondiente al área sanitaria asistencial de Girona-Pla de l'Estany, en la cual está encuadrada la unidad de agudos a la que pertenece el estudio. Además, cuenta con la conformidad de los diferentes coordinadores y directores del servicio de la unidad y del complejo hospitalario (Parc Hospitalari Martí i Julià) donde se ha llevado a cabo.

RESULTADOS

Si analizamos cada una de las variables por separado, para saber si son predictivas del riesgo de fuga por sí mismas, mediante la realización de un modelo de regresión logística univariable, se obtiene que las características más significativas (valor $p < 0,05$) son: ser una persona joven (de entre 17 y 35 años), ingresar en la unidad involuntariamente, precisar de contención mecánica, precisar de medicación intramuscular de rescate, presentar *craving* a tabaco, mostrarse hipervigilante o desconfiado, presentar cierta inquietud psicomotriz, no colaborar con el personal, sufrir alucinaciones auditivas, rechazar tomar la medicación pautada, tener ideas de autorreferencialidad, mostrarse agresivo física o verbalmente, manifestar con anterioridad el querer marcharse del hospital, predominio de la sintomatología maníaca y realizar la fuga a las pocas horas/días del ingreso (tabla 1).

No obstante, si aglutinamos todas las variables, para obtener el perfil de paciente con más riesgo de fuga, mediante la aplicación del modelo de regresión logística multivariable (tabla 2), obtenemos que finalmente solo dos características resultan significativas: haber precisado de medicación intramuscular de rescate en algún momento del ingreso y tener necesidad de fumar.

DISCUSIÓN

En comparación con otros estudios en los que se ha basado la recolección de datos de este proyecto, los resultados que se han obtenido de las características definitorias del paciente con más riesgo de fuga son similares entre sí.

Así pues, en un estudio llevado a cabo en Toronto¹³ durante 24 meses con una muestra de 113 pacientes, de los cuales 57 realizaron alguna fuga de la sala donde se encontraban ingresados, se observan características similares a este estudio, resultando significativos la historia de fugas previas y el consu-

Tabla 1. Modelo de regresión logística univariable para predecir la «fuga» (n = 300)

Variable		N.º de casos	OR	IC del 95 %	valor p
Sexo	Mujer	121	1		0,0937
	Hombre	179	2,482	(0,797-7,730)	
Edad (años)	56+	64	1		0,0078
	36-55	140	0,912	(0,163-5,111)	
	17-35	96	4,429	(0,957-20,503)	
Estado civil	Casado/a-Con pareja	76	1		0,3079
	Soltero/a-Divorciado/a	214	0,572	(02,01-1,631)	
Actividad laboral	Empleado/a	53	1		0,4596
	Desempleado/a	225	0,630	(0,193-2,061)	
Medio por el que acude al hospital	Propio interés + SM + traído/a por otras personas	165	1		0,4939
	Ambulancia	92	1,370	(0,460-4,075)	
	Policía	40	2,181	(0,622-7,640)	
Tipo de ingreso	Voluntario	119	1		0,0055
	Involuntario	181	5,673	(1,280-20,144)	
Precisa contención mecánica	No	221	1		<0,0001
	Sí	79	8,509	(2,926-24,748)	
Precisa medicación i.m. de rescate	No	232	1		<0,0001
	Sí	67	10,930	(3,737-31,968)	
Craving a tabaco	No	178	1		0,0059
	Sí	101	4,780	(1,459-15,665)	
Craving a otros tóxicos	No	256	1		0,9719
	Sí	19	1,038	(0,129-8,392)	
Hipervigilante o desconfiado/a	No	179	1		0,1674
	Sí	105	2,004	(0,749-5,364)	

Continúa

Tabla 1. Modelo de regresión logística univariable para predecir la «fuga» (n = 300) (cont.)

Variable		N.º de casos	OR	IC del 95 %	valor p
Inquietud	No	199	1		0,0380
	Sí	96	2,776	(1,059-7,279)	
Colaborador/a	Sí	219	1		0,0183
	No	80	3,343	(1,243-8,994)	
Alucinaciones auditivas	No	187	1		0,0084
	Sí	84	4,368	(1,417-13,465)	
Alucinaciones visuales	No	243	1		0,3101
	Sí	21	2,453	(0,501-12,010)	
Ansiedad	No	86	1		0,1126
	Sí	197	2,967	(0,655-13,445)	
Rechaza tomar la medicación pautada	No	223	1		0,0442
	Sí	75	2,839	(1,054-7,649)	
Ideas de perjuicio*	No	93	1		
	Sí	189	1	(omitido)	
Ideas de lectura o difusión del pensamiento	No	233	1		0,2540
	Sí	27	2,302	(0,607-8,734)	
Ideas de autorreferencialidad	No	112	1		0,0182
	Sí	165	4,704	(1,040-21,268)	
Extrapunitivo/a	No	121	1		0,1468
	Sí	152	2,282	(0,708-7,355)	
Agresivo/a física o verbalmente	No	242	1		0,0063
	Sí	52	4,218	(1,577-11,284)	
Manifiesta querer irse	No	171	1		0,0004
	Sí	123	7,193	(2,020-25,613)	

Continúa

Tabla 1. Modelo de regresión logística univariable para predecir la «fuga» (n = 300) (cont.)

Variable		N.º de casos	OR	IC del 95 %	valor p
Ingreso anterior en la unidad	No	126	1		0,3133
	Sí	160	1,662	(0,606-4,558)	
Tiempo de estancia hospitalaria**		300	0,947	(0,893-1,004)	0,0274
Problemas previos con la policía o judiciales	No	254	1		0,3071
	Sí	32	2,086	(0,556-7,829)	
Antecedentes de fuga	No	290	1		0,3357
	Sí	6	3,425	(0,377-31,079)	
Familia a la que mantener	Sí	88	1		0,2967
	No	209	0,581	(0,214-1,580)	
Diagnóstico***	Sintomatología depresiva	33	1		0,0138
	Sintomatología maníaca	43	6,222	(0,726-53,349)	
	Sintomatología psicótica	107	2,586	(0,311-21,472)	
	Sintomatología psicótica + afectiva	26	1,280	(0,076-21,490)	
	Otros	90	0,360	(0,022-5,919)	

IC: intervalo de confianza; i.m.: intramuscular; n: tamaño de la muestra; OR: razón de posibilidades (*odds ratio*); p: nivel de significación; SM: sujeción mecánica.

*No se pudo obtener asociación entre tener ideas de perjuicio y fugarse.

**El riesgo de fuga disminuye conforme más tiempo está ingresado/a.

***Se han englobado las diferentes categorías diagnósticas encontradas en cinco categorías según predominase la clínica afectiva o psicótica de la siguiente manera:

1. Sintomatología depresiva: trastornos depresivos y trastornos bipolares, siendo el último episodio con características depresivas.
2. Sintomatología maníaca: trastornos bipolares, siendo el último episodio con características maníacas.
3. Sintomatología psicótica: espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
4. Sintomatología psicótica + afectiva: trastornos esquizoafectivos.
5. Otros: trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, trastornos neurocognitivos, trastornos del desarrollo neurológico, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, trastornos de la personalidad, trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados, trastornos disociativos y cumplimiento de condena.

Tabla 2. Modelo de regresión logística multivariable (n = 278)*

Variable		OR	IC del 95 %	valor p
Precisa medicación i.m. de rescate	No	1		<0,001
	Sí	11,07	(3,24-37,83)	
Craving a tabaco	No	1		<0,008
	Sí	5,32	(1,54-18,33)	

IC: intervalo de confianza; i.m.: intramuscular; n: tamaño de la muestra; OR: razón de posibilidades (*odds ratio*); p: nivel de significación.
 * Debido a que no se pudieron recoger los 300 casos de cada variable, se redujo el estudio a 278 personas. Para lograr los resultados de esta tabla, se ha usado el test Hosmer-Lemeshow, que evalúa la aplicabilidad, la cual fue satisfactoria ($p = 0,9753$). Se ha aplicado la curva de eficacia diagnóstica (*receiver operating characteristic curve*) para evaluar la discriminación de variables mediante el cálculo del área bajo la curva (*area under the curve* o AUC) = 0,83; IC del 95 %: 0,72-0,94.

mo de tóxicos. Otro estudio, esta vez llevado a cabo en Australia¹⁴ durante 12 meses, con una muestra de 620 personas, de las cuales 49 fueron el número de casos, destacan, sin embargo, como características significativas la edad joven de los pacientes y la precipitación de la fuga respecto al ingreso. Sin embargo, también quedan recogidos el sexo y el diagnóstico de los pacientes que se fugan, los cuales, en este caso, no resultan significativos. Resultados similares se obtuvieron en la India¹⁵ en los dos meses que duró el estudio, donde, de una muestra de 231 pacientes, 31 realizaron alguna fuga y de los cuales se extrajeron como indicadores de riesgo de fuga el período corto de tiempo hasta que se fugan, y como no significativos, el sexo y el diagnóstico.

Por otro lado, cabe mencionar de nuevo el estudio en el que se ha basado este proyecto³, en el cual resultaron ser significativas características como la edad, el género o la historia previa de intento de fuga, que fueron objetivadas también en este proyecto. Otras como el contacto previo con la policía no resultaron significativas en el presente estudio. Por último, hay que destacar el diagnóstico de esquizofrenia, en cuyo caso, variaron los resultados, ya que, aun siendo más predominante este diagnóstico, resultó significativo el número de personas que pade-

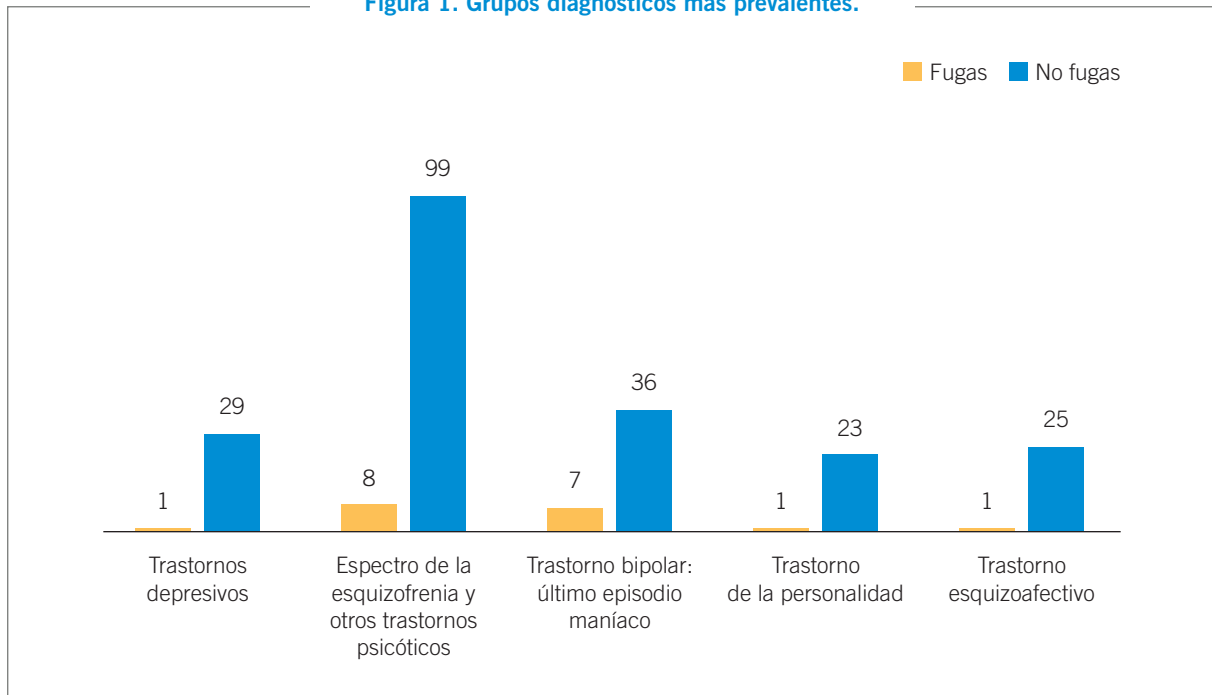
cían un trastorno bipolar siendo el último episodio maniaco (fig. 1).

Aunque cabría destacar también la importancia que tiene identificar a este tipo de pacientes en el menor tiempo posible, ya que las fugas se realizan en las primeras horas/días desde su ingreso en la unidad.

Pero, sobre todo, hay que hacer hincapié en que este proyecto somete a estudio otras características mencionadas por los pacientes y que no han sido reflejadas concretamente en otros estudios anteriores, como es el hecho de tener ganas de consumir tabaco (ya que, en las unidades hospitalarias cerradas, no se permite fumar) o el haber utilizado medidas coercitivas contra ellos, como es la aplicación de contención mecánica o administrar medicación intramuscular de rescate en contra de su voluntad, que, contingentemente, son las que han resultado con un alto nivel de significación y las cuales quedan abiertas a poder ser recogidas en otros estudios posteriores.

Finalmente, en el caso de este estudio, al ser retrospectivo, la principal limitación encontrada es el que algunas de las variables no han podido ser recogidas en la totalidad de la muestra, ya que todos los datos han sido recolectados de la historia clíni-

Figura 1. Grupos diagnósticos más prevalentes.



ca de cada paciente, y aquellas que no han quedado reflejadas no se han podido añadir al estudio. De la misma manera, aquellas variables que precisan ser recabadas tras la evaluación de los sujetos con una escala clínica o analítica (como es el caso del *insight* o del *craving*, por ejemplo) solo se ha tenido en cuenta que quedaran recogidas en el curso clínico de cada sujeto del estudio, de lo que se han ocupado los profesionales que atendían a estas personas, pero no se ha podido concluir de manera objetiva si habían sido valoradas mediante escalas previamente o no.

CONCLUSIONES

Así pues, ha quedado resuelta la hipótesis en cuestión, siendo el resultado favorable al hecho de que los pacientes que se fugan comparten características concretas, aunque, en este caso, han resultado ser un mínimo número de ellas significativas, no porque sean limitadas las que comparten, sino porque,

por un lado, la muestra no era muy amplia y, por otro, porque, a pesar de que se ha demostrado la relevancia del tema con este análisis, actualmente, existen pocos estudios llevados a cabo con los que compararlo para poder establecer el perfil definitivo con características diversas.

No obstante, lo que sí se ha podido extraer a partir tanto de la bibliografía revisada como del estudio en cuestión ha sido que la enfermería desempeña un papel importante a la hora de lograr que este efecto adverso se diluya con el tiempo y que la continuidad de cuidados que ofrece este colectivo a los pacientes que padecen alguna enfermedad mental permite limitar el uso de medidas coercitivas sobre ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comitè de Bioètica de Catalunya. L'ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives en pacients psiquiàtrics i persones demenciades. Barce-



- lona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2002. Disponible en: <http://comite-bioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/ingres.pdf>
2. Stewart D, Bowers L. Absconding from psychiatric hospital: a literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. Londres: Institute of Psychiatry, Section of Mental Health Nursing; 2010. Disponible en: <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/litreview/LitRevAbsc.pdf>
 3. Bowers L, Jarrett M, Clark N, Kiyimba F, Kiyimba F, McFarlane L. Runaway patients: report to the GNC Trust. Londres: City University; 1998. Disponible en: <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/runaway.pdf>
 4. Sen R, Broughan C, Checinski K, Scobie S, Minghella E, Dale C, et al. Con la seguridad en mente: servicios de salud mental y seguridad del paciente. Londres: Agencia Nacional de Seguridad del Paciente; 2006. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf
 5. Andoh B. The consequences of absconding from mental hospitals. *Mountbatten J Legal Studies*. 1998;2(1):70-92. Disponible en: http://ssudl.solent.ac.uk/957/1/1998_2_1.pdf
 6. 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*. 2016;3(9):842-9.
 7. Lang EU, Hartmann S, Schulz-Hartmann S, Gudlowski Y, Ricken R, Munk I, et al. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *Eur J Psychiatry*. 2010;24(4):199-204.
 8. Bowers L, Alexander J, Simpson A. The anti-absconding workbook. Londres: City University; 2003. Disponible en: <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/AntiAbscondingPackage.zip>
 9. Freeman DH. Applied categorical data analysis. Nueva York: Marcel Dekker Inc.; 1987.
 10. Medical Research Council (MRC). Personal information in medical research. Londres: MRC; 2003. Disponible en: <http://www.mrc.ac.uk/news-events/publications/personal-information-in-medical-research/>
 11. De Abajo Iglesias FJ, Feito Grande L, Júdez Gutiérrez J, Martín Arribas MC, Terracini B, Pàmols Ros T, et al. Directrices éticas sobre la creación y uso de registros con fines de investigación biomédica. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82(1):21-42.
 12. Alcalde Bezhold G. La investigación observacional con datos de carácter personal. Análisis de la situación y recomendaciones para los comités éticos de investigación clínica. Granada: Comares; 2012.
 13. Wilkie T, Penney SR, Fernane S, Simpson AI. Characteristics and motivations of absconders from forensic mental health services: a case-control study. *BMC Psychiatry*. 2014;14:91.
 14. Mosel KA, Gerace A, Muir-Cochrane E. Retrospective analysis of absconding behaviour by acute care consumers in one psychiatric hospital campus in Australia. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19(3):177-85.
 15. Khisty N, Raval N, Dhadphale M, Kale K, Javadekar A. A prospective study of patients absconding from a general hospital psychiatry unit in a developing country. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15(6):458-64.