



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON REINGRESO

MÚLTIPLE ANUAL EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO VILARDEBÓ

LIC. GERALDINA PEZZANI DI FALCO

TUTOR DE TESIS Y DIRECTOR ACADÉMICO: PROF. AGDA. MAG. SUSANA MARTÍNEZ

Tesis presentada para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

Montevideo, Febrero de 2016

ÍNDICE

Índice	2
Lista de tablas	6
Resumen	9
Abstract	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1	13
1.1 Los pacientes con reingresos frecuentes –PRF	13
1.2 Aspectos vinculados al diagnóstico psicopatológico	14
1.3 Aspectos vinculados al sostén familiar y la red social del paciente	17
1.4 Aspectos vinculados al sistema de salud mental	19
1.4.1 La condición de PRF según el número de ingresos	19
1.4.2 El problema del enlace entre el hospital y los servicios de salud mental comunitarios	21
CAPÍTULO 2	27
2.1 El fenómeno de “puerta giratoria” al hospital psiquiátrico	27
2.2 Definición del concepto de paciente con reingresos frecuentes	29
2.3 El concepto de “usuario intensivo”	33
2.4 Los nuevos “nuevos crónicos” en la psiquiatría de los años 80	36
2.5 El modelo asilar de atención del paciente psiquiátrico y la desinstitucionalización	45
2.5.1 La reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización	45
2.5.2. El Hospital Vilardebó en el Sistema de Atención	48

**de Salud Mental Nacional. Las características del
Sistema de Salud Mental actual en Uruguay**

CAPÍTULO 3	51
3.1 Preguntas iniciales de la investigación	51
3.2 Objetivo General	52
3.3 Objetivos específicos	52
CAPÍTULO 4	
4.1 Metodología aplicada para determinar la población objetivo	53
4.2 Metodología aplicada en el objetivo específico 1	56
4.3 Metodología aplicada en el objetivo específico 2	57
4.3.1 Consideraciones sobre las variables psicopatológicas.	58
4.4 Metodología aplicada en el objetivo específico 3	60
4.4.1 Consideraciones sobre las variables de soporte social	60
4.5 Metodología aplicada en el objetivo específico 4	61
4.6 Metodología aplicada en el objetivo específico 5	64
4.7 Aspectos éticos del estudio	66
CAPÍTULO 5	
5.1 Resultados del objetivo específico número 1	67
5.1.1 Población objetivo en función del sexo	67
5.1.2 Edad.	68
5.1.3 Procedencia	71
5.1.4 Situación Judicial.	71

5.1.5 Estado Civil.	72
5.1.6 Condición de padres	72
5.1.7 Actividad Laboral	74
5.1.8 Ingreso por Subsidio	75
5.1.9 Nivel Educativo.	76
5.2 Resultados del objetivo específico número 2	
5.2.1 Diagnóstico psicopatológico	78
5.2.2 Diagnóstico según sexo	79
5.2.3 Motivo de ingreso	81
5.2.4 Consumo de Sustancias	82
5.2.5 Antecedentes de Intento de Autoeliminación.	87
5.2.6 IAE y consumo de sustancias psicoactivas y/o alcohol.	90
5.3 Resultados del objetivo específico número 3	
5.3.1 Contexto de convivencia.	92
5.3.2 Características de la familia	94
5.3.3 Situación de calle	95
5.4 Resultados del objetivo específico número 4	
5.4.1 Tratamiento Farmacológico.	97
5.4.2 Número de internaciones en el transcurso de la vida	97
5.4.3 Número de internaciones en función de rangos etarios	97
5.4.4 Número de internaciones de acuerdo al sexo y diagnóstico psicopatológico	
5.4.5 Densidad de los ingresos	99
5.4.6 Años transcurridos desde la primera internación en función de los Principales Grupos de Trastornos (PGT)	101
5.4.7 Estadías acumuladas	103

5.4.8	Edad de la primera internación en el Hospital Vilardebó	
5.5	Resultados del objetivo específico número 5.	104
5.5.1	Población PRF y No PRF según sexo y edad	105
5.5.2	Población PRF y No PRF según diagnóstico psicopatológico.	108
CAPITULO 6		
6.1	Características socio-demográficas y de soporte social de los PRF	116
6.1.1	Edad y sexo	116
6.1.2	Actividad Laboral e ingreso por subsidio	119
6.1.3	Nivel educativo	120
6.1.4	Situación Judicial	121
6.1.5	Estado civil y condición de padres	122
6.1.6	Contexto de convivencia, continencia familiar y situación de calle	124
6.2	Características psicopatológicas de los PRF	129
6.2.1	Diagnóstico	129
6.2.2	Trastornos Afectivos	132
6.2.3	Trastornos Psicóticos	133
6.2.4	Trastornos de la personalidad	136
6.2.5	Consumo de Sustancias	140
6.2.6	Intento de autoeliminación	141
6.3	Aplicabilidad de los resultados	142
CAPÍTULO 7		144
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		147
ANEXOS		155

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 Operacionalización del concepto de PRF	30
TABLA 2 Ingresos en Hospital Vilardebó según sexo, periodo 2013-2014.	54
TABLA 3 Ingresos en Hospital Vilardebó, periodo 2013-2014, según ocurrencia.	54
TABLA 4 Total de ingresos realizados por los PRF en el período 2013-2014	54
TABLA 5 Población de PRF	56
TABLA 6 Variables Sociodemográficas	57
TABLA 7 Variables Psicopatológicas.	58
TABLA 8 Variables vinculadas al soporte social y familiar	60
TABLA 9 Variables asistenciales y del tratamiento de los PRF	63
TABLA 10 Variables comparadas para los PRF y No PRF	64
TABLA 11 Distribución porcentual de los PRF según sexo y año	67
TABLA 12 Edad en función del año	68
TABLA 13 Estadísticos edad	70
TABLA 14 Situación judicial	71
TABLA 15 Estado Civil en función del año y por sexo.	72
TABLA 16 Condición de Padres	73
TABLA 17 Porcentaje de pacientes con hijos de acuerdo al sexo y al diagnóstico	74
TABLA 18 Actividad Laboral en función del año	74
TABLA 19 Distribución por sexos en función de la Actividad Laboral para el bienio	75
TABLA 20 Actividad Laboral según Ingresos por Subsidio para el bienio	76
TABLA 21 PGT en función de sus diagnósticos específicos	79
TABLA 22 Distribución porcentual de los diagnósticos /sexo /bienio	80
TABLA 23 Motivo de Ingreso	82
TABLA 24 Consumo de Sustancias en función del año	83
TABLA 25 Policonsumo de Sustancias.	84
TABLA 26 Tabla de contingencia diagnóstico/consumo de sustancias psicoactivas	85

TABLA 27 Chi ² diagnóstico y consumo de sustancias psicoactivas	85
TABLA 28 Porcentaje de IAE en función de diagnóstico, por año	88
TABLA 29 Tabla de contingencia diagnóstico/IAE	89
TABLA 30 Chi 2 IAE-Diagnóstico	89
TABLA 31 Tabla de contingencia IAE/CONSUMO	91
TABLA 32 Chi ² IAE-Consumo de sustancias psicoactivas	91
TABLA 33 Contexto de Convivencia según sexo.	93
TABLA 34 Contexto de Convivencia según PGT (Bienio)	94
TABLA 35 Situación de calle según año.	95
TABLA 36 Número de internaciones en el transcurso de su vida	97
TABLA 37 Promedio de Internaciones según diagnóstico	99
TABLA 38 Internaciones promedio según años transcurridos desde el primer ingreso	100
TABLA 39 Hospitalizaciones promedio según diagnóstico (frecuencias)	102
TABLA 40 Hospitalizaciones promedio según diagnóstico (porcentajes)	102
TABLA 41 Estadías según diagnóstico	103
TABLA 42 Distribución por sexos del grupo del total de los pacientes según año	105
TABLA 43 Población PRF y No PRF según Sexo	105
TABLA 44 Tabla de contingencia de las variables sexo y grupo (PRF/no PRF) 2013	106
TABLA 45 Estadístico Chi 2 variables sexo/ grupo (PRF y no-PRF) 2013	105
TABLA 46 Tabla de contingencia de las variables sexo y grupo (PRF/no PRF) 2014	106
TABLA 47 Estadístico Chi 2 variables sexo/ grupo (PRF y no-PRF) 2013	107
TABLA 48 Población PRF y No PRF según Edad	108
TABLA 49 Ingresos del Hospital Vilardebó en el período 2010-2014 según los principales trastornos mentales	108
TABLA 50 Población de pacientes No PRF bienio 2013-14 distribuidos según su diagnóstico	109

TABLA 51 Población No PRF en función de Principal Grupo de Trastornos.	109
TABLA 52 Principales grupos de trastornos en la población total de pacientes por año (frecuencias)*	111
TABLA 53 Tabla de contingencia diagnóstico/grupo (PRF- no PRF) para el año 2014*	111
TABLA 54 Chi ² para las variables diagnóstico/grupo (PRF- no PRF) del año 2014	112
TABLA 55 Tabla de contingencia diagnóstico/grupo (PRF- no PRF) para el año 2013*	112
TABLA 56 Chi ² para las variables diagnóstico/grupo (PRF- no PRF) del año 2014	112
TABLA 57 Porcentajes de los 4 PGT en los grupos PRF y Otro (no PRF*)- 2013	114
TABLA 58 Comparación de proporciones de los diagnósticos, año 2013 (Prueba Z)	114
TABLA 59 Tabla de contingencia: distribución porcentual de los 4 principales grupos de trastornos en los grupos PRF y Otro (no PRF*)-2014	115
TABLA 60 Comparación de proporciones de los diagnósticos, año 2014 (Prueba Z)	115

Resumen

El presente estudio aborda la problemática del reingreso frecuente al hospital psiquiátrico, fenómeno que también fue denominado “puerta giratoria”. El tema ha sido estudiado a lo largo de décadas en diferentes países, considerándolo solidario de los procesos de desinstitucionalización. Generalmente se lo asocia con fallas en el sistema de salud vinculadas al enlace del paciente con los servicios comunitarios de atención en salud mental luego del alta hospitalaria. Se destaca en la bibliografía consultada la falta de unificación de criterios para definir este fenómeno y se discuten algunas sus principales conceptualizaciones.

Se definió al paciente con reingresos frecuentes (PRF) como aquel que cuenta con tres o más hospitalizaciones en el período de un año. Se realizó un estudio exploratorio descriptivo de los pacientes que cumplieron con dicho criterio en el Hospital Psiquiátrico Vilardebó, en el período 2013-2014. La información se extrajo de las historias clínicas y de la base de datos del hospital. El objetivo fue describir las características socio demográficas, psicopatológicas, asistenciales y de sostén social de la población de PRF. Asimismo se realizó una comparación con el resto de los pacientes hospitalizados en el mismo período.

Se observó que los pacientes con reingresos frecuentes son una población joven, con un predominio significativo de mujeres. La mayoría vive con su familia la cual fue descripta como no continente. Desde el punto de vista diagnóstico se subdividen fundamentalmente en tres categorías: trastornos de personalidad, trastorno bipolar y esquizofrenia. Para el resto de la población hospitalaria se observó un marcado predominio de los trastornos psicóticos, especialmente la esquizofrenia- El trastorno bipolar y los trastornos de la personalidad se encontraban sobre representados en el grupo de los PRF. Asimismo se destacó la presencia de consumo de sustancias y trastornos de conducta en la población estudiada.

Palabras clave: Salud Mental - Hospital Psiquiátrico -

Pacientes con reingresos frecuentes

Abstract

The subject of the present study is the frequent use of psychiatric inpatient services, also called “revolving door” phenomenon. This problem was frequently associated with the deinstitutionalization process. The gap between inpatient and outpatient services has been considered a possible contributing cause of this problem. A large number of psychiatric patients are not linked to outpatient care after hospitalization. The term “revolving door” patient is widely used in many studies. There is no consensus in the literature with regard to the definition of the revolving- door phenomenon.

This is a descriptive study of the population of “revolving door patients” in a psychiatric state hospital (Hospital Vilardebó). Data was collected of medical reports and hospital database. Patients who were hospitalized 3 times or more during a year period were classified as “frequent users of psychiatric inpatient services” and compared with patients who did not meet the criteria. The study considered a two year period (2013 y 2014). The main objective of the study was to describe the socio -demographic, clinical and social characteristics of the “frequent users” group.

The results showed a high proportion of female patients in the “frequent user” group”. The principal diagnoses were personality disorders, bipolar disorder and schizophrenia. Personality disorders and affective disorders were over represented in the “frequent users” group. Psychotic disorder was the largest diagnostic group in the “non- frequent user population”. The population of frequent user also registered a high percentage of young patients who consume multiple substances. Violent behavior was also frequent in the population with multiple hospitalizations.

Key words: Mental Health - Psychiatric Hospital - Frequent users - Inpatient care

INTRODUCCIÓN

El tema de la presente tesis es la hospitalización múltiple de los pacientes con trastornos mentales en el hospital psiquiátrico. Dicho fenómeno es solidario de los procesos de desinstitucionalización en salud mental y ha sido estudiado a lo largo de décadas en diferentes países. Se trata de una problemática que repercute en la calidad de vida de los pacientes y en su posibilidad de desarrollar una vida en la comunidad. Por otra parte constituye un problema sanitario que implica costos elevados ya que la internación psiquiátrica es uno de los recursos más caros.

El objetivo que se propone este trabajo es la descripción de las características de los pacientes con reingresos frecuentes en un período de dos años (2013-2014), en el hospital psiquiátrico Vilardebó, centro de referencia a nivel nacional. Se trata de un estudio exploratorio, no existiendo antecedentes del tema en nuestro país. Las características estudiadas incluyen los aspectos socio demográficos, psicopatológicos y de soporte social de dicha población. Por otra parte se los comparó con el resto de la población hospitalizada en el mismo período. Esto último se realizó a los efectos de observar si los pacientes con reingresos frecuentes acompañaban la tendencia del resto de los pacientes hospitalizados o por el contrario presentaban particularidades que los definían como un grupo con una fisonomía propia.

En el capítulo 1 se plantean los principales antecedentes sobre el tema a lo largo de varias décadas y en diferentes países, destacándose la gran cantidad de trabajos encontrados y la diversidad de los mismos. En el capítulo 2 se describen los aspectos centrales de la problemática a partir de las diferentes conceptualizaciones y los múltiples abordajes que ha tenido la misma. Dichos trabajos se centran en una serie de interrogantes: ¿la hospitalización múltiple es inherente al modelo de salud mental centrado en la comunidad o constituye un problema evitable? ¿Es un fenómeno que depende de las características del paciente o del sistema de salud? ¿Qué papel juegan la familia y las redes sociales en las que están insertos los pacientes en la comprensión de la problemática? Estas y otras preguntas en torno al tema reflejan la complejidad y multicausalidad del mismo. En el capítulo 2 también se realiza un recorrido histórico sobre el proceso de desinstitucionalización de los pacientes con trastornos mentales a nivel internacional. Asimismo, se describen las características y la evolución de la atención en salud mental en

nuestro país, aspecto que constituye el contexto en el que la presente investigación cobra sentido.

En el capítulo 3 se plantean los objetivos del presente estudio y las preguntas que lo sustentan. El capítulo 4 explicita la metodología utilizada para el mismo, la cual se organiza de acuerdo a los objetivos específicos planteados, para su mayor comprensión. Se destaca que se trata de una investigación realizada exclusivamente a partir de los datos extraídos de las historias clínicas y de la base de datos del hospital Vilardebó.

En el capítulo 5 se presentan los resultados obtenidos organizados de acuerdo a los objetivos del estudio, para facilitar su lectura. A continuación se presenta la discusión de los mismos en el capítulo 6. El análisis se realiza en función de las características socio demográficas, psicosociales, asistenciales y psicopatológicas de dicha población, las cuales se plantean en su interrelación. A su vez se comparan los resultados obtenidos con las principales investigaciones sobre el tema a nivel internacional. Algunos aspectos específicos de la población estudiada, como por ejemplo el consumo de sustancias y los antecedentes de intento de autoeliminación son discutidos en función de los resultados de investigaciones nacionales sobre dichos aspectos. Por último se describe la aplicabilidad de los resultados, con especial énfasis en el desarrollo de estructuras asistenciales que disminuyan el número de ingresos y promuevan una mejoría de la calidad de vida de los pacientes en la comunidad.

CAPITULO I

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

El fenómeno de puerta giratoria al hospital psiquiátrico (“revolving door”), también llamado de hospitalización múltiple, ha sido objeto de estudio durante décadas en el área de la Salud. Este tema ha interesado especialmente a técnicos e investigadores que desempeñan sus actividades en el área de la Salud Mental, lo que se corrobora con la abundante literatura científica existente. La misma surge fundamentalmente a partir de los años 70 y proviene esencialmente de Europa y América del Norte. En el presente capítulo se realizará un recorrido por los antecedentes de la temática, ordenados de acuerdo a sus aspectos más relevantes.

1.1 Los pacientes con reingresos frecuentes -PRF-

La población con hospitalizaciones múltiples ha preocupado a los impulsores de la desinstitutionalización, cuyas preguntas se centraron en los motivos por los cuales algunos pacientes ingresaban una y otra vez a los servicios de internación en lugar de permanecer en la comunidad. Asimismo, los administradores de gastos en servicios de salud mental se alarmaron por los costos que estos pacientes representaban; la internación es uno de los recursos más caros. En el presente estudio este grupo será denominado “pacientes con reingresos frecuentes” -PRF- y se profundizará en sus principales características.

Sobre la temática existen profusos antecedentes, destacándose la multiplicidad de abordajes. El número de internaciones es un factor controversial a la hora de definir la población objetivo, ya que este aspecto en definitiva posee un carácter arbitrario. En la operacionalización del concepto se observan discrepancias, dado que para su definición los autores suelen tomar como referencia la media de internaciones del centro de salud considerado. Generalmente se busca identificar a los pacientes que sobrepasan dicha media. Otro aspecto a destacar es que el período de tiempo elegido en los diferentes estudios es muy variable, incluyendo trabajos que estudian el fenómeno en el transcurso de un año y otros que lo hacen en períodos superiores a una década.

Otro aspecto que aporta heterogeneidad al conjunto de los antecedentes es la variedad desde el punto de vista metodológico en el abordaje de la problemática. Esto

incluye estudios comparativos entre pacientes con y sin reingresos frecuentes, estudios descriptivos, predictivos, longitudinales, etc. En algunos trabajos se realizan entrevistas a los pacientes, mientras que otros utilizan exclusivamente los datos de las historias clínicas o las bases de datos de los centros asistenciales. Los estudios manejan un número distinto de participantes. Asimismo, existen grandes diferencias entre los sistemas de salud de los países en los que han tenido lugar estas investigaciones. Esta diversidad dificulta la comparación entre los trabajos. A dicha heterogeneidad se suma los resultados a los que arriban, en donde tampoco hay un consenso, aunque son posibles de ser agrupados por sus elementos similares.

En resumen, los autores generalmente se centran en tres dimensiones fundamentales de la problemática. Si bien frecuentemente enfatizan alguno de estos aspectos, coinciden en que se trata de un fenómeno complejo y multideterminado (Linares Vallejo, 2002). Estas tres dimensiones serán el hilo conductor en la organización de los antecedentes y son las siguientes:

- las variables que dependen del paciente y su psicopatología
- los aspectos vinculados al sostén familiar y la red social del paciente
- los aspectos vinculados al Sistema de Salud Mental en el que se desarrolla el fenómeno de los reingresos frecuentes.

Se han clasificado los antecedentes consultados en función de las tres perspectivas mencionadas, como forma de facilitar su lectura y de dejar planteadas las dificultades que existen para conceptualizar a dicha población.

1.2 Aspectos vinculados al diagnóstico psicopatológico

El diagnóstico psicopatológico y su posible incidencia en la tasa de reingresos ha sido uno de los aspectos más discutidos sobre el tema. Los planteos van desde subrayar el predominio de un trastorno (generalmente la esquizofrenia) a relativizar la importancia del diagnóstico para comprender la problemática. En esta dirección, Rosenblatt y Mayer (1974) subrayan el número de ingresos previos como factor predictor de los reingresos múltiples, minimizando el papel del diagnóstico en la comprensión del mismo. Coincidentemente, Linares (2002) plantea que el fenómeno de los reingresos frecuentes “no parece regirse por patologías concretas sino por individuos concretos portadores de cualquier tipo de patología en los que han de confluir otros aspectos que de los puramente médicos para manifestar

esta conducta” (p.217) Otro punto que ha despertado el interés de los investigadores ha sido el consumo de sustancias y la presencia tanto de intentos de autoeliminación como de conductas violentas en este grupo de pacientes.

Por otra parte, una serie de trabajos asocia a los PRF con un grupo que cobró interés en la psiquiatría norteamericana de los años ochenta, denominado “nuevos crónicos”. Los definían como sujetos cuya enfermedad había transcurrido luego de las políticas de desinstitucionalización, describiéndolos como pacientes jóvenes, con enfermedades mentales crónicas e incapacitantes (sobre todo psicosis), fundamentalmente del sexo masculino. Un ejemplo de la temática es el trabajo de Caton (1980) que señala que los nuevos crónicos son pacientes no institucionalizados, con múltiples reingresos y refractarios a las estrategias asistenciales basadas en la comunidad. Este autor estudió una población de 134 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que en su mayoría presentó un escaso sostén social

Schwartz y Goldfinger (1981) definen a los “nuevos crónicos” centrándose en los pacientes con trastornos de personalidad del grupo B y consumo de sustancias. Se trata de sujetos jóvenes, de sexo masculino, con un existir errático y con una red de sostén deficitaria. Representan un costo elevado para el sistema de salud porque no adhieren a los tratamientos de seguimiento post alta en la comunidad y sobrecargan los servicios de agudos. En un estudio posterior de Goldfinger, Hopkin y Surber (1984) se plantea la existencia de un grupo de pacientes que posee un uso desmedido tanto de los servicios de internación como los de emergencia, denominándolos “usuarios intensivos” (heavy users) de los servicios de salud mental. Si bien el diagnóstico de esquizofrenia aparece en igual proporción entre los usuarios intensivos y los que no lo son, el trastorno bipolar y los trastornos de la personalidad aparecen en mayor proporción entre los primeros. Otro aspecto que destacan es el abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas así como la falta de contención familiar. Estos pacientes constituyen los exponentes más graves dentro de cada categoría diagnóstica.

En este grupo de trabajos también se encuentra el estudio de Geller (1986) que maneja un número muy bajo de casos, constituidos por los 12 pacientes que poseían la mayor tasa de reingresos de todo el centro asistencial. Este particular conjunto estaba compuesto por 6 pacientes esquizofrénicos y 6 pacientes con trastorno de personalidad. Este autor señala la importancia de realizar estudios prospectivos que indaguen el proceso por el cual los pacientes se transforman en PRF señalando que en algunas situaciones el hospital constituye un entorno atractivo para algunos de ellos.

En los trabajos más recientes sobre los PRF ya no se habla de los “nuevos crónicos”, pero persiste el interés por comprender la relación entre el diagnóstico y los reingresos. Por ejemplo, en un estudio de Martínez, Gutierrez, Jurado, Higuera y Díaz (2011) se busca identificar factores clínicos y demográficos asociados con los reingresos frecuentes en una unidad de internación psiquiátrica de agudos. La condición de PRF se vincula con los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno de la personalidad y una edad menor. Cuando los diagnósticos se modifican de una internación a otra se utiliza el más reciente, criterio también adoptado en el presente estudio. Los autores plantean que el escaso soporte social, el incumplimiento del tratamiento, la inestabilidad afectiva y el abuso de sustancias favorecen el reingreso frecuente.

Desde otro punto de vista, algunos autores han optado por enfocar el problema circunscribiéndolo a una categoría diagnóstica específica. Este abordaje se basa en la idea de que el fenómeno del reingreso frecuente adopta características diferentes dependiendo del trastorno que se estudie. En este sentido, Roick et al. (2004) estudian dicha problemática en la Esquizofrenia. Señalan que el número de ingresos previos, como determinante de posteriores reingresos, está vinculado a la discapacidad causada por la enfermedad primaria. Entonces, a mayor número de ingresos es probable que exista una mayor pobreza del funcionamiento global del sujeto y un mayor deterioro. También destacan que las comorbilidades aumentarían el uso de los servicios de salud, por ejemplo el consumo de sustancias. Se preguntan si el reingreso de estos pacientes es esencial o es evitable bajo determinadas condiciones, proponiéndose estudiar los determinantes del mismo para poder sugerir modificaciones en los servicios de salud que disminuyan el fenómeno.

Otro aporte al tema es el realizado por Mellesdal, Mehlum, Wentzel-Larsen, Kroken, Jorgensen (2010), que sostienen que los pacientes con trastorno de personalidad y consumo de sustancias se convierten en PRF por el elevado riesgo suicida. Los autores concluyen que es probable que los PRF sufran de las formas más severas de enfermedad mental (los más graves dentro de cada categoría diagnóstica), con frecuentes trastornos de conducta. Este aspecto también fue destacado por Webb, Yaguez, Langdon (2007) que encontraron como predictor de la condición de PRF una menor edad de contacto con el sistema de salud mental (lo que sugiere inicio precoz de la enfermedad), un curso evolutivo crónico, y un mayor nivel de deterioro en el funcionamiento global. Otra variable con poder predictivo detectada por los autores fue el diagnóstico de trastorno afectivo,

fundamentalmente trastorno bipolar. La comorbilidad con los trastornos de la personalidad y el abuso de sustancias fue significativa. Subrayan, coincidiendo con otros trabajos, que la severidad de la psicopatología constituye un determinante fundamental de los reingresos. Señalan que posiblemente se estén buscando características diferenciales entre el grupo PRF y el no PRF en el lugar equivocado. Tal vez no hay que enfocarse en las variables sociodemográficas o en el diagnóstico y sí en los niveles de funcionamiento de los pacientes (deficiencias en el autocuidado, conductas autonegligentes, etc.).

A nivel nacional se encontraron algunos trabajos que aportan elementos para conceptualizar la problemática de la hospitalización recurrente. Uno de ellos es el de Fielitz et al. (2010) que realizan un estudio sobre la prevalencia de pacientes con consumo de sustancias psicoactivas y diagnóstico de trastorno psicótico en el Hospital Vilardebó. Refieren que los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas presentaron una tasa total de ingresos superior al resto, subrayándose la incidencia del consumo de cocaína y sus derivados en el número de ingresos del último año. Otro de los trabajos seleccionados fue el de Larrobla y Pouy (2007) sobre la presencia de antecedentes de intento de autoeliminación en una población de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, dado que son dos aspectos ampliamente señalados en la literatura consultada como fenómenos asociados a la condición de PRF. Asimismo se destacan dos estudios que abordan las características de poblaciones diferentes de pacientes psiquiátricos en nuestro país. Uno de ellos fue realizado en la sala de salud mental del Hospital Maciel y describe a la población asistida e la misma durante un año. (Romano, Perez, Trindade, Ricci, 2015). El otro trabajo considerado estudia la población de ingresos primarios del Hospital Vilardebó en los años 2007-2008 (Giraldez, 2015).

1.3 Aspectos vinculados al sostén familiar y la red social del paciente

Uno de los aspectos considerados por los diferentes autores es que el aislamiento y la falta de redes sociales asociados a las enfermedades mentales severas pueden favorecer el reingreso hospitalario, sobre todo en personas con dificultades en el cuidado de sí mismos. Los estudios que indagaron estos aspectos son múltiples e incluyen distintas perspectivas, como por ejemplo la cantidad de vínculos que poseen los pacientes y la cualidad de los mismos. Se interesaron por la presencia de referentes para el paciente así como la percepción que tenía el sujeto sobre sus vínculos, etc.

A continuación se comentan algunos trabajos que aportan elementos para pensar los aspectos vinculares de la población estudiada. Sobre este aspecto Linares (2002) refiere que:

Los reingresadores probablemente presentan una dependencia social, económica y psicológica, tienen escasas relaciones interpersonales, apoyo social y una pobre imagen de sí mismos y en muchas ocasiones reingresan porque encuentran en el hospital una alternativa a las condiciones depauperantes y de alienación que experimentan en la comunidad (p. 29).

Asimismo el estudio de Voneiskos y Denault (1978) enfatiza que lo más importante no es el diagnóstico sino el soporte ambiental que tienen los pacientes. Es uno de los trabajos pioneros en definir a los PRF en base al número de ingresos en un tiempo determinado. Define la hospitalización recurrente como la presencia de 5 o más ingresos en 2 años. Predominaban entre los PRF los pacientes jóvenes de sexo masculino, con diagnóstico de esquizofrenia, solteros o separados, desempleados, recibiendo ayuda económica estatal y viviendo solos.

Por su parte, Casper y Pastva (1990) definen a los PRF como teniendo más de 3 ingresos en 18 meses. Los autores plantean que no son una población homogénea en sí misma y que son pasibles de ser subdivididos en grupos con distintas características que también requieren estrategias terapéuticas diferentes. Sin embargo esta idea podría llevar a afirmar que el único elemento común que poseen estos pacientes es un aspecto cuantitativo vinculado al número de internaciones, mientras las restantes características pueden ser tan variadas que impidan una generalización. Otro aspecto que interesa a los autores es la descripción del patrón de reingresos y si estos pacientes mantienen esta conducta a lo largo de los años. Concluyen que un alto porcentaje de los PRF continúa reingresando en los años posteriores. Los describe como hombres jóvenes (media de 30 años), solteros, con diagnóstico de esquizofrenia, trastornos de conducta, IAE, consumo de alcohol y sustancias e incumplimiento terapéutico.

En la temática del reingreso frecuente y el uso intensivo de los servicios de agudos dos de los referentes principales son Kent y Yellowees (1994). Los autores definen al uso intensivo como siendo superior a la media, incluyendo los días de estadía en el hospital además del número de ingresos. A su vez destacan los siguientes aspectos vinculados con la problemática: la falta de insight o de conciencia de morbilidad, los problemas de relacionamiento, las ideas de autoeliminación, el incumplimiento del tratamiento

farmacológico, la peligrosidad para sí mismo o terceros y por último abuso de alcohol y sustancias psicoactivas. En otro artículo Kent, Fogarty y Yellowlees (1995), señalan que se trata de una población carente de soporte social. Son pacientes que se encuentran aislados, que consideran poco convenientes los escasos vínculos que poseen y que presentan dificultades en detectar los recursos potenciales que presenta la red social en la que están insertos.

Desde otra perspectiva, Keown, Holloway, Kupiers (2004) subrayan la comorbilidad con los trastornos de la personalidad en el uso excesivo de camas psiquiátricas en un estudio realizado en el Reino Unido. Los autores sostienen que el desempleo y el estado civil están relacionados con el número de días de internación anual, siendo mayor la cantidad de días para los solteros/separados/viudos.

1.4 Aspectos vinculados al sistema de salud mental

1.4.1 La condición de PRF según el número de ingresos

La operacionalización del concepto es un aspecto complejo de la problemática, en la que existen criterios diversos y no del todo explícitos. Se comentan a continuación algunos artículos que resultan esclarecedores en este punto. Se destaca que se han tomado criterios que van desde un número determinado de ingresos en un período acotado de tiempo, a una combinación de lo anterior con los días de estadía en el hospital, o la contabilización del tiempo entre un ingreso y otro.

Para comenzar se señalan los trabajos de Vogel y Hugellet (1997) y de Lagdon, Yáñez, Brown y Hope (2001) los cuales adoptan el mismo criterio. Estos autores toman la totalidad de los pacientes que ingresan durante un año y eligen a los que tienen 3 o más ingresos desde la primera internación a la fecha. Los principales diagnósticos planteados por Vogel y Hugellet (1997) fueron los trastornos afectivos (35%), los trastornos psicóticos (25%) y los trastornos vinculados al consumo de sustancias (24%). Por su parte Lagdon et al. (2001) plantean que estos pacientes tienen un comienzo más temprano de la enfermedad, viven preferentemente solos, algunos en refugios (homeless hostels) o viviendas privadas y han concurrido a los servicios de salud mental por más tiempo. Son en mayor proporción consumidores de sustancias psicoactivas. Sobre este punto los autores citan una revisión bibliográfica en la que se plantea que “el abuso de sustancias complica la enfermedad mental aumentando el riesgo de descompensación, hospitalización, problemas

sociales y familiares, y pérdida de vivienda” (Lagdon et al., 2001, citando a Drake y Brunette 1998 p. 530).

Linares (2002) realiza un estudio sobre los pacientes con reingresos múltiples, en un hospital de Valladolid, definidos como aquellos que cuentan con al menos 9 ingresos en 18 años, llevando adelante un estudio comparativo entre PRF y no PRF. Estos autores encontraron que los problemas psicosociales y ambientales eran de mayor magnitud en los pacientes con reingresos frecuentes.

Por su parte Botha et al. (2008) se enfocaron los sujetos con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, tomando unos criterios de inclusión bastante complejos: 3 o más ingresos en 18 meses, 5 o más ingresos en 36 meses, 2 o más ingresos en 12 meses y tratados con Clozapina o 2 o más ingresos y 120 o más días de internación. Refieren que los PRF presentan puntajes más altos en la escala PANNS, una sub-utilización de la medicación de depósito y un alta temprana del hospital. El trabajo se ubica en Sudáfrica, dónde la dramática reducción del número de camas hospitalarias sin la consecuente instrumentación de otras estructuras asistenciales que sostengan a los pacientes en la comunidad, condujo a la aparición de la “puerta giratoria”, así como a la pauperización de las condiciones de vida de los pacientes desinstitucionalizados (mendicidad, situación de calle). Señalan que al reducirse las camas se modifican los criterios de ingreso, hospitalizándose únicamente las descompensaciones de los casos más graves, y que ante la presión de la necesidad de camas se otorgan altas prematuramente, lo cual también incide en el reingreso.

En este sentido, el sistema de salud de cada país así como las diversas políticas de salud mental le brindan características variadas al problema de los reingresos. En una investigación realizada en Israel, Oyffe, Kurs, Gelkopf, Melamed y Bleich (2009) refieren que los reingresos múltiples son un grave problema de salud dicho país. Definen a los reingresadores como aquellos que cuentan con tres o más ingresos en 2 años y los comparan con dos grupos control. Destacan para los PRF un patrón de hospitalizaciones que tiene breves intervalos entre internaciones recurrentes, que suelen durar menos que la internación promedio. Este aspecto genera que “la sumatoria de días de internación de las sucesivas internaciones no sea mayor a la del paciente que no presenta este fenómeno, pero la frecuencia de los reingresos hace que se tenga la percepción de que están siempre presentes”. (Oyffe et al. 2009, p. 580). Sugieren que los sujetos que han tenido una conducta de búsqueda de internación en el pasado tienden a repetirla, señalando que es posible que estos pacientes estén acostumbrados al hospital. También destacan que es

probable que hayan tenido experiencias positivas en su primera internación, o que hayan recibido un alivio significativo de su sufrimiento en internaciones previas. Plantean que el reingreso se ha transformado en un estilo de vida o que el mismo evidencia una dificultad para adaptarse a diferentes situaciones de vida, vinculándose al fenómeno del hospitalismo.

Por otra parte, en un trabajo español sobre el tema Garrido y Saravia (2012) seleccionan a los pacientes con más de 2 ingresos en los últimos 18 meses y realizan un estudio retrospectivo basado en las historias clínicas. Los resultados son acordes a la literatura, siendo pacientes jóvenes, solteros, y portadores de psicosis crónica. Concluyen que la falta de soporte social y familiar así como la enfermedad mental severa son predictores del reingreso múltiple.

Otro aspecto emparentado con la hospitalización frecuente es el reingreso temprano abordado por ejemplo por Sánchez, Jaramillo, Herazo (2013). Lo definen como la hospitalización en el correr de los primeros tres meses post alta. El objetivo del estudio es determinar los factores de riesgo de hospitalización al mes y a los 3 meses luego del alta. Se estudiaron 214 pacientes en un hospital psiquiátrico de Bogotá encontrándose que se trataba de un fenómeno frecuente, ocurriendo en el 49.5% en el período de 3 meses, y el 31% en el lapso del primer mes. El no tener pareja y la comorbilidad con el abuso de sustancias aumentaban el riesgo.

El reingreso frecuente también ha sido emparentado con el alto uso de los servicios de emergencia psiquiátrica. Algunas investigaciones señalan que muchos pacientes además de presentar hospitalizaciones recurrentes realizan un uso intensivo de los servicios de emergencia realizando múltiples consultas al año. En este sentido, Chaput y Lebel (2007) llevaron adelante un estudio en un servicio de emergencia canadiense, por un período de 5 años. La distribución de diagnósticos para el grupo que poseía la mayor cantidad de visitas fue 47% de esquizofrénicos, 20% de trastornos afectivos y 17 % trastornos de la personalidad, contando con una mayor cantidad de internaciones en sala de observación y en sala de internación.

1.4.2 El problema del enlace entre el hospital y los servicios de salud mental comunitarios

Un aspecto fundamental, que se repite en los trabajos consultados, es el pasaje del paciente de un sistema altamente estructurado como es la internación, hacia un ámbito heterogéneo y menos estructurado como la comunidad y la presencia o ausencia de

dispositivos asistenciales que den continuidad al tratamiento. Esta brecha entre el adentro y el afuera, este intervalo, puede ser escenario de discontinuidades y rupturas que lo transformen en un verdadero abismo. O de lo contrario, puede ser un proceso fluido en el que el sujeto transite de un dispositivo a otro sin perder el sostén, percibiendo que hay una disponibilidad de la ayuda. Desde esta perspectiva surgen investigaciones que miden la cantidad de días que transcurren entre el alta y la primera consulta en el servicio de atención comunitario, o la cantidad de pacientes que realmente acuden a la primera consulta post alta. También se estudia la relación entre los que tienen seguimiento post alta y quienes no lo tienen y la tasa de reingresos de ambos grupos. Por ejemplo Puschner et al. (2008) señalan que el promedio de utilización de los cuidados ambulatorios es del 50%, y que entre la tercera parte y la mitad de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia no concurre al primer control luego del alta. Otro aspecto que los autores subrayan es la distancia que hay entre el alta y la primera consulta extra-hospitalaria, que muchas veces implica un tiempo prolongado de espera por parte del paciente.

En este sentido algunos trabajos han puesto el énfasis en la importancia de mejorar los recursos extra hospitalarios, los hospitales de día, las consultas en las policlínicas, el monitoreo de los pacientes post alta, la red social y la atención en la comunidad, como manera de disminuir el uso abusivo del hospital psiquiátrico. El trabajo de Woogh, Meier y Eastwood (1977) por ejemplo, consiste en el seguimiento durante cuatro años de una cohorte de pacientes cuya primera internación fue en 1969, para trazar el patrón de reingresos y las características de los pacientes en riesgo de reingreso. Predominaron los pacientes psicóticos entre los más propensos a los reingresos múltiples, más jóvenes que la población general del hospital, predominantemente solteros. Otro aspecto señalado por el autor fue que “el actual sistema prioriza el modelo de velocidad del tratamiento más que el modelo del tiempo óptimo del tratamiento prefiriendo muchos reingresos breves a una menor cantidad de ingresos de mayor cantidad de días” (Woogh et al. p. 881) lo que resulta similar al planteo de Botha et al. (2008)

Por su parte Robbins, Stern y Margolin (1978) se centran en un grupo de pacientes disruptivos que han producido una saturación de los servicios que frecuentan. En este caso no se trata de una brecha entre dos dispositivos diferentes, como son la hospitalización y la atención comunitaria en salud mental sino que se trata de un desajuste del paciente en relación a todos los dispositivos existentes. Describe una población diferente a la señalada por trabajos anteriores. En su mayoría esta población estaba conformada por hombres jóvenes, con baja tolerancia a la frustración, conductas impulsivas y consumo de sustancias

y de alcohol. Son usuarios recurrentes de la internación, en la que en ocasiones buscan un beneficio secundario, rechazando o no logrando sostener programas terapéuticos con base en la comunidad.

Un concepto interesante para planificar la red asistencial comunitaria es el planteado por Radford (1992). Este autor se refiere a la revolución copernicana de los servicios de salud mental afirmando que el cuidado y el tratamiento deben girar en torno al paciente en lugar de estar el paciente girando en una eterna puerta giratoria. Para lograr este objetivo es necesario descentrarse de un modelo que atiende el episodio de descompensación a otro que garantiza una continuidad en los cuidados, tal como requieren las personas con enfermedades mentales severas (Radford, 1992). Este artículo muestra algunos aspectos del Modelo Madison en Salud Mental, poniendo el énfasis en la construcción del enlace entre la internación y el tratamiento comunitario. Asimismo propone situar el eje del modelo en la “disponibilidad” de la atención y se describen servicios comunitarios que funcionan las 24 horas en determinados lugares, para descentrar la consulta del hospital.

Otro aporte importante a la comprensión del tema es el de Klinkenberg y Calsyn (1996) que realizan una revisión de trabajos sobre reingresos frecuentes y recepción de cuidados post alta entre los pacientes con enfermedad mental severa y persistente. Definen los cuidados post alta como el contacto con un centro de salud a los efectos del seguimiento ambulatorio o la concurrencia a los controles psiquiátricos. Señalan que dicho contacto depende de la capacidad de respuesta del sistema de salud y del soporte comunitario que posea el paciente. Ponen énfasis en las variables dependientes del sistema de salud para la recepción de cuidados post alta. Los reingresos estarían vinculados sobre todo con las variables relativas al apoyo comunitario (contexto de convivencia, vivienda, soporte social informal) Se concuerda con la premisa de que si el paciente no viene al encuentro de los dispositivos de atención comunitaria, estos deben ir hacia el paciente.

Otro aporte a la temática es el realizado por las investigaciones que miden la eficiencia de las intervenciones destinadas a reducir la frecuencia de los ingresos. Un ejemplo es el trabajo de Montgomery y Kirkpatrick (2002) que analizan críticamente los factores dependientes del sistema de salud frecuentemente asociados a los reingresos múltiples, como la reducción de camas de psiquiatría y la escasez de servicios comunitarios destinados al seguimiento de los pacientes más graves. Describen los resultados de un programa comunitario especialmente destinado a vincular a los pacientes con hospitalizaciones múltiples y servicios basados en la comunidad, luego del egresar de la

internación. Refieren que se observa una disminución en el número de ingresos hospitalarios.

Otra perspectiva interesante es la de la reforma de salud mental en Brasil y los efectos de la misma, por tratarse de una experiencia cercana geográficamente. Un exponente de la misma es el trabajo de Silva, Bassani y Palazzo (2009) que señalan que:

Luego de 5 décadas de intensa actividad psiquiátrica reformista en varios países está empezando a ser claro que los pacientes desinstitucionalizados con enfermedades mentales severas, o con dificultades para acceder a los servicios para pacientes externos son propensos a presentar múltiples reingresos, y esta tendencia fue observada en múltiples contextos (p. 786)

Los autores subrayan la eficacia de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), que constituyen estructuras centrales en dicha reforma, observando que los pacientes que se atienden en los mismos tienen una menor probabilidad de múltiples reingresos en comparación con los de seguimiento ordinario. El resultado de este estudio se encuentra en consonancia con otros trabajos sobre los reingresos y los asocian a una edad más temprana del primer ingreso, la presencia de ingresos previos y el diagnóstico de esquizofrenia. Se destaca la importancia de los CAPS en la disminución de los reingresos, aunque se plantea que no han logrado cubrir la creciente demanda. Fueron creados en el contexto de la reforma en Brasil, después de la adopción de la Declaración de Caracas, a comienzos de los 90.

Otro estudio sobre los efectos de un dispositivo asistencial en los reingresos es el de Juven-Wetzler et al (2011) en el que analizan los resultados del programa denominado "Continuation of care treatment" (COC). Dicho abordaje consistió en que el mismo equipo que trató al paciente en sala de internación se hizo cargo del tratamiento luego del alta. Dicho seguimiento se realizó en la misma planta física que la internación, no siendo un servicio aparte. Se centró en lo que denominaron "high-end revolving door patients", que serían los reingresadores más arraigados. A todos los pacientes que fueron internados 3 o más veces durante los últimos 12 meses en un servicio de internación psiquiátrica se les ofreció continuar con un seguimiento a cargo del equipo de la sala, en lugar de ser derivados a tratamiento ambulatorio externo (N=35). El número de ingresos así como el número de días de internación sufrió un descenso en los siguientes 18 meses, en relación al período anterior.

Hay cierto acuerdo de que el riesgo de reingreso es mayor en los primeros 30 días después del alta (Durbin, 2007 citado por Juven-Wetzler, 2011) por lo que se ha considerado que la brecha entre el alta y la primera consulta externa es en muchos casos un factor determinante que puede precipitar los reingresos. La clave parece estar en cómo producir ese lazo entre la internación y el centro de salud que servirá como referente para el tratamiento ambulatorio. Uno de los más poderosos modos de ligar al paciente con el referente del sistema asistencial es la dimensión humana, el vínculo interpersonal. Esto es lo que garantizaría la continuidad del tratamiento, superando la dicotomía paciente interno-paciente externo (Juven-Wetzler, 2011, p. 229).

El reingreso temprano constituye otra de las dimensiones del problema. Algunos trabajos apuntan a comprender el período crítico inmediato al egreso y su posible conexión con el mismo. Un ejemplo es la revisión de Vigod et al. (2013) que involucra 15 estudios sobre la transición de la internación a la comunidad. Afirman que un 13% de los pacientes que egresan de una internación psiquiátrica son reingresados al poco tiempo del alta. Dicho trabajo se propone describir y evaluar las intervenciones aplicadas en dicha transición para prevenir el reingreso psiquiátrico temprano. Las estrategias que fueron evaluadas positivamente fueron la psicoeducación del paciente pre y post alta, la educación en relación a la medicación, los “referentes” del paciente encargados de la transición, y la comunicación entre los equipos de tratamiento hospitalario y comunitario.

Otro trabajo sobre el enlace internación-comunidad es el de Tomita, Lukens, Herman (2014) que realizan una intervención denominada “Critical Time Intervention (CTI)” de tiempo limitado, con el propósito de reducir el aislamiento y las dificultades vinculares de las personas con enfermedades mentales severas en el período clave del egreso hospitalario. Se investiga si la intervención mejora el relacionamiento del paciente con la familia y su impacto sobre los reingresos. En cuanto a los resultados, se plantea que los pacientes que reciben CTI aumentaron el número de contactos con la familia y reportaron una mejoría en el relacionamiento con la misma a lo largo de un seguimiento de 18 meses, aunque el efecto en los reingresos no fue significativo.

Los trabajos seleccionados en el presente capítulo son los que se consideran más representativos de los diferentes puntos de vista sobre la temática. Se corrobora que se trata de una problemática compleja, pasible de ser abordada desde diferentes perspectivas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 El fenómeno de “puerta giratoria” al hospital psiquiátrico

Se ha denominado puerta giratoria (“revolving door”) al fenómeno de reingreso frecuente a los servicios de internación psiquiátrica. En la literatura estos pacientes aparecen denominados de diferentes maneras, por ejemplo: redivistas, reingresadores frecuentes o múltiples, pacientes con hospitalizaciones recurrentes y usuarios intensivos de servicios de internación (“heavy user”).

En el trabajo cotidiano en un Hospital Psiquiátrico el clínico se encuentra con pacientes que rápidamente reingresan luego de ser dados de alta, después de una buena evolución en sala y una mejoría de los síntomas que motivaron la internación. En función de cada caso se ensayan explicaciones del fenómeno que hacen énfasis en alguna de las dimensiones ya mencionadas. Las mismas se encuentran estrechamente relacionadas y constituyen un entramado que le aporta complejidad a una problemática multideterminada, que no es abordable desde perspectivas reduccionistas. Dichas dimensiones son las siguientes: aspectos vinculados al sistema de salud mental, variables que dependen de las características psicopatológicas de los pacientes y características del sostén familiar y red social de los mismos.

En lo que respecta al sistema de salud mental hay trabajos que destacan la discontinuidad del tratamiento farmacológico por carencias en el enlace del paciente con los equipos de salud mental comunitarios. Asimismo en ocasiones se subraya la insuficiencia del mismo para abordar la problemática del paciente y necesidad de otro tipo de estrategias complementarias, tales como la psicoterapia o la rehabilitación. En el Uruguay por su parte, el sistema de salud presenta una escasez de estructuras intermedias (casas de medio camino, centros diurnos, hospitales de día, etc.) a las cuales derivar estos pacientes cuando egresan del hospital, lo que constituye una carencia significativa.

Desde la perspectiva de los aspectos psicopatológicos muchas investigaciones jerarquizan la gravedad de la enfermedad mental de algunos pacientes y la evolución jalonada de repetidas descompensaciones. Esto se reflejaría en múltiples ingresos para los pacientes más graves. Sin embargo, al tratarse de una problemática compleja y multicausal no necesariamente sucede esto. Por ejemplo, si un paciente egresa compensado de una internación pero el seguimiento en la comunidad es deficitario, sin continuidad entre los distintos niveles de atención, con escasa disponibilidad de los servicios de salud mental, esto podría generar una recaída más allá de la gravedad de la enfermedad. Otro aspecto que se vincula a un empeoramiento de la sintomatología psiquiátrica y una mala respuesta al tratamiento es el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol que generalmente presenta esta población.

En cuanto a la dimensión psicosocial, la problemática se centra en la ausencia que tienen los pacientes de referentes fuera de los muros del hospital observándose la falta de sostén familiar y la carencia en las redes sociales en general. El profundo desamparo al que está sometido ininidad de veces el paciente psiquiátrico, hace que muchas veces el hospital sea su único sostén. En ocasiones, el reingreso frecuente se asocia al denominado hospitalismo, entendiéndolo como un vínculo de dependencia patológica con la institución que resulta iatrogénico para el sujeto. Dicha institución pasa a constituir el lugar en el mundo del paciente, siendo muy dificultoso el proceso del alta.

La caída del modelo asilar, que recluía a miles de enfermos mentales en estructuras cerradas y que los mantenía allí a largo plazo, fue sustituida por el concepto de atención en la comunidad. La hospitalización, de ser necesaria, se realizaría solo por períodos breves, o el tiempo que fuera necesario para compensar la crisis. Posteriormente el paciente continuaría su atención en los servicios comunitarios de salud mental, promoviendo su inserción social y evitando la antigua segregación a la que era expuesto. El fenómeno de la “puerta giratoria al hospital psiquiátrico”, es solidario de dicho proceso, ya que surge cuando la existencia de los pacientes empieza a transcurrir fuera de los muros del hospital observándose que algunos pacientes ingresaban una y otra vez, mientras que otros no. No tendría sentido hablar de puerta giratoria en un sistema de encierro, que carece de movilidad, como el viejo modelo asilar.

2.2 Definición del concepto de paciente con reingresos frecuentes

El concepto de “revolving door” o de “puerta giratoria” es ampliamente utilizado en estudios que comienzan en la década de los 70 en el contexto de los procesos de desinstitucionalización del paciente psiquiátrico, sobre todo en trabajos norteamericanos. Según Voneiskos y Denault (1978) dicha expresión inicialmente también fue utilizada para referirse a la circulación de alcoholistas entre la prisión, los centros de tratamiento y la calle.

Linares (2001) también ubica los orígenes del término en 1958, en un libro sobre alcoholistas y su contacto con la policía. La autora plantea que en los años 60, luego del “Action for Mental Health” de 1961 (USA) que suele situarse como punto de partida de la desinstitucionalización en dicho país, el término se usó para referirse a los pacientes psiquiátricos con antecedentes judiciales. Posteriormente pierde dicha especificidad en los años 70, cuando se generaliza su uso y proliferan los trabajos sobre la temática. La autora refiere también que se ha empleado el término “revolving door” cuando se pone el énfasis en las fallas del sistema de salud como determinante de los reingresos múltiples y recidivismo cuando se pretende subrayar que dicha situación proviene de variables aportadas por el propio paciente, como por ejemplo gravedad de la enfermedad mental o incumplimiento terapéutico. (Linares, 2002, p. 12). En la presente tesis no se adoptará dicha diferenciación, que por otra parte no se ha encontrado en la literatura consultada, utilizando ambos términos indistintamente.

Como señalan Juven-Wetzler et al. (2011) no hay un consenso en la definición operacional del término “paciente con reingresos frecuentes o múltiples” o “paciente de puerta giratoria”. Los criterios que se han usado para definirlos son los siguientes:

- Número de internaciones en un determinado período de tiempo
- Días de internación al año (concepto de “heavy user” o usuario intensivo)
- Reingresos en un determinado período de tiempo tras el alta (por ejemplo a los 30 días, a los 90 días, etc.)
- Relación entre número de internaciones y días de internación en un período dado.

Para la operacionalización del concepto con el criterio de “número de internaciones en un determinado período de tiempo” se confeccionó la tabla 1. Esta tabla muestra solo algunas de las múltiples definiciones del mismo. Como se ha señalado, la existencia de tantas definiciones diferentes aporta complejidad a la problemática. Algunos autores, como Linares (2002), justifican su elección en base a una comparación con la media de ingresos

de la población estudiada, intentando no utilizar un criterio demasiado amplio que haga que el fenómeno quede diluido y pierda su especificidad, pero tampoco tan restrictivo que limite la población a muy pocos casos.

Tabla 1

Operacionalización del concepto de PRF

2 o más ingresos en un año	Montgomery y Kirkpatrick (2002)
3 o más ingresos en 1 año	Surber et al. (1987), Vogel y Huguelet (1997), Juven-Wetzler et al. (2011)
3 o más ingresos en 18 meses	Casper y Pastva (1990), Green 1988, Botha et al. (2008), Garrido y Saravia (2012)
3 o más ingresos en 2 años	Oyffe et al. (2009), Roick et al. (2004), Silva et al. (2009)
3 o más ingresos en 3 años	Kent y Yellowlees (1995)
5 o más ingresos en 2 años	Voneiskos y Denault (1978)
3 o más ingresos en la vida	Lagdon et al. (2001)
9 o más ingresos en 18 años	Linares (2001)
5 o más ingresos en 36 meses	Botha et al. (2008)
2 o más ingresos en 12 meses y 120 o más días de internación.	Botha et al. (2008)
1 internación cada 6 meses en promedio durante 2 años	Juven-Wetzler et al. (2011)

En una revisión bibliográfica sobre el fenómeno de puerta giratoria Roseblatt y Mayer (1974) afirman que hay una única variable que predice consistentemente el reingreso y es el número de ingresos previos. Los autores agregan que los profesionales de la salud mental se encuentran demasiado centrados en pensar la problemática de la

rehospitalización vinculándola al diagnóstico o a otros aspectos psicopatológicos perdiendo de vista que los factores sociales inciden en gran medida en las tasas de readmisión. Esta problemática también se observa en el centro asistencial donde se desarrolla la presente investigación. Dicho nosocomio pretende ser un Hospital de Agudos, pero no obstante alberga varias situaciones de hospitalizaciones que se prolongan por “razones sociales”. Tal situación obedece a la ya mencionada escasa disponibilidad de lugares para derivar a los pacientes con enfermedades mentales graves que no tienen donde vivir o carecen de soporte social.

En el Action for Mental Health, mojón de la desinstitucionalización en USA, se plantea que el tratamiento moderno para las personas con enfermedades mentales severas supone mantenerlos en la comunidad y de ser necesaria la hospitalización esta debe ser lo más breve posible. En el momento en el que el centro de gravedad pasó del hospital a la comunidad los reingresos comenzaron a ser señalados como fallas y los reingresadores como pacientes problemáticos.

Otro aspecto de la problemática es la jerarquización cada vez mayor de una perspectiva económica y de gestión cuyo objetivo es medir la eficiencia de los servicios de salud y evaluar sus resultados. Según Rossemblat y Mayer (1974) las estadísticas de readmisión generalmente son consideradas como medida de la efectividad de la atención hospitalaria. Si bien otros indicadores han sido utilizados, como por ejemplo la estadía promedio en el hospital o la comparación de la sintomatología del paciente al ingreso y al alta, las estadísticas de reingreso parecen haber fascinado a muchos investigadores en la nueva era de la desinstitucionalización. Este indicador ha sido tan ampliamente usado no por ser especialmente revelador de la eficiencia del hospital, sino por ser fácil de obtener y constituir un dato de rutina del funcionamiento hospitalario altamente confiable. La obsesión de los investigadores por los reingresos y el gran volumen de investigaciones al respecto no han logrado aclarar la problemática y los resultados de los múltiples estudios son altamente contradictorios. (Rossemblat y Mayer, 1974). El aumento de las tasas de reingreso se vincula con la disminución de la duración de las estadías observadas en el ocaso del modelo asilar, aunque este aspecto no es el único factor determinante.

En este sentido, se llevó adelante un estudio en el Hospital Estatal de Bronx en la década del 70, cuyo objetivo fue examinar la relación entre ingresos previos y reingresos. Los resultados mostraron que los pacientes que tienen una mayor cantidad de ingresos previos tienen más probabilidades de reingresar que los que cuentan con pocos ingresos previos, independientemente de la severidad de la patología. Si bien los pacientes más

graves tenían mayor probabilidad de reingresar, aquellos cuya patología fue catalogada como leve o moderada también presentaron mayores probabilidades de reingresar si contaban con ingresos previos. Concluyeron que comparado con la patología del paciente, el número de ingresos previos es un mejor predictor de futuros ingresos: “este resultado es importante porque contraviene la comúnmente arraigada idea, muy citada en los primeros estudios, de que los patrones de readmisión en gran medida están en función de la sintomatología del paciente” (Roseblatt y Mayer , 1974, p. 699).

Los autores sugieren que sería interesante seguir a un pequeño grupo de pacientes a lo largo de los años con el objetivo de entender en profundidad que es lo que los lleva a ingresar repetidamente. El objetivo buscado sería la comprensión no solo de por qué algunos pacientes se instalan en la puerta giratoria mientras que otros no lo hacen, sino por qué algunos pacientes en el curso de su enfermedad tienen períodos de puerta giratoria y períodos en los que pueden pasar largas temporadas lejos del hospital (Roseblatt y Mayer, 1974). En ocasiones este aspecto se vincula con cambios en la vida del sujeto en relación a sus vínculos, a su situación habitacional, a la pérdida de algún referente significativo, etc. Estudiar esos aspectos requeriría entrevistas en profundidad con los pacientes y no solo la extracción de datos de la historia clínica.

Se concuerda con los autores que para muchos pacientes provenientes de medios socioeconómicos deficitarios o de redes vinculares erosionadas, el hospital brinde un entorno atractivo y continente. El hospital psiquiátrico ha ocupado en el imaginario social un lugar tan ominoso que se ha perdido de vista que puede ser atractivo para pacientes cuyas vidas se encuentran inmersas en el vacío y el desamparo. En este sentido los autores señalan que “muchos pacientes prefieren el hospital como un modo de vida”. (Roseblatt y Mayer, 1974, p. 704).

Por su parte Voneiskos y Denault (1978) también sostienen que el énfasis puesto en las tasas de readmisión de los hospitales psiquiátricos como medida de su eficiencia es desmedido. Recomiendan que en futuros estudios el acento sea puesto en el funcionamiento del paciente en la comunidad subrayando que el soporte ambiental es un aspecto central de la problemática. Proponen dejar de nombrar “puerta giratoria” a la problemática, por considerarla una denominación poco específica y con una connotación negativa y llamarla “hospitalización recurrente”. Como ya se ha señalado, en el presente estudio se ha optado por denominarlos pacientes con reingreso frecuentes.

Un factor que señalan los autores y que se repite en varios trabajos consultados es el problema del alta prematura. Nuevamente surgen las carencias en el sistema de salud asociadas a este fenómeno, sobre todo la disminución del número de camas de psiquiatría y la subsecuente presión de tener lugares disponibles para los nuevos ingresos. Por ese motivo varias investigaciones se han enfocado no solo en el número de las internaciones sino en su duración y la posible relación con la problemática del reingreso. Voneiskos y Denault (1978) estudiaron las estadías de estos pacientes concluyendo que no son inferiores a la media y que no se trataría de un problema de alta prematura.

Estos autores subrayan que lo importante es el funcionamiento del paciente extra muros, en la comunidad. Señalan que prefieren un paciente que reingrese dos veces por año pero que su funcionamiento en la comunidad sea bueno, a un paciente que no tenga ingresos a lo largo del año pero viva en la comunidad inhabilitado y aislado.

En cuanto al problema de la duración de la hospitalización se considera que ésta debe extenderse la cantidad de tiempo necesaria para mejorar los síntomas que motivaron el ingreso, dependiendo de la singularidad de cada situación. Cuando se posterga el alta por “razones sociales” la hospitalización en si misma deja de ser beneficiosa y comienza a ser iatrogénica. El sujeto queda separado de la vida en la comunidad e inserto en una institución que fomenta sus aspectos más dependientes.

2.3 El concepto de “usuario intensivo” de los servicios de internación de agudos.

Estos pacientes fueron denominados “heavy users” por Hadley, Culhane, Mc Gurrin (1992), o también “hight users” por Surber et al. (1987). Los definen como “aquellas personas cuya frecuencia de hospitalizaciones o la duración de las mismas está sustancialmente por encima de la media” (Hadley et al. 1992, p. 208). Es un término que toma en cuenta los gastos que generan los pacientes que hacen un uso intensivo de la internación psiquiátrica. La premisa general sostenida por los autores es que un número pequeño de paciente utiliza un porcentaje muy alto de los recursos destinados a la salud mental. De todas formas el concepto no es meramente un indicador económico, sino que constituye la estrategia encontrada para operacionalizar el fenómeno y detectar a la población objetivo. (Hadley et al. 1992)

Cabe señalar que trata de un concepto que se superpone con el de PRF aunque no lo recubre por completo. Generalmente estas personas tienen múltiples reingresos, aunque también pueden tener una cantidad de días de internación anuales muy superior a la media sin que estos se encuentren distribuidos en varios ingresos. Por tal motivo los “heavy users”

no siempre son reingresadores múltiples. Se plantea que aproximadamente un 35% de los pacientes consumen un 75% de los recursos destinados a la internación psiquiátrica. Otro dato interesante es que un 6-18 % de todos los pacientes ingresados en un determinado período prealizan cerca del 30 % de los ingresos de ese período. (Casper y Pastva 1990 p.121)

Autores como Goldfinger et al. (1984), Surber et al. (1987), Surlis y Mc Gurrin (1984) plantean que los usuarios intensivos están principalmente compuestos por adultos jóvenes de sexo masculino, con enfermedades mentales crónicas, con un mal funcionamiento general, que prefieren el uso de los hospitales de agudos a los servicios comunitarios, como ya se ha señalado. Estos pacientes también han sido denominados “nuevos crónicos”.

El estudio de Hadley et al. (1992) pretende buscar evidencia acerca de la solidez del concepto en distintos lugares geográficos y a través del tiempo, comparando datos de distintas ciudades de USA. También le interesa saber cuál es el porcentaje de los pacientes catalogados de usuarios intensivos que sostiene este comportamiento a lo largo de los años. Por último se propone detectar la existencia de diferencias demográficas y de diagnóstico. Para ello compara un grupo de usuarios intensivos con otro de usuarios ordinarios. Se destaca que los resultados son consistentes en las distintas ciudades estudiadas. También encuentra que un 33.6 % de los pacientes entra en la categoría de usuarios intensivos en más de un año y que un 4 % lo hace en cada uno de los 3 años estudiados. Los diagnósticos predominantes son esquizofrenia y trastornos afectivos mayores, presentando un mayor nivel de discapacidad que los usuarios ordinarios. El subgrupo de los usuarios intensivos se divide en moderados y severos. En los últimos, la mayoría son mujeres y el diagnóstico predominante es esquizofrenia.

De todas formas, se señala que solo una minoría de los usuarios intensivos se mantienen en dicha categoría a través de los 3 años de estudiados, lo que lleva a los autores a plantear que no es un patrón consistente individual. Recomiendan un estudio más profundo de los usuarios intensivos repetitivos (los que cumplieron ese criterio a lo largo de los años). En este sentido Abbot et al. (1997) identificaron dos tipos de pacientes: los heavy users “crónicos” y los que integran la categoría “heavy user” transitoriamente debido a una situación crítica, pero que después no llegan a mantener la conducta de reingreso a largo plazo. Plantean que el vínculo establecido entre el referente del equipo de salud mental y el paciente es fundamental y determinante de la efectividad de la intervención.

En síntesis, estos pacientes son una población que requiere un abordaje especial en lo relativo a la planificación de su tratamiento, siendo necesario investigar más acerca de sus necesidades. Otro aspecto importante es poder generar conocimientos que permitan identificar potenciales usuarios intensivos. Concluyen que el fenómeno es mayoritariamente producto de fallas del Sistema de Salud Mental y no de las características individuales de los pacientes. (Hadley et al. 1992).

En una revisión de 200 artículos sobre la temática Kent, Fogarty y Yellowees (1995) señalan que los usuarios intensivos constituyen pacientes de sexo masculino, en la mitad de los 30, solteros, con diagnóstico de esquizofrenia y escaso sostén social. En otro estudio los autores se centran sobre todo en los aspectos psicosociales de los pacientes con reingresos frecuentes. Describen una población de PRF en un hospital de sur de Australia constituida por 50 sujetos. La media fue de 7 ingresos en 3 años y el criterio tomado fue al menos un ingreso al año durante tres años. Los autores sugieren que dichos pacientes además de sufrir una enfermedad mental severa y crónica, se encuentran carentes de soporte social, solos y aislados. Los problemas interpersonales, económicos, y laborales actúan como factores de desestabilización agudos o crónicos en esta población. Desde el punto de vista del diagnóstico refieren que un 32% de pacientes esquizofrénicos, un 34% con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, y un 20% con diagnóstico de Trastorno Bipolar. Un hallazgo demográfico que no está en concordancia con las anteriores investigaciones es que predominan levemente las mujeres. La gran mayoría estaban desempleados y el recibían una ayuda económica estatal. Los autores destacan que en un alto porcentaje dichos pacientes eran solteros, separados o viudos, predominando una población aislada socialmente con una red social reducida.

En un estudio realizado por Lucas et al. (2001) sobre usuarios intensivos en un centro asistencial de Londres se destaca que dichos pacientes solo hicieron un uso intensivo de la internación psiquiátrica, no así de los servicios psiquiátricos comunitarios. Plantean que posiblemente los servicios comunitarios y los hospitales de día no logran el objetivo de contactar y satisfacer las necesidades de esta población, lo cual se evidencia en el alto porcentaje de incumplimiento en la concurrencia a las consultas post alta. Las estrategias dirigidas a disminuir el uso intensivo de la hospitalización deben apuntar a mejorar la capacidad del paciente y su familia en el afrontamiento y manejo del empeoramiento transitorio de la sintomatología psicótica sin tener que recurrir inmediatamente al uso de las camas hospitalarias como única solución. Se concuerda con los autores en que estos pacientes muchas veces tienen al hospital como único referente, sobrecargando dicho

recurso, y prescindiendo de la red comunitaria de salud mental. Asimismo las relaciones con los familiares también eran descriptas como problemáticas por lo que se señala la importancia de ofrecer estrategias de apoyo a los cuidadores de estos pacientes, como medida indirecta para reducir el número de ingresos.

2.4 Los nuevos “nuevos crónicos” en la psiquiatría de los años 80

El trabajo de Caton (1980) es un claro exponente del interés que surgió en la década de los 80 por los denominados “nuevos crónicos”, sobre todo en USA. Los define como producto de la desinstitucionalización, la cual señala que “ha creado un nuevo grupo de pacientes, los nuevos jóvenes crónicos, quienes han recibido la mayor parte de su tratamiento en internaciones psiquiátricas breves intercalado con programas de tratamiento psiquiátrico ambulatorios.” (Caton, 1980, p. 475)

Por su parte, Geller (1986) plantea que después del “Community Mental Health Centers Act” de los años 60, en la década siguiente predominó el interés por el fenómeno de puerta giratoria (años 70) y que durante la segunda década de desinstitucionalización (años 80) el debate se orientó a la discusión sobre el futuro del hospital psiquiátrico estatal y al estudio de los “nuevos crónicos”. Tanto la puerta giratoria como esta población constituyen subproductos del proceso de la desinstitucionalización.

Son definidos como una población de sujetos jóvenes, portadores de enfermedades mentales crónicas, predominantemente del sexo masculino, que presentan conductas que interfieren con el tratamiento y producen impotencia en los equipos de salud mental. Una de las particularidades de estos pacientes son los reingresos múltiples, prefiriendo los hospitales de agudos a los servicios comunitarios (Goldfinger et al. 1984, Hadley et al. 1990, Surber et al. 1987, Surles y Mc Gurrin 1987). Algunos autores hacen referencia al diagnóstico de esquizofrenia (Wenstein, Di Pasquale, Winsor, 1984, Caton, 1980), complicado con el consumo de sustancias y otros jerarquizan sobre todo los pacientes impulsivos, con baja tolerancia a la frustración y gran inestabilidad (Schwartz y Goldfinger, 1981).

Así como se plantea que la fisonomía de los cuadros clínicos o su evolución se ha modificado con el avance de la farmacología, también podría plantearse que antes se asistía a la evolución de la patología en el contexto de una institución psiquiátrica cerrada, en el marco del viejo modelo asilar y actualmente se asiste al desarrollo de la enfermedad en un contexto no asilar, que incluye el fenómeno de puerta giratoria.

Schwartz y Goldfinger (1981) definen a los nuevos crónicos de manera diferente a los otros autores. No plantean un predominio de pacientes esquizofrénicos sino que realizan una descripción clínica que se acerca más a los trastornos de la personalidad del grupo B, aunque los autores no son lo suficientemente explícitos al respecto. Refieren que son un grupo de pacientes jóvenes, de sexo masculino, con una existencia errática y escasos recursos personales. Carecen de una red de soporte, y son predominantemente solteros, divorciados y desempleados. Presentan dificultades para conservar una vivienda o directamente carecen de domicilio fijo. Bajo tensión muestran trastornos en la prueba de realidad, disforia y conductas impulsivas auto y heteroagresivas. No adhieren al tratamiento ambulatorio ya que no “encajan” en lo que el sistema de salud les propone en cuanto a prestaciones en la comunidad.

Los autores plantean que estos pacientes representan un costo elevado para el sistema de salud, no solo en términos de dinero sino del desgaste que generan en los profesionales que los atienden. Son básicamente consumidores de servicios de agudos, sea la puerta de emergencia o la internación, solo para “apagar el incendio”, pidiendo ayuda en la situación de crisis y posteriormente abandonando los tratamientos.

Mencionan el concepto de “social margin” vinculado a los recursos sociales con los que cuenta una persona, definiéndolo como “todas las posesiones personales, atributos, o relaciones de las que se pueda disponer en caso de necesidad” (Segal 1980, citado por Schwartz y Goldfinger, 1981, p. 471). Estos sujetos que suelen ser manipuladores, agresivos, negligentes y abandonicos, han perdido todo el sostén social, quedándose sin estos recursos. En momentos de crisis no tienen dónde acudir, solamente los servicios de salud de agudos.

Asimismo, estos pacientes poseen un severo déficit en el funcionamiento yoico, presentando distorsiones transitorias de la realidad, descontrol de impulsos y dificultades en la modulación afectiva. La intensidad de estas características es fluctuante, por lo que el paciente puede presentarse diferente en distintos momentos. Este aspecto dificulta el diagnóstico y la conducta a seguir en el tratamiento. Las alteraciones en las prueba de realidad no son permanentes y ocurren en situaciones de tensión, lo que puede llevar a ideación paranoide transitoria. El descontrol de impulsos es muy importante, siendo el mayor motivo de hospitalización incluyendo frecuentes gestos suicidas. También suelen tener conflictos con la ley por conductas violentas, lesiones o daño de la propiedad privada. Las intoxicaciones periódicas con alcohol y el policonsumo de sustancias son habituales. Los

trastornos en la afectividad se encuentran expresados fundamentalmente en forma de ira y rabia, mostrándose frecuentemente hostiles, sarcásticos y reivindicativos.

Las características clínicas de estos pacientes hacen que sean difíciles de diagnosticar. Como suelen tomar contacto con los servicios de agudos únicamente en períodos de crisis, la evaluación en ese momento refleja su peor funcionamiento. En ocasiones funcionan en un nivel psicótico, por lo que reciben diagnósticos tales como episodio psicótico breve o trastorno esquizofreniforme. A esta situación se agrega el consumo de sustancias, que genera sintomatología que complejiza el diagnóstico clínico aunque se trataría fundamentalmente de sujetos con trastorno de personalidad límite.

Robbins E., Stern, Robbins L, Margolin (1978) los describieron como “pacientes no bienvenidos” (unwelcome patients) que no pueden vivir ni en el hospital ni en la comunidad, lo que equivale a decir que no tienen un lugar en el mundo. Suelen terminar en situación de calle por la propia inestabilidad y las dificultades interpersonales que presentan, muchas veces expulsados de las pensiones o residenciales en los que viven debido a sus severos trastornos de conducta. Los autores señalan que en el Hospital Bellevue de Nueva York hay una lista de estos pacientes disruptivos, que frecuentemente solicitan ser readmitidos y que el personal del hospital considera que ya han recibido lo máximo que el hospital puede brindarles y que no deberían ser rehospitalizados. Estudiaron las historias clínicas de los 23 pacientes de la lista, y encontraron que en su mayoría se trataba de hombres jóvenes con pocas habilidades sociales, que responden a la frustración con ira, frecuentemente exacerbada con el consumo de sustancias y alcohol. Se rehúsan a participar en los programas terapéuticos del hospital. Los autores proponen implementar un dispositivo especial para estos pacientes, en dónde puedan ser resguardados de sus propios impulsos, y con tratamientos enfocados a desarrollar el autocuidado.

Estos pacientes son frecuentemente traídos a los servicios de emergencia de manera involuntaria mostrándose agresivos, hostiles, demandantes y poco cooperadores. Por su estilo proyectivo y su poca implicación en la responsabilidad que tienen sobre su problemática, demandan al otro soluciones poco realistas a la vez que sabotean todo intento de ayuda. Esto genera en el personal que los atiende sentimientos de impotencia y de rechazo. Por otro lado pueden ser hospitalizados por su conducta suicida o por la intensidad de su pensamiento cuasi delirante en momentos de desestabilización.

Un aspecto no menor del artículo es el énfasis que pone en los efectos de estos pacientes en el personal de salud mental que los atiende, describiendo que es habitual la

conducta de intentar rápidamente otorgarles el alta ante la mínima señal de mejoría. La oscilación de estos sujetos entre la demanda y el rechazo de la ayuda, mostrándose por momentos dependientes y en otros manipuladores y hostiles, genera en el profesional de salud mental sentimientos de impotencia, pesimismo y rechazo, que dificulta la correcta atención. Por otro lado las posibilidades de derivación al alta se reducen, ya que debido a los trastornos de conducta los hogares de medio camino y estructuras afines no aceptan este tipo de pacientes. Muchas veces concurren al hospital buscando techo y comida, cuando gastaron el dinero de la ayuda estatal que reciben. Si bien estos pacientes responden bien al medio hospitalario, solo permanecen un corto período de tiempo, exigiendo rápidamente el alta o fugándose. Los autores no brindan una clara información sobre el diagnóstico de estos pacientes, probablemente porque es un estudio estadounidense que data de 1978, previo al DSM III.

Es frecuente encontrar en la literatura consultada sobre el tema la percepción de que la insistencia de estos sujetos en golpear una y otra vez las puertas de los hospitales psiquiátricos, esa vehemencia con la que realizan su reclamo, es la expresión del desencuentro entre las necesidades de estas personas y lo que el sistema de salud puede ofrecer. Por otra parte algunas situaciones plantean la interrogante de si la problemática corresponde a la órbita de la salud mental o la trasciende, siendo otro tipo de estructuras sociales las que deben responder.

Por otra parte, evaluar lo que el paciente necesita es una tarea ardua. Los pacientes con enfermedades mentales severas muchas veces enfrentan al profesional de la salud con un estado de extrema vulnerabilidad y desamparo (sobre todo en los trastornos psicóticos). A veces lo que necesitan es alguien que se haga cargo de ellos, que lo sostengan en situaciones elementales ya que es le es imposible cuidar de sí mismos. Entonces ante la pregunta de cuáles son las necesidades de estos pacientes que los servicios de salud no logran escuchar, se tendría que aceptar que en algunas situaciones la necesidad es total.

En el artículo de Goldfinger et al. (1984) se preguntan con ironía si los pacientes son resistentes al tratamiento o resistentes al sistema de salud. Toman 243 pacientes (6.5% de la población total de un año en el Hospital de San Francisco) que usaron los servicios de salud mental del hospital 4 o más veces. Son jóvenes de sexo masculino, en los que el diagnóstico de esquizofrenia aparece con la misma frecuencia en la población de PRF que en la no-PRF, mientras que el trastorno bipolar y los trastornos de personalidad están notablemente sobrerrepresentados en la población reingresadora. Como la mayoría de los autores, encuentran abuso de alcohol y de sustancias agravando la sintomatología

psiquiátrica, así como la falta de contención familiar. Los describen como “aislados”, marginales y con problemas con la justicia en ocasiones. Muchas veces su situación se complica con la presencia de enfermedades médicas ocasionadas o agravadas por las carencias nutricionales, la falta de abrigo adecuado, la falta de cuidados. Señala que “ estos pacientes sufren no solo de una enfermedad mental grave, también sufren de pobreza-pobreza de recursos, de sostén económico y social, de amigos y de familia, y debemos argumentar, pobreza de modalidades apropiadas y efectivas de tratamiento” (Goldfinger et al. 1984 p. 22.)

En cuanto a los servicios plantean que no existe una red coherente que sostenga a estos pacientes, que muchas veces se encuentran entre los más difíciles de tratar por su actitud por momentos hostil o desconfiada. Los trastornos de conducta que presentan hacen que sean excluidos de dispositivos asistenciales ambulatorios como los Centros Diurnos, por interferir con el tratamiento de otros pacientes. Los autores realizan una crítica al sistema de salud mental planteando que existe una gran falta de coordinación que se hace más evidente en estos casos complejos. Otro aspecto importante que destacan es que estos pacientes no pertenecen a un determinado grupo diagnóstico, sino que constituyen los sujetos más graves dentro de cada categoría diagnóstica. Asimismo señalan que llevó un tiempo reconocer y plantearse el problema del tratamiento de los pacientes más graves en un contexto de dispositivos comunitarios de salud mental. Se coincide con que es una interrogante que debe realizarse, porque en este punto se observa un vacío en el sistema asistencial en salud mental. Las preguntas que surgen son las siguientes: ¿Todos los pacientes se benefician de tratamientos ambulatorios comunitarios? ¿Hay un grupo de pacientes que por su gravedad necesitan internaciones a largo plazo? ¿Se estaría forzando a estos pacientes a insertarse en una vida en la comunidad que no pueden sostener? En este sentido, ubican la falla del sistema comunitario en la falta de opciones de internación a largo plazo. El sistema de salud mental para estos autores debería incluir tratamiento en régimen de internación, tanto agudo como sub agudo, con posibilidad de extenderse en el tiempo ya que algunos pacientes requieren cuidados altamente estructurados por largos períodos.

Otro aspecto fundamental es la coordinación entre los distintos servicios de Salud Mental. Es necesaria la continuidad entre los mismos, la fluidez y la disponibilidad. Se debe ir en busca de los pacientes cuando estos no concurren a las consultas en los centros de salud comunitarios. No se debe perder de vista que muchos de ellos son altamente dependientes y vulnerables. También es importante que sea un servicio que atienda a la

singularidad del paciente y que la persona encargada del seguimiento del caso tenga un vínculo de “uno a uno”.

Plantean que “cuando los pacientes concurren a nuestros servicios raramente lo hacen buscando tratamiento, lo que piden es ayuda.” (Goldfinger et al. 1984 p.23). La mencionada brecha entre lo que el paciente pide y lo que el servicio le ofrece se acentúa en pacientes con un contacto con la realidad muy deteriorado o con poca o nula conciencia de enfermedad en donde la construcción de la alianza terapéutica es un gran desafío. A veces lo que el paciente necesita es un referente que sea mediador entre el sujeto y el mundo circundante.

El autor plantea también el lado humano del trabajo con los pacientes graves y las frustraciones a las que puede verse sometido el personal de salud. Señala que hay que ser cuidadosos de no caer en la desesperanza de una posición pesimista en la que no tiene sentido la intervención.

Surber et al. (1987), abordan el tema de los PRF en un estudio en el que analizan todos los ingresos de un hospital de San Francisco, durante un año. Identifican 99 pacientes con 3 o más reingresos en ese año, el mismo criterio tomado para la investigación del presente estudio. Estos pacientes representaban el 8.2 % de todos los ingresos. Se estudiaron los siguientes aspectos: número total de ingresos, número total de días de internación, fecha de la primera internación, motivo de ingreso, número de consultas a policlínica, consumo de sustancias, enfermedades médicas asociadas, disponibilidad de la familia, capacidad de manejar el dinero, capacidad conservar una vivienda y capacidad de auto cuidado. También fueron investigados los antecedentes penales de los pacientes.

Las variables estudiadas son similares a las del presente estudio, así como la definición de PRF. Los autores presentaron resultados interesantes: mayoría de sujetos de sexo masculino, jóvenes (la media fue 33.6), 28 % de F20, 23% de F31 y 9% Trastorno de personalidad Límite y un alto porcentaje de consumidores de sustancias. Se trata de una población con un alto grado de discapacidad y se recomienda que los tratamientos y las estrategias orientadas al apoyo de estas personas sean diseñadas teniendo en cuenta las múltiples necesidades y limitaciones de estos pacientes, que parecen ser altamente dependientes del cuidado externo para sostenerse.

Otro aspecto que ha sido ampliamente estudiado es la relación entre la adherencia al tratamiento, la concurrencia a las consultas psiquiátricas y la tasa de reingresos. El trabajo de Green (1988) es un exponente de este enfoque. El autor realiza una comparación entre

PRF y no-PRF, definiendo a los primeros como aquellos con tres o más hospitalizaciones en 18 meses. Se encontró una correlación altamente significativa entre los pacientes que no cumplían con la medicación y la hospitalización frecuente.

La distribución porcentual de los trastornos fue la siguiente: 24% esquizofrenia, 24 % trastorno esquizoafectivo, 12% trastorno depresivo mayor, 12% de trastorno bipolar y 12 % otros diagnósticos (DSM III). El grupo sin reingresos frecuentes presentó un mayor porcentaje de pacientes Esquizofrénicos, disminuyendo drásticamente los pacientes con Trastorno Esquizoafectivo, así como los porcentajes de Trastornos Afectivos que cayeron 29 puntos porcentuales.

A su vez, fueron estudiados los siguientes aspectos: incumplimiento de la medicación y de los controles psiquiátricos, ausencia de conciencia de enfermedad, ambivalencia verbal sobre el tratamiento, acceso problemático a los servicios y al transporte y opciones de tratamiento ambulatorio limitadas por la agresividad del paciente. En cuanto a las variables vinculadas a la familia o los cuidadores del paciente, se evaluaron las siguientes: boicot del tratamiento por un miembro de la familia, tempranos signos de descompensación no reportados por la familia o por los cuidadores y rechazo de la familia a la internación a largo plazo como opción del tratamiento. (Green, 1988. p. 965)

Cabe señalar que la ausencia de conciencia de enfermedad y la ambivalencia acerca del tratamiento pueden considerarse como características de los pacientes con enfermedades mentales crónicas y severas. Cita a Van Putten (1978) que atribuye el incumplimiento de la medicación a los síntomas extrapiramidales, a una relación médico paciente deficitaria, o a una preferencia por el existir esquizofrénico, particularmente en los pacientes con ideas delirantes megalomaniacas.

En este estudio los pacientes con incumplimiento de la medicación tenían significativamente una mayor tasa de re hospitalizaciones que la población total de pacientes psiquiátricos, 54 días al año versus 2.5 días al año. El hecho de que los pacientes con mayor número de hospitalizaciones estuviera integrado en su mayoría por pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar sugiere que el componente afectivo de la enfermedad aumenta la posibilidad de ser re hospitalizado.

Por último, comentaremos el estudio de Geller (1986) que generalmente no es tomado en cuenta por el número bajo de participantes que maneja (12 pacientes). Dicho trabajo tiene la particularidad de describir dos perfiles muy diferentes de PRF, coincidiendo

con la idea de que los PRF son una población heterogénea que debe dividirse en subgrupos para su mejor estudio. De una población total de 191 pacientes de un hospital psiquiátrico estatal se seleccionan a los pacientes que presentaban las más altas tasas de reingresos. El grupo quedó conformado por 6 pacientes portadores de esquizofrenia y 6 pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Este trabajo tiene un enfoque distinto a los otros consultados porque no privilegia el enfoque cuantitativo sino que propone “una evaluación preliminar, a través de un estudio retrospectivo, de los mayores reingresadores de un hospital psiquiátrico estatal- la plaga del sector público de la psiquiatría y una población sobre la que hay mucho folklore y poca documentación” Geller (1986) pág..... A su vez, constituye uno de los pocos estudios que ubica a los trastornos de la personalidad en el mismo plano de importancia que los esquizofrénicos en la población de PRF.

Para los pacientes esquizofrénicos, la presunción de no cumplimiento del tratamiento farmacológico era una de los aspectos más frecuentemente consignados en las historias clínicas, sugiriendo que se trata de una sospecha habitual de los técnicos ante el reingreso de dichos pacientes, que no siempre es objetivable. Agrega que sería importante indagar en qué porcentaje se trata de pacientes esquizofrénicos resistentes al tratamiento y que posiblemente un grupo de esta población refractaria necesite un régimen de internación a largo plazo. Sobre el motivo de ingreso los sujetos con trastornos de la personalidad lo hicieron por autoagresividad, mientras que en los esquizofrénicos predominó el riesgo para terceros y la incapacidad de cuidar de sí mismos. Estos últimos permanecieron internados hasta alcanzar el máximo de respuesta terapéutica. Por el contrario, en los pacientes con trastorno límite de la personalidad la internación tenía el objetivo de manejar una situación de crisis por lo tanto se otorgaba el alta prontamente cuando se observaba una mejoría .

Los autores señalan como posibles explicaciones de los reingresos en los pacientes con trastornos de la personalidad la percepción que a veces tienen estas personas del hospital como un espacio continente o como siendo la única fuente de “otros significativos” con los cuales vincularse (Geller 1986 p. 389). Sugieren que son necesarios estudios prospectivos sobre el motivo por el cual los pacientes con trastornos de personalidad llegan a convertirse en severos PRF. Manifiesta que podría argumentarse que las prolongadas hospitalizaciones de dichos pacientes solo aumentan su dependencia con la institución así como el impacto negativo que tienen en las relaciones interpersonales con los otros pacientes, por ejemplo los psicóticos.

Otros autores han estudiado la hospitalización en el trastorno límite de la personalidad. Entre los motivos más comunes señalan a los IAE, las autolesiones, la heteroagresividad y las complicaciones vinculadas al consumo de sustancias y el alcohol. Debido a la inestabilidad e impulsividad que presentan, se producen múltiples crisis que pueden conducir a consultas frecuentes en los servicios de emergencia y múltiples internaciones. Plantean que se trata de pacientes “problemáticos para el sistema de salud” por “el dramatismo de su queja y exigencia de ayuda”, pero también por el boicot al tratamiento (Paumard, Rubio y Grananda, 2007, p. 65)

Desde otra perspectiva, al considerarse el reingreso múltiple en la esquizofrenia, se destaca la presencia de trastornos de conducta. En este sentido, Fresan, Apiquian, Nicolini y Anaya (2007) plantean que la conducta violenta en dicha enfermedad puede llegar a formar parte de un ciclo que lleva al paciente a quedar atrapado en la puerta giratoria del hospital psiquiátrico. La vinculan con la baja adherencia al tratamiento y dificultades de la familia en el relacionamiento con el paciente y en el manejo de la enfermedad. A su vez la relación con la familia se ve deteriorada por la presencia de la conducta violenta. Se plantea que si un paciente tiene síntomas violentos es probable que esta situación se repita en ulteriores descompensaciones y que dicha conducta suele dirigirse a los familiares o personas conocidas por los pacientes. Señalan que las primeras semanas luego del alta son un período crítico, en el que el paciente realiza una transición y una recuperación de un mayor grado de autonomía en relación a su vida cotidiana.

En síntesis, se han planteado los principales desarrollos conceptuales así como los resultados de los trabajos más importantes sobre el tema a través del tiempo y en distintos lugares geográficos. Se destaca que se trata de una problemática que se ha abordado desde diferentes ángulos por su complejidad y multicausalidad. Si se comparan las diferentes miradas sobre el tema se encuentra que algunos autores sostienen que los PRF no poseen otra característica común más que la presencia de hospitalizaciones recurrentes. Por el contrario, otros afirman que se trata de una población con características comunes, aspecto que justifica su conceptualización como un grupo especial de pacientes. Dentro de los elementos comunes que estos pacientes poseen algunos autores jerarquizan los aspectos psicopatológicos, como la pertenencia a una categoría diagnóstica o la presencia de trastornos de conducta. Asimismo se sostiene que son los casos más graves dentro de cada categoría diagnóstica. Otros autores jerarquizan los aspectos psicosociales y subrayan el sostén social deficitario de estos pacientes y la ausencia de redes.

La mayoría de los autores coinciden en que es un tema que no puede entenderse en ausencia de un análisis de las fallas del sistema de salud en el que está comprendida la atención de estos pacientes. En este sentido, se enfatiza especialmente la disponibilidad y accesibilidad de los dispositivos que aseguren la continuidad del tratamiento luego del alta hospitalaria como factor sustancial a la hora de prevenir el reingreso frecuente.

2.5 El modelo asilar de atención del paciente psiquiátrico y la desinstitucionalización

2.5.1 La reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización

Como ya se ha destacado las políticas de desinstitucionalización constituyen un aspecto ineludiblemente ligado al fenómeno de la puerta giratoria y a los pacientes con reingresos frecuentes. Un artículo de interés histórico sobre el tema es el de Bachrach (1978) que se refiere a las dificultades atravesadas por el sistema de salud mental de USA en los años 70, cuando se encontraban instrumentando dicho proceso. La población que en un momento constituía el total de las pacientes que residían en los hospitales estatales (una población estática que solo se modificaba con los nuevos ingresos y los fallecimientos) fue dividida en 5 grupos (tres en el hospital y dos en la comunidad). Los del la comunidad serían los pacientes que anteriormente vivían en los hospitales estatales, y los pacientes que nunca fueron institucionalizados, por haber desarrollado su enfermedad mental en la era de la desinstitucionalización. De los tres grupos hospitalarios el primero estaba compuesto por el núcleo duro de la desinstitucionalización definido como los pacientes que permanecieron en los hospitales estatales y nunca fueron trasladados. El segundo era el de las hospitalizaciones recientes de corta estadía (de 7 días a 14 aproximadamente) y un tercer grupo eran los nuevos ingresos de larga estadía, que involucraban pacientes cuyo funcionamiento patológico necesitaba “un cuidado muy estructurado”. (Bachrach ,1978. P. 574)

La autora plantea que se observa una cierta circulación entre los miembros de algunos grupos, sobre todo entre los pertenecientes al de internaciones breves, que constituyen el fenómeno de la puerta giratoria. Plantea como crítica que la reforma constituyó únicamente un cambio de locación y no de estrategias en salud mental. Destaca que es fundamental entender que funciones cumplía una institución totalizadora como el manicomio, las cuales son más complejas que brindar asilo, custodiar y brindar tratamiento a largo plazo (Bachrach ,1978, p. 575). Por otra parte agrega que algunas comunidades están mejor preparadas que otras para recibir a los pacientes, hablando en términos de

estigmatización y discriminación. Asimismo destaca que la desinstitucionalización debe ir de la mano de los programas de rehabilitación y de un diagnóstico de los pacientes en términos de nivel de funcionamiento y potencialidades.

Hay algunos artículos muy críticos sobre el tema, como el de Talbott (1979) prácticamente contemporáneo del de Bararch (1978) y sobre la misma situación. Según datos aportados por este autor, en 1955 el censo de los hospitales estatales en USA alcanza su pico de 560000 pacientes y desde ese momento empieza a declinar, contando con 170000 en 1979. La reforma consistió en dos aspectos: el egreso de los pacientes institucionalizados a la comunidad y la disminución de los nuevos ingresos a dichos hospitales (en lo que respecta a internaciones de larga estadía). Señala que no fue correctamente prevista la red comunitaria que iba a atender a dichos pacientes, lo que sobrecargó a los servicios existentes, como los hospitales generales por ejemplo. Si bien muchos fueron trasladados a casas de salud, plantea que una consecuencia dramática fue que centenares de pacientes quedaron en situación de calle, “formándose verdaderos ghettos de pacientes desinstitucionalizados, en áreas de viviendas de bajo costo o barrios deteriorados” (Talbott ,1979, p. 1113). Agrega que hubo una repercusión en las puertas de emergencia de los hospitales generales, a las que recurrían estos pacientes, muchas veces para plantear situaciones sociales más que descompensaciones de su enfermedad mental crónica.

En relación a lo anterior fueron descritos dos síndromes, uno es el de “revolving door” y otro es el denominado “falling between the cracks” (literalmente cayendo entre las grietas, significando también el ser ignorado, olvidado) refiriéndose a la ausencia de estructuras que brinden sostén y contención en el afuera. Para el autor estos dos síndromes estarían estrechamente relacionados. Califica de desastroso el proceso de desinstitucionalización en USA, por lo menos en el momento histórico al que se refiere, ya que en su opinión careció de planificación y de estructuras comunitarias adecuadas que lo acompañaran.

En cuanto a la reforma psiquiátrica europea, Becker y Vázquez-Barquero (2001) plantean que se realizó siguiendo los siguientes pasos: el cierre de los antiguos hospitales, el desarrollo de programas comunitarios alternativos, la integración con el resto de los servicios de salud y con los servicios comunitarios. Por su parte Burti (2001) en un artículo sobre la reforma psiquiátrica en Italia luego de transcurridos 20 años, recorre lo que fue el proceso en ese país. En 1978 el parlamento italiano aprueba una ley novedosa en salud mental (ley 180) en la que se propone ir desmantelando un sistema de salud mental

centrado en el hospital estatal para pasar a otro cuyo eje es la rehabilitación y el tratamiento en la comunidad. Dicha ley determinaba la prohibición de nuevos ingresos a los hospitales estatales tratando de prevenir la institucionalización. Otro aspecto fue la organización de servicios de salud mental centrados en la comunidad capaces de brindar todas las prestaciones requeridas. Las internaciones podían indicarse únicamente en situaciones de crisis y por un corto plazo, en unidades de salud mental pequeñas, de alrededor de 15 camas, en los hospitales generales.

Un aspecto importante fue que se intentó que el nuevo sistema fuera una alternativa y no un complemento de las estructuras ya existentes. En este sentido, se ha observado que la instalación de nuevos servicios comunitarios sumados al hospital psiquiátrico no generan una disminución de la institucionalización de pacientes con enfermedades mentales severas sino un reclutamiento de un tipo diferente y menos grave de paciente. Por lo tanto, no sustituyen el modelo centrado en el hospital sino que agregan otro servicio dirigido a una nueva población. (Burti 2001). Se desarrollaron Centros Comunitarios de Salud Mental, Salas Psiquiátricas en Hospitales Generales, servicios semi-residenciales (hospitales de día y centros diurnos), estructuras residenciales pequeñas (20 camas) y casas grupales.

Otro aspecto importante a considerar en relación a las políticas de transformación de la asistencia en salud mental basadas en la comunidad son las estrategias asistenciales que se desarrollaron para dar respuesta a los problemas que surgen del nuevo modelo. Una de ellas es el denominado "case management" ("gestión de casos"). Nace en USA en los años 70 en el contexto de la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos como propuesta del National Institute of Mental Health (NIMH) para que los centros de salud mental realicen un seguimiento de sus pacientes crónicos en la comunidad. Se propone darle una continuidad a la atención de los pacientes con enfermedades mentales graves, evitando recaídas y nuevas internaciones. Está vinculado al concepto de accesibilidad a los servicios, ya que en ese momento una de las críticas más repetidas era la fragmentación y la poca coordinación del sistema de atención en salud mental en USA.

Otro aporte en relación a las experiencias de trabajo en la comunidad con pacientes con trastornos mentales graves es el de Montgomery y Kirkpatrick (2002). Los autores se proponen analizar críticamente los factores frecuentemente asociados a los reingresos múltiples, sobre todo los vinculados a los servicios de salud. Enfatizan un aspecto poco frecuente en la temática, dado que fundamentalmente se trata de investigaciones cuantitativas y no cualitativas: el significado subjetivo de la hospitalización para el sujeto. Intentan darle un lugar a la voz de los pacientes, hablando de su singular vínculo con el

hospital. También sugieren enfocarse en el estudio de la calidad de vida de los pacientes o de su nivel de funcionamiento en la comunidad. Recomiendan que considere la singularidad de cada situación, calculando la tasa óptima de reingresos para cada trayectoria individual de la enfermedad.

Describen un programa comunitario que vincula pacientes que tuvieron al menos 2 o más ingresos en un período de 12 meses, con servicios basados en la comunidad luego del egresar de la internación. En un estudio que abarcó 4 años de funcionamiento de dicho programa se observó la disminución del número de reingresos y de la cantidad de días de internación de los pacientes que participaban del mismo.

2.5.2 El Hospital Vilardebó en el Sistema de Atención de Salud Mental Nacional.

Las características del Sistema de Salud Mental actual en Uruguay.

El presente estudio se desarrolla en el Hospital Psiquiátrico Vilardebó, principal referente nacional de atención en salud mental, situado en la ciudad de Montevideo. En relación a los aspectos históricos, se destaca que el Manicomio Nacional fue inaugurado en 1880 en su actual ubicación y pasará a denominarse Hospital Vilardebó en 1910, constituyendo un espacio de asilo de los enfermos mentales (Wilhelm y Porciúncula 1997). La Colonia de Alienados de Santa Lucía (posteriormente Colonia Etchepare) abre sus puertas en 1912 en respuesta a la superpoblación del Hospital Vilardebó, que albergaba a 1500 pacientes en 1910. En conjunto, junto con la Colonia Santín Carlos Rossi abierta posteriormente, llegaron a contar con 5000 pacientes a mediados del siglo pasado (Ginés y Arduino 2002). De 1981 a 1996 funcionó el Hospital Psiquiátrico Musto como servicio de atención de agudos, aspecto que a partir de su cierre asumió el Hospital Vilardebó.

A partir de la década del 90 y hasta la actualidad el Hospital Vilardebó es un “Hospital Psiquiátrico de Agudos” como consecuencia de los grandes cambios en el escenario de la salud mental acaecidos en dicho momento histórico, que modificaron la finalidad de dicho nosocomio. Estos cambios son herederos del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) elaborado en 1986 y la Declaración de Caracas del año 1990. Tomándolos como referentes se realizan una serie de acciones tendientes a mejorar la asistencia en Salud Mental en el primer nivel de atención y la creación de Unidades de Salud Mental en los Hospitales Generales. También se busca ir progresivamente superando el modelo asilar para el tratamiento de pacientes portadores de enfermedades psiquiátricas crónicas.

Acuña (2004) en un trabajo sobre el Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó, plantea que una nueva etapa de la psiquiatría nacional se inaugura en 1966 con el informe crítico sobre la asistencia en salud mental elaborado por Pierre Chanoit, consultor de OPS/OMS, cuando visitó nuestro país invitado por el MSP. En este informe se señala lo siguiente:

El día de nuestra visita se alojaban en el hospital cerca de 1.800 enfermos. Este hecho explica que en estas circunstancias resulta difícil describir estructuras terapéuticas. Las camas han ido ocupando progresivamente la totalidad del espacio disponible en los dormitorios, luego las salas de reuniones, y por último, los patios, someramente cubiertos. De noche se añaden colchones para que los enfermos supernumerarios tengan donde dormir. Las condiciones de higiene son desfavorables, especialmente en el sótano donde la falta de luz y ventilación y la persistencia de su condición estigmatizante hacen que las condiciones de vida sean muy penosas, tanto para los pacientes como para el personal. (Informe de P. Chanoit citado por Ginés, 2003 p 177)

Posteriormente la dictadura frena las transformaciones que se estaban comenzando a gestar las cuales se retoman luego de finalizar ésta, dando lugar al Programa Nacional de Salud Mental de 1986. Diez años después, con el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto en el año 1996 y la transformación del Hospital Vilardebó, entre otros cambios, se empiezan a concretar los objetivos planteados en el Programa de 1986. Se estableció que el Hospital Vilardebó “sea el hospital de agudos de asistencia de la salud mental a nivel público de Montevideo y área metropolitana, así como de referencia nacional” (Acuña, 2004, p.194). El Hospital Musto contaba con 350 camas y el Vilardebó con 250, aumentando su número a 300, con la transformación de sus objetivos.

Las autoridades sanitarias del momento esperaban compensar la reducción en el número de camas de psiquiatría con la atención en el primer nivel, mejorando la contención del paciente psiquiátrico y actuando en la “prevención de las descompensaciones de los pacientes y, por lo tanto, mejorando la calidad de la asistencia, lo que traería aparejada una menor frecuencia y más breve duración de las internaciones” (Acuña, 2004, p.195) Se observa que en este trabajo se menciona el tema de la frecuencia y duración de las internaciones, directamente relacionado con el tema objeto de esta investigación. Se apostaba a que los equipos comunitarios de Salud mental tuvieran un rol significativo en el

sostén ambulatorio de los pacientes psiquiátricos. Otro hecho significativo del año 1996 fue el traslado de los pacientes crónicos del Musto y el Vilardebó a las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi. En aquel momento se planteaba que había que trabajar con el objetivo a largo plazo de desmantelar progresivamente dichas estructuras asilares. Otro aspecto importante que destaca el autor es la variación de la estadía promedio en el Hospital Vilardebó. Con la transformación del mismo, el total promedio de días de estadía para las salas no judiciales varía de 193 días en el año 2001 a 44 en el año 2003. (Acuña, 2004)

Por lo tanto, lo que se priorizó como objetivo del Hospital Vilardebó fue el atender situaciones agudas y posteriormente otorgar el alta, intentando que la permanencia del paciente no se prolongue más allá de lo necesario. Ya no se trata de albergar a los pacientes, este es el objetivo de las Colonias de Alienados.

Otro aspecto a destacar es el cambio en la legislación en Salud Mental, actualmente en proceso en el parlamento. Hasta el momento la ley vigente en Uruguay es la 9.581 que data de 1936 y refleja algunas concepciones de aquel momento histórico en cuanto a la asistencia de los enfermos mentales. La reforma actual es parte de un proceso que se inicia hace décadas, como se señaló al mencionar la gestación del Programa Nacional de Salud Mental y que actualmente se encuentra en curso. Estos cambios enfatizan un modelo de asistencia en Salud Mental centrado en la comunidad, en el que se plantea el cierre progresivo de las estructuras asilares y la transformación de los centros asistenciales monovalentes. En este sentido, la problemática del reingreso frecuente y de la desvinculación de los pacientes al sistema de atención en salud mental se encuentra en estrecha relación con estos cambios y son aspectos que requieren ser contemplados en la definición de estrategias asistenciales.

CAPÍTULO III

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Este capítulo se propone formular las preguntas que están en el origen del estudio así como presentar el objetivo general y los objetivos específicos.

3.1 Preguntas iniciales de la investigación

El presente estudio se desarrolló en Hospital Vilardebó, centro nacional de referencia en el área de la salud mental. Dicho centro asistencial presenta una alta tasa de reingresos (68.6% en 2014) según datos del departamento de estadística del mismo, aspecto que es constatable en la práctica clínica cotidiana en sala de internación.

La alta tasa de reingresos a los servicios de internación psiquiátrica fue el punto de partida del presente estudio, circunscribiéndolo a una población muy específica. Esta última se caracteriza por contar con la más alta tasa de reingresos y fue denominada población de pacientes con reingresos frecuentes (PRF). Al no contar con estudios previos sobre el tema en Uruguay, las preguntas que surgen son múltiples

En los antecedentes consultados encontramos diferentes aproximaciones a la problemática, en las que los PRF son definidos de maneras muy diversas. Los resultados a los que arriban dichas investigaciones también son heterogéneos, por los que cabe preguntarse por las características de la población de PRF en Uruguay, en el mayor hospital psiquiátrico de agudos del país. El diagnóstico psicopatológico ha sido uno de los elementos centrales para explicar el problema encontrándose en los antecedentes posturas contradictorias al respecto. Algunos autores asocian la población de PRF con un tipo determinado de trastorno, generalmente la Esquizofrenia mientras que otros estudios plantean que no existe un diagnóstico específico vinculado a los mismos. En la literatura también se destaca el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol y los antecedentes de intento de autoeliminación en esta población. En base a estos elementos se formularon las siguientes preguntas:

¿Los PRF constituyen un grupo heterogéneo cuyo único elemento común es el hecho de presentar reingresos múltiples o se trata de una población con características definidas y estables en el tiempo?

¿Existe algún diagnóstico predominante en los PRF? ¿La distribución de los diagnósticos permanece estable o difiere de un año a otro? ¿La distribución de diagnósticos es similar a la de los pacientes que no presentan reingresos frecuentes o presenta diferencias? ¿El consumo de sustancias psicoactivas es una característica de los PRF?

Otro aspecto importante que se desprende de los antecedentes es que los PRF tienen escaso sostén social, y se encuentran inmersos en redes sociales erosionadas y en una situación de desamparo. ¿Cuál es la situación vincular de los PRF detectados por el presente estudio? ¿Se encuentran en situación de desamparo y vulnerabilidad económica y social? Y por último, en lo relativo al uso que realizan de la hospitalización ¿la condición de PRF constituye un hecho aislado en la historia del paciente o constituye un funcionamiento permanente?

3.2 Objetivo General

Describir las características de pacientes con reingresos frecuentes durante los años 2013 y 2014 en el Hospital Psiquiátrico Vilardebó, comparándolos con el resto de los pacientes internados en el mismo período.

3.3 Objetivos específicos

1. Caracterizar socio demográficamente la población objeto de estudio
2. Describir las características psicopatológicas de dicho grupo de pacientes y establecer relaciones entre las mismas.
3. Identificar los aspectos vinculados al soporte social y familiar de dicha población.
4. Describir aspectos asistenciales y de tratamiento vinculados al grupo de estudio
5. Realizar una comparación de los PRF con los pacientes que no cumplieron los criterios de hospitalización múltiple.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

Tipo de investigación: Exploratoria, descriptiva, comparativa.

Tipo de diseño: Cuantitativo, no experimental, retrospectivo (Hernández Sampieri et al., 2010).

Determinación del objeto de estudio: Se definió al paciente con reingresos frecuentes –PRF- como aquel que cuenta con al menos 3 ingresos en un año calendario. La fecha de ingreso debe estar comprendida dentro de dicho año, no así el egreso. El criterio elegido se basó en estudios realizados por Surber et al.(1987), Vogel y Huguelet (1997), Juven-Wetzler (2011).

Período de estudio: Año 2013 y 2014.

Centro Asistencial considerado: Hospital Psiquiátrico Vilardebó de la ciudad de Montevideo, Uruguay.

4.1) Metodología aplicada para determinar la población objetivo

Determinar la población a estudiar fue un proceso que requirió varias etapas de análisis de información, la cual fue obtenida del centro asistencial a partir de:

- Departamento de Estadística
- Sistema de Gestión Asistencial -SGA-
- Consulta de historias clínicas (Departamento de Registros Médicos)
- Fichas de internación de usuarios (Departamento de Registros Médicos)

En primera instancia se solicitó al Departamento de Estadística la información concerniente a las internaciones totales efectuadas durante 2013 y 2014, considerándose únicamente los ingresos correspondientes a sala de internación, excluyéndose los de sala de observación del Servicio de Emergencia del hospital. En esta etapa se discriminó dicha

información en función del año y según sexo (Tabla 2) y en función del año según si la internación hubiere sido primaria o ulterior (Tabla 3).

Tabla 2.

Ingresos en Hospital Vilardebó según sexo, periodo 2013-2014.

Año	Masculino	Femenino	Totales
2013	866	756	1.622
2014	840	587	1.427
Bienio	1.706	1.343	3.049

Tabla 3

Ingresos en Hospital Vilardebó, periodo 2013-2014, según ocurrencia.

Año	Ingresos Primarios	Reingresos	Totales	% Reingresos
2013	535	1.087	1.622	67
2014	451	979	1.430	68.4
Bienio	986	2.066	3052	67.6

En una segunda instancia de análisis de la información se consideró sólo el grupo de pacientes incluidos en la categoría reingresos (2.066 casos). Posteriormente se realizó una primera depuración sobre dicha población para identificar al grupo de pacientes que poseían tres o más hospitalizaciones en alguno de los años considerados (Tabla 4).

Tabla 4

Total de ingresos realizados por los PRF en el período 2013-2014

Año	3 o más veces(N sin depurar)	Ingresos totales reingresadores	Totales (ingresos)	% de los ingresos de los reingresadores
2013	84 pacientes	304	1622	18.7
2014	64 pacientes	283	1427	19.8
Bienio	148	587	3049	19.2

En una tercera etapa de depuración de la información se trabajó a partir de los 148 casos observados comprendidos en la categoría de 3 o más ingresos anuales. En ese sentido, se trabajaron dos aspectos respecto al grupo de interés que incrementaban de forma considerables el N:

a) paciente fugador:

Dado que algunos pacientes contaban con múltiples fugas y su correspondiente retorno con pocos días de diferencia (lo cual era considerado como una nueva internación), se decidió no contabilizar dicha situación como nuevo ingreso, exceptuando aquellos casos en los que hubieran transcurrido 30 días entre la fecha de fuga y el nuevo ingreso, considerándolo en esas circunstancias una internación diferente y pasible de ser incluida. Cabe señalar que el criterio de 30 días solo se utilizó en el caso de las fugas, y que si la cantidad de días entre un alta otorgada por el psiquiatra de sala y un nuevo ingreso a sala era inferior a 30 días, igual se contabilizaba como un nuevo ingreso. Consideramos que son situaciones diferentes, la del paciente que se va del hospital porque se fuga, sin mediar un alta, y luego reingresa, a la del paciente que egresa a través del alta médica y al poco tiempo cumple los criterios para ser internado de nuevo. Justamente esa es la problemática que nos interesa estudiar, no la de la fuga, en la que ya inciden otros factores, como el sistema de seguridad y vigilancia del hospital, por ejemplo.

b) paciente con alta por traslado:

Se constató que en varias situaciones se realizan traslados a Hospital General para atender alguna situación médica que no podía ser resuelta en el Hospital Vilardebó. Una vez resuelta, el paciente vuelve, contabilizándose como un nuevo ingreso. A los efectos de este trabajo no lo contabilizamos como tal, y si como un traslado y posterior retorno al hospital. Excluidos los casos comprendidos en ambas categorías se obtuvo el N de la población objetivo (Tabla 5)

Tabla 5

Población de PRF

Año	pacientes	Ingresos*
2013	37	125
2014	32	96
Bienio	63**	221

*número de ingresos luego de depurar fugas y traslados para la población estudiada

** número correspondiente al bienio contabilizando una vez los 6 pacientes repetidos

Del total de 148 casos del bienio estudiado, se depuraron 79 (47 casos del 2007 y 32 del 2014) por las razones anteriormente planteadas, quedando entonces un N final de 69 casos. Dado que se observó que 6 pacientes cumplían con los criterios de inclusión en los dos años estudiados, cuando se consideró el bienio se evitó contabilizarlos dos veces. Por tal motivo para el bienio se consideró un N de 63 pacientes. Por tal motivo, cuando se calculó la distribución porcentual de las distintas variables para el bienio, el total considerado fue 63 pacientes.

4.2) Metodología aplicada en el objetivo específico 1

La información necesaria para la obtención de datos socio demográficos se extrajo a partir de la revisión de las 63 historias clínicas (HC). La misma se corroboró desde el SGA. Como algunos pacientes cuentan con múltiples ingresos a lo largo de varios años, la HC suele ser muy extensa. En los casos en los que los datos cambiaban de una internación a otra, se escogió el criterio de utilizar los datos de la última internación del año estudiado.

Para describir la población objeto de estudio se realizó una categorización de las variables seleccionadas considerando su nivel de medición y una definición operacional la cual toma como referencia varios estudios previos: Giraldez (2015) (que a su vez cita a Lafon & Ronco, 2002, Maruiti et al. 2007, Viola et al. 2008, Fernández 2008, Kawasaki et al. 2010, Londoño et al. 2010, Jansen et al. 2011) y Romano, Trindade, Ricci, Perez (2015) (Tabla 6 y Anexo 1)

Tabla 6.
Variables Sociodemográficas.

Variable	Número de categorías	Nivel de medición
Sexo	2	Nominal
Edad	Rango entre 19 y 66	Discreta
Estado civil	7	Nominal
Nivel educativo	11	Ordinal
Actividad laboral	4	Nominal
Ingreso por subsidio	4	Nominal
Hijos	3	Nominal
Procedencia	3	Nominal
Situación judicial	3	Nominal

La información se incorporó en tablas confeccionadas previamente, obteniendo para cada variable su frecuencia absoluta, frecuencia relativa y porcentaje de presencia en función del año y según sexo. El procesamiento se realizó en utilizando planillas electrónicas y SPSS (versión de prueba, en su versión 15).

4.3) Metodología aplicada en el objetivo específico 2

La información relativa a las características psicopatológicas de los PRF también fue recabada desde las H.C. Para describir la población estudiada se realizó una categorización de las variables seleccionadas considerando su nivel de medición y una definición operacional la cual toma como referencia varios estudios previos: Romano, Trindade, Ricci, Perez (2015) y Giraldez (2015). (Tabla 7 y Anexo 2)

Tabla 7

Variables Psicopatológicas.

Variable	Número de categorías	Nivel de medición
Diagnóstico psicopatológico	11	Nominal
Intento de autoeliminación (IAE)	3	Nominal
Número de IAE	4	Discreta
Consumo de Sustancias psicoactivas y alcohol	3	Nominal
Tipo de sustancia consumida	5	Nominal
Motivo de ingreso última internación	6	Nominal

4.3.1) Consideraciones sobre las variables psicopatológicas.

La variable diagnóstico psicopatológico se consideró según el Principal Grupo de Trastornos (PGT) del CIE10, representándose por año y total según sexo. Se observó cada grupo de trastornos según porcentajes de presencia. También se desagregó cada grupo para estudiar los porcentajes en los que estaba presente cada trastorno. Dicha variable fue considerada en función de:

- consumo de sustancias (determinando la distribución de quienes consumían de acuerdo al diagnóstico principal)
- porcentaje de antecedentes de IAE dentro de cada principal grupo de trastornos – PGT- (tomando cada categoría diagnóstica como un 100%, se determinó la distribución porcentual de los que poseen antecedentes de IAE y los que no). Asimismo, se tomó el grupo de los pacientes con antecedentes de IAE y se observó la distribución porcentual de los diagnósticos dentro del mismo.

La variable consumo de sustancias y/o alcohol fue incluida por constituir un aspecto frecuente del trabajo clínico en el contexto hospitalario actual, además de estar presente en la diversa literatura sobre los PRF, mencionada en los antecedentes del presente trabajo. Así mismo, se consideró relevante recolectar información sobre el tipo de sustancia consumida, y si el consumo involucraba a una o varias sustancias. Si existían datos

diferentes a lo largo de las internaciones, nuevamente aquí se tomó la información de la última internación respecto del año estudiado.

La variable antecedentes de IAE fue estudiada en su porcentaje de ocurrencia y en su relación con:

- diagnóstico asociados
- consumo de sustancias y/o alcohol
- cantidad de IAE (clasificados en menos de 3 y 3 o más intentos para su mejor interpretación)

La variable Motivo de Ingreso se organizó en las siguientes categorías:

- trastorno de conducta (autoagresividad/heteroagresividad)
- episodio depresivo
- episodio maníaco
- síndrome delirante
- otros
- s/d

Para determinar la existencia de asociación entre variables se utilizó el estadístico

Chi² para el siguiente par de variables:

- consumo de sustancias psicoactivas/Principal Grupo de Trastornos
- antecedentes de IAE/ Principal Grupo de Trastornos
- consumo de sustancias psicoactivas / antecedentes de IAE

En todos los casos se consideró un nivel de significación (alfa = 0.05). Se utilizó el SPSS (versión 15 de prueba).

4.4) Metodología aplicada en el objetivo específico 3

Al igual que en el abordaje de los objetivos 1 y 2, para describir la población objetivo desde sus características de contexto socio-familiar, se consideró información registrada en las HC, en función de una serie de variables representativas, considerando su nivel de medición y una definición operacional, tomando como referencia varios estudios que han desarrollado una metodología similar: Romano, Trindade, Ricci, Perez (2015) y Giraldez(2015) (Tabla 8 y Anexo 3)

Tabla 8.

Variables vinculadas al soporte social y familiar

Variable	Nº de categorías	Nivel de medición
Contexto de convivencia	6	Nominal
Situación de calle	3	Nominal
Continencia familiar	3	Nominal

4.4.1) Consideraciones sobre las variables de soporte social y familiar de los PRF

- La variable contexto de convivencia se categorizó tomando como referencia el estudio realizado en el Hospital Vilardebó por Giraldez (2015). Si los datos se modificaban de una internación a otra se utilizaban los referentes a la última internación.

- La variable situación de calle fue estudiada en su porcentaje de ocurrencia y en su relación con el diagnóstico psicopatológico (distribución de los pacientes que se encuentran en situación de calle en función del diagnóstico psicopatológico).

- La variable continencia familiar se recabo en función de información registrada en las H.C. por parte de los distintos integrantes del equipo de sala respecto a la familia y al tipo de vínculo que el paciente mantenía con la misma. Debido a la heterogeneidad de los registros se tomaron en cuenta dos categorías: familia continente y no continente.

- En la columna de observaciones se consignaron aspectos relevantes sobre el área vincular de los pacientes y sobre su biografía.

4.5 Metodología aplicada en el objetivo específico 4

La descripción de los aspectos asistenciales y de tratamiento vinculados al grupo de estudio se realizó en función de una serie de variables representativas que se describen en la tabla 9. Acerca de las mismas se realizan las siguientes consideraciones:

- La información sobre la variable tratamiento farmacológico se extrajo de la base de datos de la Farmacia del Hospital Vilardebó en lo referente a la medicación que les fue indicada a los pacientes con reingreso frecuente al alta de la última internación del año estudiado. Se identificó que pacientes recibieron medicación de depósito.

-La variable edad en la primera internación en Hospital Vilardebó se extrajo de las historias clínicas y las boletas de hospitalización del servicio de admisión. Es un dato de una importancia relativa ya que en algunos pacientes la primera internación en el hospital es a su vez la primera internación en su vida y para otros no.

- La información sobre la variable N° de internaciones en el transcurso de la vida en el Hospital Vilardebó de los PRF se recabó de los datos del SGA y de las boletas de hospitalización que el servicio de Admisión posee. Con ello se contabilizó el número de internaciones de cada caso en el transcurso de su vida, así como la relación entre el número de internaciones totales y la cantidad de años transcurridos desde la primera hospitalización. Por medio de un diagrama se representó el número de internaciones que cada paciente estudiado hubo tenido a lo largo de su vida. Tener en cuenta los patrones de reingreso a lo largo de varios años y no únicamente el número de reingresos en un período de tiempo acotado es un criterio habitual para definir el fenómeno, justamente para tener en cuenta a los pacientes que sostienen un patrón estable de reingresos.

- La variable número de internaciones 2013-2014 para los pacientes que cumplen los criterios de reingreso frecuente para esos años se obtuvo del SGA y de las boletas de admisión.

- La variable estadía hospitalaria total para los años 2013 y 2014 de pacientes con reingresos frecuentes se calculó en base a información desde el SGA y las boletas de hospitalización.

-La variable estadía hospitalaria total para los años 2013 y 2014 de los pacientes con reingresos frecuentes se calculó con planillas electrónicas en base a los datos extraídos del SGA y las boletas de Admisión. Los autores que prefieren el concepto de “heavy user” (citar) al de PRF señalan como dato importante el número de días de internación al año, además del número de ingresos.

- La densidad de los ingresos (Linares, 2002) se calculó a partir del número de internaciones totales para cada paciente y los años transcurridos desde el primer ingreso.

$$\text{Densidad de los ingresos (en cada caso) = } \frac{\text{Nº internaciones (en cada caso)}}{\text{Años transcurridos desde el primer ingreso (en cada caso, hasta el último ingreso de 2014)}}$$

Tabla 9

Variables asistenciales y del tratamiento de los PRF

Variable	Número de categorías	Nivel de medición
Tratamiento farmacológico medicación de depósito	Si/no/sin dato 3 categorías	Nominal
Número de internaciones en el transcurso de su vida en HV		Discreta
Número de internaciones 2013/2014		Discreta
Estadía hospitalaria total para 2013-2014		Continua
Promedio de internaciones (Densidad de los ingresos)		Continua
Edad del primer ingreso en HV	5 intervalos	Discreta

Se realizó una correlación lineal simple (r de Pearson) en función de las variables densidad de los ingresos (promedio de las internaciones) y años transcurridos desde el primer ingreso.

4.6) Metodología aplicada en el objetivo específico 5

El objetivo número cinco consideró comparar, en el bienio 2013-2014, la población de PRF respecto del total de pacientes que ingresaron al Hospital Vilardebó en dicho periodo y que no cumplieron los criterios de reingreso frecuente -No PRF-. La información de pacientes No PRF se recabó desde el departamento de Estadística del centro Asistencial y se cotejó con información incluida en el SGA. Para dicha comparación se confeccionó una planilla electrónica bajo el criterio de inclusión / exclusión respecto de los PRF (Tabla 10).

Tabla 10.

Comparación de los PRF con el resto de los pacientes

Año	PRF	No PRF	Total
2013	37	1143	1180
2014	32	1041	1073

Las variables de comparación del grupo PRF y No PRF fueron las siguientes (Tabla 11):

- edad
- sexo
- diagnóstico psicopatológico

Tabla 10.

Variables comparadas para los PRF y No PRF

variables	Número de categorías	Nivel de medición	observaciones
sexo	2	Nominal	
edad	5 intervalos	Discreta	
diagnóstico	11	nominal	Principal grupo de Trastornos CIE10. Diagnóstico al ingreso

Para realizar esta comparación se consideró el diagnóstico de la última hospitalización de cada año estudiado, en el caso de que los pacientes tuvieran más de un ingreso. Dicha categorización se basó en la guía Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE 10-. Posteriormente se realizó un análisis a la interna de cada principal grupo de trastorno (PGT) y entre los grupos.

Para determinar la existencia de asociación entre variables se utilizó el estadístico Chi² para el siguiente par de variables:

- sexo (masculino/femenino) y grupo (PRF- No PRF)
- Diagnóstico (en función del principal grupo de trastornos) y grupo (PRF-No PRF)

Para el análisis de la distribución porcentual de los diagnósticos en los grupos PRF y no PRF se utilizó la comparación de proporciones (prueba z).

Se consideró un nivel de significación (alfa = 0.05). Se utilizó el SPSS (versión 15 de prueba)

4.7) Aspectos éticos del estudio

Las consideraciones éticas son las relativas al trabajo con seres humanos, en este caso en especiales condiciones de vulnerabilidad. En el presente estudio se trabajó con datos extraídos de las historias clínicas, lo cual implica un respeto por la confidencialidad de la información. El hospital posee una comisión de ética, que previamente aprobó este proyecto antes de ponerlo en práctica. Un aspecto que hace a las consideraciones éticas es la potencial contribución del presente estudio a una mejor atención al paciente psiquiátrico, a través de una contribución al conocimiento de las características de una población especial, la de los pacientes con reingresos frecuentes. Al tratarse de un estudio que recolectó datos de las historias clínicas y no realizó una intervención directa con los pacientes, excluye la posibilidad de tener efectos perjudiciales para los mismos.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

En este capítulo se presentarán los resultados obtenidos ordenados por objetivo específico.

5.1 Resultados del objetivo específico número 1

El objetivo específico número 1 fue describir las características socio demográficas de los PRF.

5.1.1 Población objetivo en función del sexo

Pudo observarse que en ambos años la población femenina fue mayor que la masculina, acentuándose la diferencia en el año 2013, con una relación cercana de 3:1 (Tabla 11) y (Figura 1).

Tabla 11.

Distribución porcentual de los PRF según sexo y año

	Año 2013		Año 2014		Bienio (N =63)	
	Frecuencia.	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Masculino	10	27	12	37.5	22	34,9
Femenino	27	73	20	62.5	41	65,1
Total	37	100	32	100	63	100

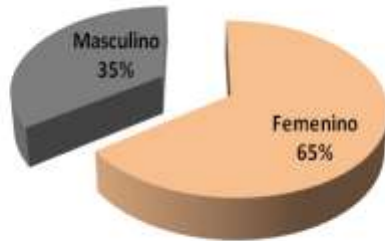


Figura 1. Distribución porcentual de los PRF del bienio según sexo.

Sin embargo, según datos del departamento de estadística del Hospital Vilardebó, tanto en 2013 como en 2014 predominaron los ingresos masculinos por sobre los femeninos, lo que deja de manifiesto las particularidades asistenciales del grupo de estudio.

5.1.2 Edad

La media en la variable edad no presentó variaciones si se comparan los dos años estudiados, superando levemente los 38 años. En cuanto a la moda hay una diferencia de 4 años entre el 2013 y el 2014 (26 y 22 respectivamente). La amplitud de edades es 8 años mayor en 2014. (Tabla 12).

Tabla 12.
Edad en función del año

Año 2013		Año 2014		Bi enio	
N	37	N	32	N	63
Media	38,43	Media	38,53	Media	37,70
Mínimo	22	Mínimo	19	Mínimo	19
Moda	26	Moda	22	Moda	26
Máximo	61	Máximo	66	Máximo	66
Rango	39	Rango	47	Rango	47
Desv. típ	11,871	Desv. típ	13,958	Desv. típ.	12,701
Varianza	140,919	Varianza	194,838	Varianza	161,311
Mediana	37,00	Mediana	34,00	Mediana	35,00

Considerando la edad en función de rangos etarios, pudo observarse un comportamiento similar en 2013 y 2014 (Figura 2). Un hecho relevante a destacar es que casi el 66% de la población estudiada se encontró situada en edades igual o menores a 40 años, lo que permite afirmar características etarias de población relativamente joven.

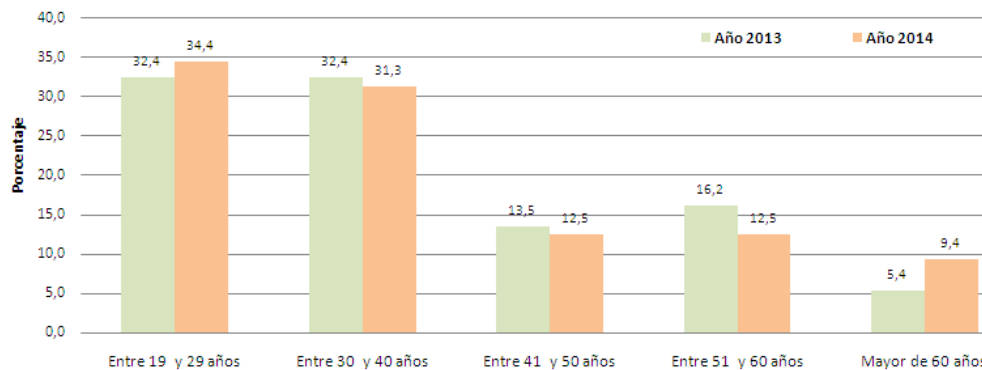


Figura 2. PRF por año según rangos etarios.

De acuerdo a los diagramas de caja para hombres y mujeres pudo observarse que la mediana para estas últimas es 10 años mayor que la observada para los hombres (40 y 30 años respectivamente). El 50% de los datos centrales del diagrama correspondiente al sexo masculino presenta una distancia de 13 años (26-39 años), en cambio dicha distancia para el sexo femenino fue de 23 años (30 a 53 años). La población femenina es más dispersa que la masculina. Se observa que los PRF masculinos son más jóvenes que los femeninos. (Figura 3).

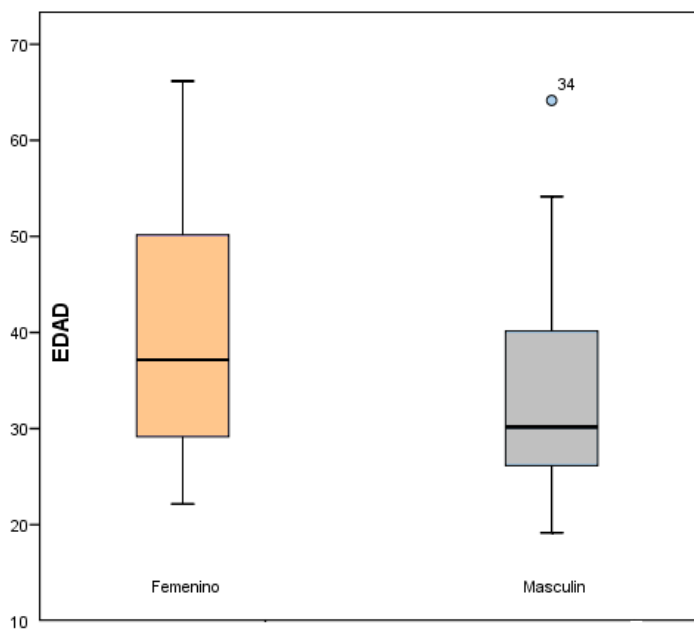


Figura 3- Diagrama de caja de edad en función del sexo en el bienio.

Tabla 13
Estadísticos edad

N	Válidos	63
	Perdidos	0
Media		37,70
Mediana		35,00
Moda		26
Desv. típ.		12,701
Varianza		161,311
Rango		47
Mínimo		19
Máximo		66
Percentiles	25	27,00
	50	35,00
	75	49,00

5.1.3 Procedencia

Del total de PRF para el bienio considerado, la mayoría residen en Montevideo (83%), siendo un 16% del interior y contabilizándose un 1% sin datos. Este comportamiento se mantuvo muy similar tanto para 2013 como para 2014.

5.1.4 Situación Judicial

En cuanto a la situación judicial de los PRF se destaca que la gran mayoría se encuentra en situación de libertad (85.7% del total) existiendo un pequeño porcentaje de población reclusa entre los mismos (Tabla 14)

Tabla 14.
Situación judicial

Año	Libertad	Cárcel
2013	84%	16%
2014	91%	9%
Bienio (N = 63)	85,7%	14.2,%

La distribución por sexos de la población carcelaria correspondiente al bienio fue de 55,5% pacientes de sexo masculino y 44,5% de sexo femenino. No obstante, es preciso señalar el número bajo de personas privadas de libertad (N=9). Si se realiza una comparación con los datos generales del hospital, la población carcelaria ingresada alcanzó un 2.7% en 2014 y un 3.9% en 2013. Al comparar los porcentajes de PRF y de población general del hospital proveniente de cárcel, se pudo determinar que el grupo primero alcanzó porcentajes más altos de población carcelaria que la población general del hospital, incorporándole al análisis de dicho grupo mayores complejidades.

5.1.5 Estado Civil

Al considerar el estado civil de los PRF pudo observarse un alto porcentaje de pacientes solteros, visualizándose dicha situación en los dos años estudiados y acentuado en 2014 (14, 8 puntos porcentuales más que en 2013). En cuanto a la categoría casado, se observó una disminución en 20, 7 puntos porcentuales del 2013 al 2014. El resto de las categorías no presentó grandes variantes de un año a otro (Figura 4) y (Tabla 15). Para el

bienio la distribución porcentual fue la siguiente: solteros 60 %, casados 19%, concubinato 6% divorciado 4%, viudo 2%, separado 9%.

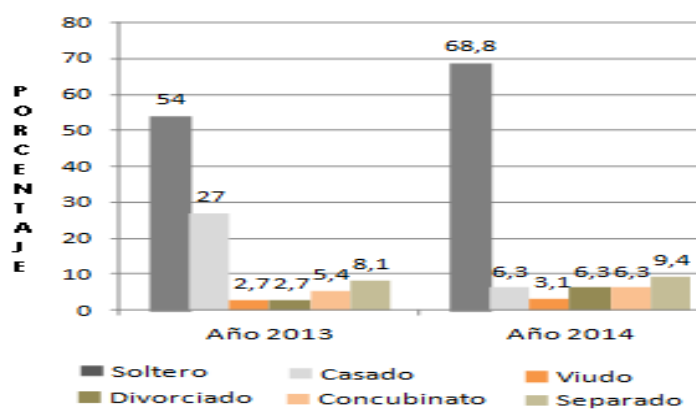


Figura 4. Estado Civil en función del año

Tabla 15.

Estado Civil en función del año y por sexo.

	Hombres 2013	Hombres 2014	Mujeres 2013	Mujeres 2014	Bienio Hombres	Bienio Mujeres
Soltero	70%	83%	48,1%	60%	77,3%	53,7%
Casado	10%	0%	33,3%	10%	4,5%	26,8%
Divorciado	10%	17%	0%	0%	13,6%	0%
Concubinato	0%	0%	7,4%	10%	0%	2,4 %
Viudo	0%	0%	3,7%	5%	0%	7,3 %
Separado	10%	0%	7,4%	15%	4,5%	9,8%

Si se agrupan las categorías soltero, viudo, divorciado y separado, teniendo en cuenta el bienio, el porcentaje se eleva a un 76 % .

5.1.6 Condición de padres

Un porcentaje muy alto de los PRF tenía hijos, situación observada para cada año y para el bienio. (Tabla 16). Las mujeres prácticamente duplican a los hombres en dicho aspecto. (Figura 5).

Tabla 16.
Condición de Padres

	2013	2014	Bienio (N = 63)
Con hijos	73 %	78%	73%
Sin hijos	24%	22%	25,4%
SD	3%	0%	1,6%

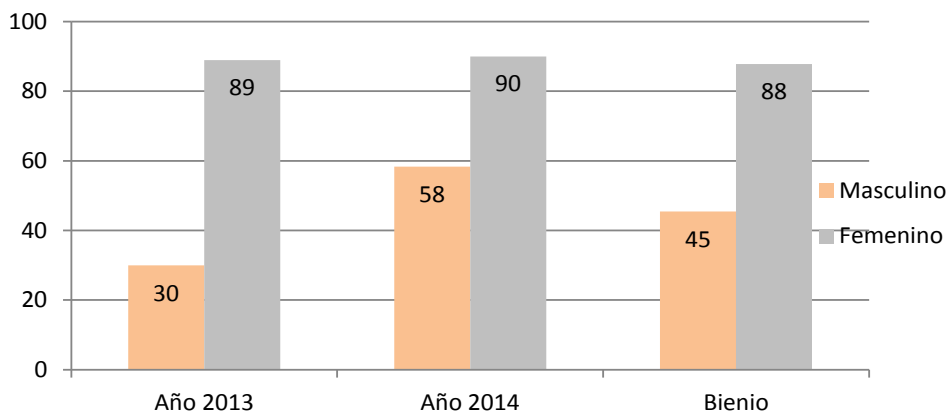


Figura 5. Distribución porcentual de la condición de padres en función del sexo y por año

Cabe señalar que no se recolectó el dato en función de los porcentajes de cuántos pacientes tienen hijos menores y si los mismos están a su cargo. También hubiera sido un dato interesante explorar cuántos viven con sus hijos, o cuántos tiene algún tipo de contacto o carecen de contacto con los mismos. En cuanto al diagnóstico se observó que los pacientes esquizofrénicos de sexo masculino eran los que presentaban menor porcentaje en cuanto a la variable hijos. (Tabla 17)

Tabla 17

Porcentaje de pacientes con hijos de acuerdo al sexo y al diagnóstico

	masculino	femenino
F2x	22%	72%
F6x	25%	94%
F3x	83.3%	100%

5.1.7 Actividad Laboral

Se observó que la brecha entre los pacientes que no trabajan y aquellos que trabajan es muy grande, en favor de los primeros, situación que se dio en ambos años (Tabla 18) y (Figura 6).

Tabla 18.

Actividad Laboral en función del año

Actividad Laboral	Año 2013	Año 2014	Bienio (N = 63)
No trabaja	89,2%	81,3%	86%
Trabajo Formal	5,4%	6,3%	5%
Trabajo Informal	5,4%	12,5%	9%
	100,0	100,0	100,0

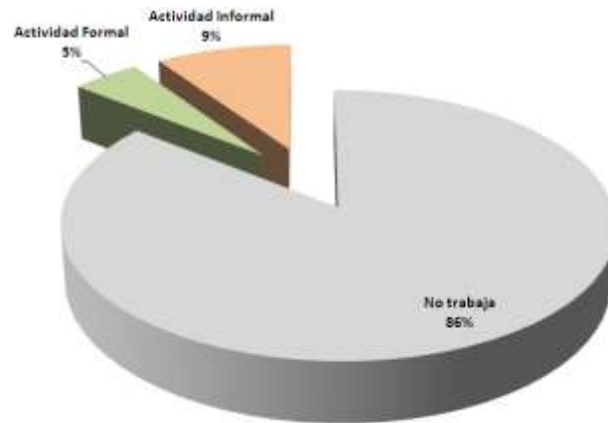


Figura 6. Actividad Laboral.

Dicha situación le da complejidad al grupo estudiado por su grado de dependencia económica y vulnerabilidad en ese sentido. En cuanto a la variable distribuida por sexos, los porcentajes de pacientes que no trabajan para ambos sexos fueron similares, levemente superiores en mujeres. El porcentaje de hombres que trabajan es mayor, predominando el trabajo informal sobre el formal en estos últimos (Tabla 19).

Tabla 19

Distribución por sexos en función de la Actividad Laboral para el bienio.

	Mujeres	Hombres
No trabaja	87.8%	81.8%
Trabajo formal	4,9%	4.5%
Trabajo informal	7,3%	13.6%

5.1.8 Ingreso por Subsidio

Un 50.7% de los PRF percibían subsidio por incapacidad, un 3.1% otro tipo de subsidio y un 42.8 % ninguno, observándose un 3.1% que no se pudo recabar información

(Tabla 20). Este comportamiento se mantiene prácticamente incambiado para los dos años estudiados. Como se señaló en el punto anterior, se trata de una población que parece encontrarse en una alta vulnerabilidad económica.

Tabla 20

Actividad Laboral según Ingresos por Subsidio para el bienio

	Subsidio				Total
	S/dato	Incapacidad	Otro subsidio	No percibe	
No trabaja	0	30 (47.6%)	2 (3.1%)	22(34.9 %)	N =54(85.7%)
Formal	0	0	0	3(4.7%)	N = 3(4.7%)
Informal	2(3.1%)	2 (3.1%)	0	2(3.1%)	N = 6(9.5%)
Total	2(3.1%)	32 (50.7%)	2(3.1%)	27(42.8%)	N Total = 63 (100%)

Un aspecto relevante es que casi un 35 % de los PRF se encuentran sin ningún tipo de ingreso económico, ni por concepto de actividad laboral, ni por concepto de subsidio, lo que sin lugar a dudas potencia la complejidad de dicha población.

5.1.9 Nivel Educativo

La variable Nivel Educativo fue la que más dificultades presentó a la hora de recabar su información de las HC, dado que un 20.6% de los casos no contaba con dicho registro. Este porcentaje se mantuvo estable en los dos años estudiados, lo cual coincide con lo observado por Giraldez (2015). Para no descartar el estudio de dicha variable se trabajó con los 46 casos que si poseían la información. En ese sentido, pudo observarse que el 46% de los pacientes no superaba el nivel Primaria Completa, por lo que se destaca que la población de PRF estudiada posee un nivel de instrucción precario. Al considerar el restante 54% se visualizó que los hombres predominaron en las categorías Ciclo Básico completo y Bachillerato incompleto; en cambio en los niveles superiores a estos predominaron las mujeres (Figura 7).

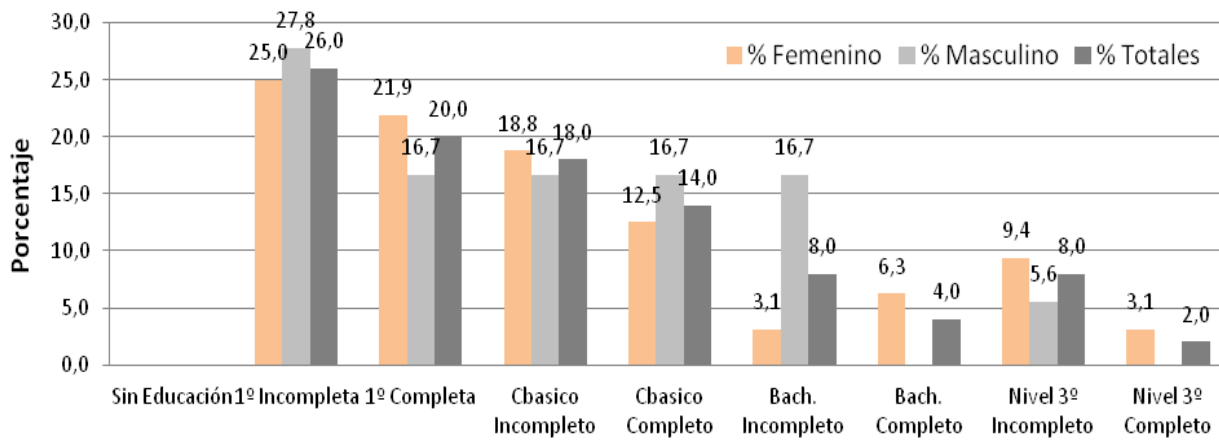


Figura 7. Nivel Educativo según sexo.

5.2 Resultados del objetivo específico número 2

El objetivo específico número 2 fue describir las características psicopatológicas de los PRF.

5.2.1 Diagnóstico psicopatológico

Al observar la distribución de diagnósticos de los PRF en función de cada año se pudo observar un comportamiento similar, con pocos puntos de diferencia entre los Trastornos Afectivos (F3x), los Trastornos de la Personalidad (F6x) y los Trastornos Psicóticos (F2x) (Figura 8), hecho que también pudo visualizarse al considerar el bienio, observándose que los grupos diagnósticos F6x, F2x y F3x presentaron porcentajes similares (33, 32 y 30 respectivamente) (Figura 9.).

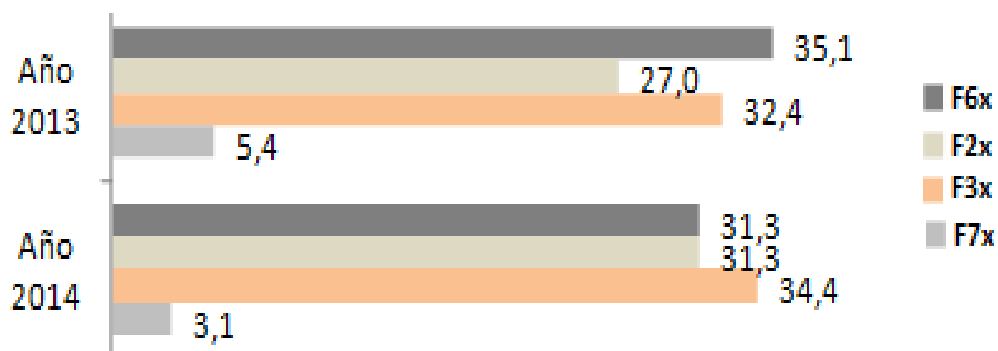


Figura 8. Distribución porcentual de los diagnósticos psicopatológicos según el año.

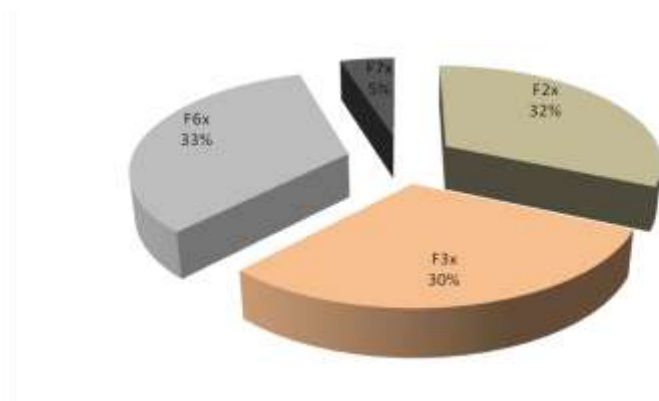


Figura 9. Distribución porcentual de los diagnósticos psicopatológicos en el bienio,

En cuanto a la prevalencia pudo observarse que en 2013 predominó el grupo F6x y en 2014 el grupo F3x. Cabe señalar que siendo el grupo F2x el más prevalente en la población general internada a lo largo de los años, el mismo no predominó en la población de PRF en ninguno de los dos años, lo que pone en evidencia su comportamiento diagnóstico particular. De todas formas su porcentaje aumentó en 4.3 puntos de un año a otro.

Cabe señalar también que los pacientes que presentaron Trastornos por Consumo de Sustancias y/o Alcohol, no contaban con este diagnóstico como diagnóstico principal, por lo que no fue incluido en la tabla de Principales Grupos de Trastornos -PGT-. De todas formas se consideró la variable consumo de sustancias y/o alcohol por separado. Al desagregar los PGT en sus diagnósticos específicos, se visualizó poca variedad (Tabla 21).

Tabla 21.

PGT en función de sus diagnósticos específicos

PGT	Diagnóstico específico		
F3x	F31 80%	F32 10%	F33 10%
F6x	F60 100% (equivalen al Grupo B del DSMIV 62% Límite, 38% Antisocial)		
F2x	F20 100%		
F7x	F70 50 %	F71 50 %	

5.2.2 Diagnóstico según sexo

Al considerar el diagnóstico en función del sexo y para el bienio, la población masculina presentó una marcada prevalencia el grupo de F2x (Trastornos Psicóticos, compuesto en su totalidad por pacientes esquizofrénicos), mientras en la población femenina prevaleció el grupo de F6x (Trastornos de la Personalidad); a su vez, tanto para

los hombres como para las mujeres el grupo F3x (Trastornos Afectivos) quedo en segundo lugar (Tabla 22).

Tabla 22.

Distribución porcentual de los diagnósticos en función del sexo para el bienio

N = 63		PGT			
		F2x	F3x	F6x	F7x
Sexo	Femenino	55% (11)	68% (13)	76%(16)	33% (1)
	Masculino	45% (9)	32% (6)	24% (5)	67%(2)

En términos generales la comparación entre años de los diagnósticos muestra mayor heterogeneidad en los hombres que en las mujeres (Figura 10).

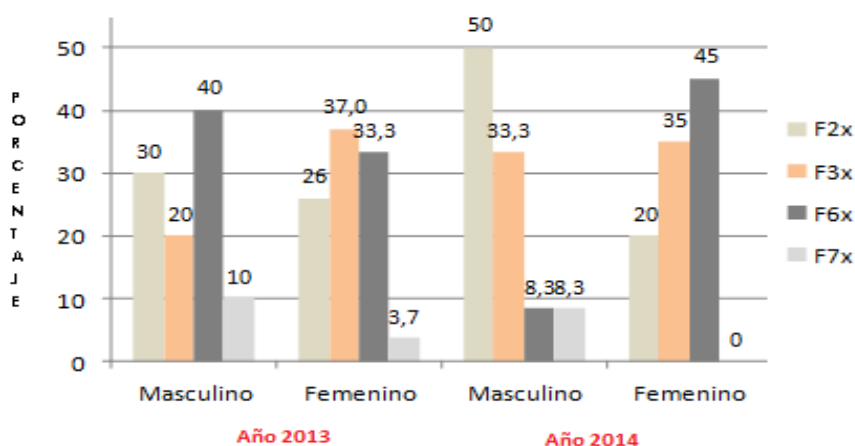


Figura 10. Diagnóstico psicopatológico según año y por sexo.

A la interna de cada PGT se visualizó lo siguiente:

Trastornos Afectivos: Se observó un porcentaje similar para las mujeres en los dos años (37% y 35%), apreciándose para los hombres una diferencia de 13,3 puntos porcentuales, aumentando en 2014.

Trastornos Psicóticos: El porcentaje para las mujeres fue similar en los dos años (26 % y 20 %), observándose un comportamiento diferencial en los hombres de 20 puntos porcentuales, llegando a un 50% en 2014.

Trastornos de la Personalidad: Es el PGT en donde se visualizó la diferencia más pronunciada en hombres (32 puntos porcentuales de un año a otro), siendo dominante en 2013 y el de menor porcentaje en 2014 (en el mismo nivel que el PGT F7x). En las mujeres esta diferencia fue mucho menos pronunciada de un año a otro (12 puntos porcentuales).

Retraso Mental: El caso del PGT F7x debe tener en cuenta que los porcentajes muestran cuando aparece como diagnóstico principal (2 casos en 2013 y 1 en 2014), pero hay 3 casos más por año si lo tomamos como diagnóstico secundario, lo que eleva los porcentajes a 9.3 puntos en 2014 y 8.1 puntos en 2013.

En cuanto a Patología Dual encontramos 33 casos de los 63 estudiados y como se señaló anteriormente, el grupo de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas no fue codificado como diagnóstico principal en ninguno de los casos.

Una atención especial merecen los 6 pacientes que cumplieron los criterios para PRF los 2 años estudiados, en su totalidad del sexo femenino, siendo 3 con diagnóstico de F31, 1 con diagnóstico F33 y 2 con diagnóstico F60. Este hecho sigue subrayando la prevalencia femenina y la distribución de los diagnósticos entre los Trastornos Afectivos y Trastornos de la Personalidad para las mujeres, entre las que podríamos señalar como las pacientes con reingresos frecuentes más graves del bienio (Ver detalles en Anexo 6).

5.2.3 Motivo de ingreso

Los motivos de ingreso predominantes fueron los trastornos de conducta (sobre todo la heteroagresividad) seguido del síndrome delirante y episodio maníaco (Tabla 23)

Tabla 23
Motivo de Ingreso.

Motivo de Ingreso	N = 63	%
Trastorno de conducta:	31	49.2%
Autoagresividad	6	19.4% (9.5% del total)
Heteroagresividad	25	80.6% (40% del total)
Episodio depresivo	4	6.3%
Episodio Maníaco	10	15.8%
Síndrome Delirante	15	23.8%
S/D	3	4.7%

Observado los principales motivos de ingreso de los PRF en relación al diagnóstico, se visualizó que un 62 % de los F6x ingresaron por heteroagresividad, mientras que un 23.8% lo hizo por autoagresividad; de los F2x, el 50% ingresó por trastornos de conducta (en su mayoría heteroagresividad) y el restante 60% lo hizo por síndrome delirante; mientras que de los F3x, el 57.8 % lo hizo por episodio maníaco y el 16% por episodio depresivo mayor.

5.2.4 Consumo de Sustancias

Considerando el bienio, se observó que poco más de la mitad de los PRF presentó consumo de sustancias psicoactivas y/o alcohol (Tabla 24), siendo un dato importante por las repercusiones negativas que tiene el consumo en el curso evolutivo de la enfermedad, en la interacción con el tratamiento farmacológico y en las dificultades en la adherencia al mismo.

Tabla 24

Consumo de Sustancias en función del año

	N	Año 2013	Año 2014
Consume	35	43%	59%
No consume	34	57%	41%

En 2013 predominó el porcentaje de pacientes que no consumía (57%), situación que en 2014 se dio a la inversa (41%). Al considerar los 63 pacientes involucrados en el estudio y para el bienio, pudo observarse que el 52% de los PRF consumía (Figura 11). Si se compara con los datos generales del hospital se observa que los diagnósticos F19 y F10 (asociados a consumo específico), tomados como diagnóstico principal, alcanzan el 6.7 % en 2014 y 10.7 % en 2013. Al contabilizarse solo como diagnóstico principal, tal como se realiza actualmente en los indicadores asistenciales del centro, quedan invisibles los casos de patología dual y de consumo de sustancias como diagnóstico secundario.

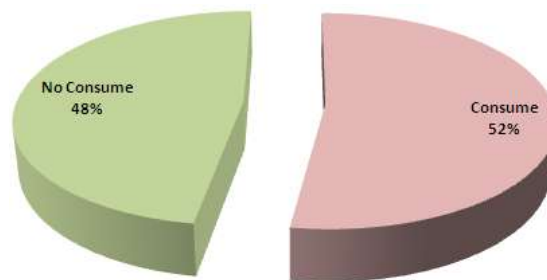


Figura 11. Distribución porcentual del consumo de sustancias psicoactivas en el bienio

La sustancia más consumida fue la PBC, seguida del alcohol, marihuana y cocaína respectivamente (Figura 12).

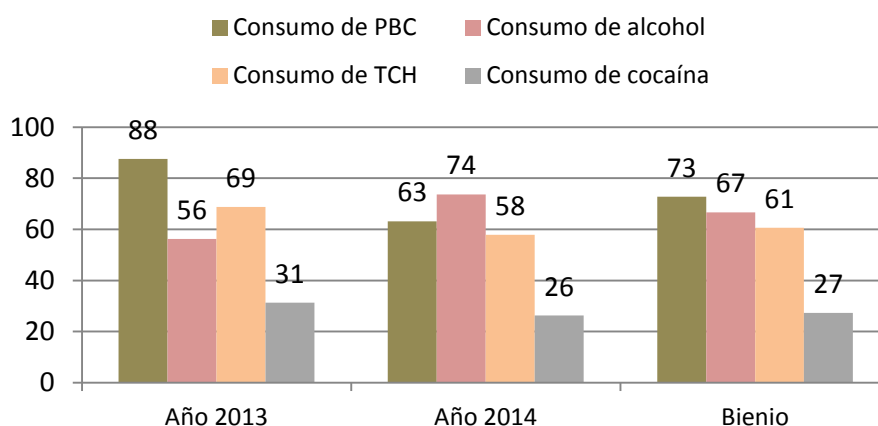


Figura 12. Distribución de los PRF en función del año y el tipo de consumo.

Los porcentajes graficados incluyeron la distribución del consumo de cada sustancia, por lo tanto si el mismo paciente consumía más de una sustancia, era contabilizado para cada una de las sustancias consumidas. De lo anterior se desprende que un mismo paciente podía estar incluido en todas las categorías. Por su parte, el 32.4% de los PRF presentó consumo de 2 o más sustancias en 2013, ascendiendo este valor al 46.8% en 2014, lo cual refleja la grave problemática del consumo en esta población (Tabla 25).

Tabla 25.
Policonsumo de Sustancias.

Sustancias	Frecuencia 2013	%	Frecuencia 2014	%
3 o más	6	16.2	6	18.7
2	6	16.2	9	28.1

Al considerar el total de los PRF consumidores de sustancias en función del Principal Grupo de Trastornos (PGT), pudo observarse que los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad representaron el 55%, de los consumidores, muy por encima de los pacientes portadores de trastornos psicóticos y de los trastornos afectivos. (Figura 13).

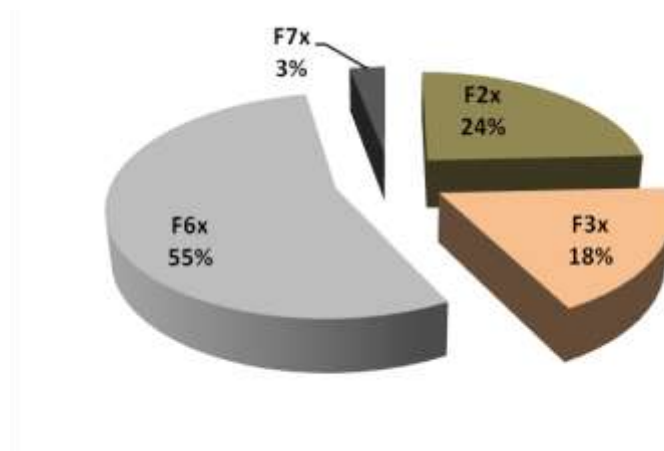


Figura 13. PRF consumidores según Principal Grupo de Trastornos (PGT), N = 63.

Habiendo considerado cada Principal Grupo de Trastornos como un 100%, en función de consumo / no consumo se observó que el PGT F6x (Trastornos de la Personalidad) fue quien presentó los mayores porcentajes de consumo, superando el 85 % (Figura 13).

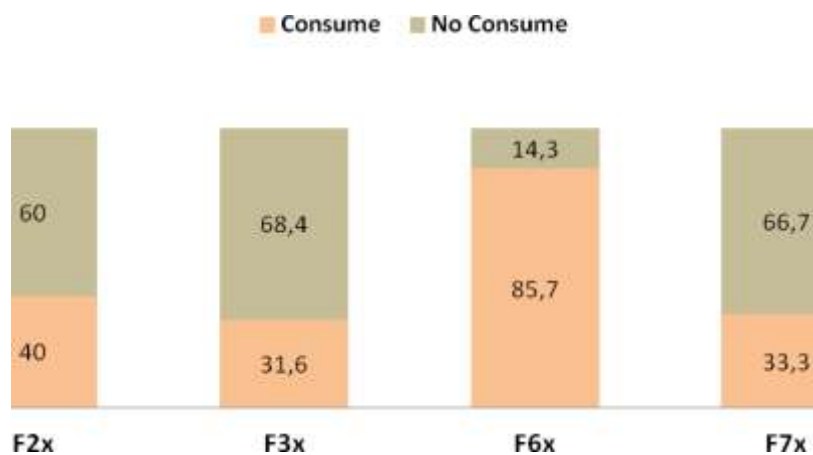


Figura 14. PGT según porcentajes de Consumo / No Consumo de Sustancias (Bienio)

El estudio de las variables diagnóstico (principal grupo de trastorno -PGT) y consumo de sustancias en función del estadístico Chi² se realizó considerando un alfa 0,05 (nivel de

significación). Se consideró para dicho Test un N igual a 60, excluyendo los pacientes con diagnóstico de F70 por tratarse de muy pocos casos (N=3). (Tabla 26)

Tabla 26

Tabla de contingencia diagnóstico/consumo de sustancias psicoactivas

		Consumo	
		NO	SI
		Column N %	Column N %
Diagnostico	F2	42,9%	25,0%
	F3	46,4%	18,8%
	F6	10,7%	56,3%
	Total	100,0%	100,0%

Tabla 27

Chi² diagnóstico y consumo de sustancias psicoactivas

Pearson Chi-Square Tests

		Consumo
Diagnostico	Chi-square	13,888
	df	2
	Sig.	,001 [*]

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

Siendo el valor del estadístico hallado menor a alfa 0.05, se verifica que las variables consumo de sustancias y diagnóstico psicopatológico se encuentran asociadas. ($X^2=13.88$, $p= 0.001$). (Tabla 27)

5.2.5 Antecedentes de Intento de Autoeliminación.

Pudo observarse que un 62 % de los PRF había realizado algún intento de autoeliminación -IAE- en su vida. Dicho porcentaje que se mantuvo estable en los dos años estudiados (Figura 15). Un 43% de los PRF presentaba antecedentes de 3 o más IAE.

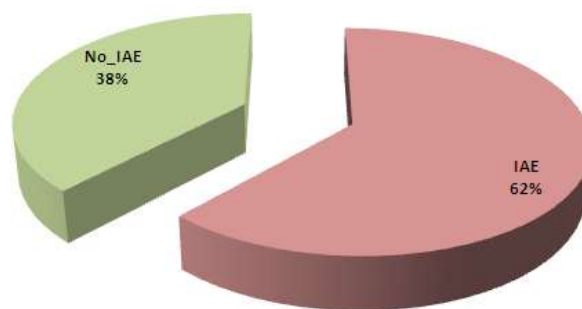


Figura 15. Distribución porcentual de los IAE en el bienio.

Al considerar los pacientes con antecedentes de IAE en función del diagnóstico pudo observarse que el comportamiento para cada año fue similar, predominando los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad, seguido por los trastornos afectivos (Figura 16). De los pacientes con 3 o más IAE, el 60% tenía diagnóstico de trastorno de la personalidad.

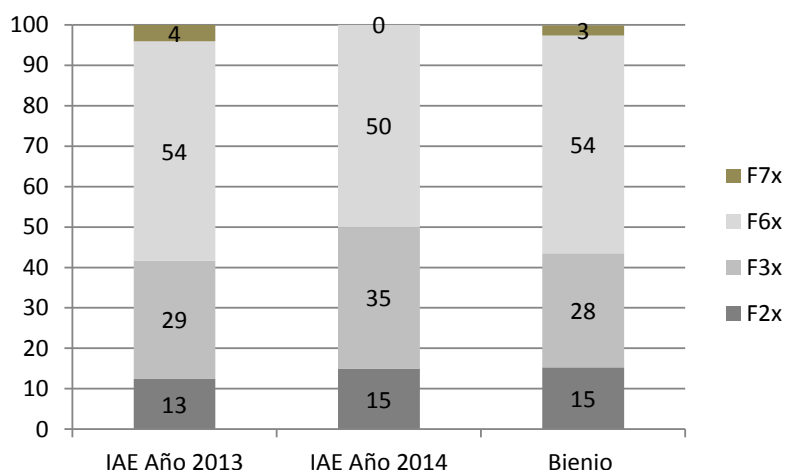


Figura 16. Distribución porcentual de los pacientes con IAE según diagnóstico por año.

También se realizó un análisis a la interna de cada grupo de trastornos, observando los porcentajes de sujetos que realizaron IAE, siendo los siguientes: el 100% de pacientes con trastornos de la personalidad presentó antecedentes de IAE, seguidos por los trastornos afectivos con un 58%, y aquellos con retraso mental y trastornos psicóticos con un 33% y 30% respectivamente. Dichos porcentajes son similares para los dos años estudiados, con la excepción de los pacientes con retraso mental (Tabla 28)

Tabla 28

Porcentaje de IAE en función de diagnóstico, por año

		AÑO			
		2013		2014	
		IAE	No IAE	IAE	No IAE
PGT	F2x	3 = 30%	7 = 70%	3 = 30%	7 = 70%
	F3x	7 = 58,3%	5 = 41,7%	7 = 63,6%	4 = 36,4%
	F6x	13 = 100%	0	10 = 100%	0
	F7x	1 = 50%	1 = 50%	0	1 = 100%

Se estudió la asociación entre las variables “antecedentes de intento de autoeliminación” y “diagnóstico” (principal grupo de trastornos) en función del estadístico Chi², considerando un alfa de 0,05 (nivel de significación). Se considero para dicho test un N = 60, debido a que se excluyeron los 3 casos con diagnóstico F7x. (Tabla 29)

Tabla 29

Tabla de contingencia diagnóstico/IAE

		IAE	
		NO	SI
		Column N %	Column N %
Diagnostico	F2	63,6%	15,8%
	F3	36,4%	28,9%
	F6	0,0%	55,3%
	Total	100,0%	100,0%

Tabla 30
Chi 2 IAE-Diagnóstico

Pearson Chi-Square Tests

		IAE
Diagnostico	Chi-square	21,969
	df	2
	Sig.	,000*

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

Se encontró una asociación entre el diagnóstico psicopatológico y los antecedentes de IAE (p=.000, inferior a 0.05, X²= 21.969). (Tabla 30)

5.2.6 IAE y consumo de sustancias psicoactivas y/o alcohol

Del total de pacientes que presentaron IAE un alto porcentaje (64.1%) presentó consumo de sustancias y/o alcohol (Figura 15). Los resultados fueron homogéneos para los dos años estudiados, siendo los porcentajes de pacientes con antecedentes de IAE que presentaron consumo de un 58.3% en 2013 y un 65% en 2014.

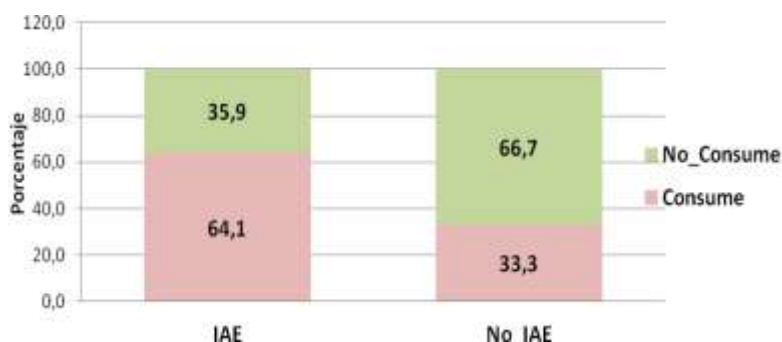


Figura 17. Población en función de IAE según Consumo / No Consumo en el bienio.

La sustancia de consumo que predominó entre los paciente con IAE fue la PBC (48.7%), seguido por el THC (41%), el OH (41%), y la cocaína (18%).

Se estudió la asociación entre el consumo de sustancias y los antecedentes de intento de autoeliminación. El estudio de las variables en función del estadístico χ^2 se realizó considerando un alfa 0,05 (nivel de significación). Se consideró para dicho Test N=63. Tabla 31

Tabla 31

Tabla de contingencia IAE/CONSUMO

		Consumo	
		NO	SI
		Column N %	Column N %
IAE	NO	53,6%	21,9%
	SI	46,4%	78,1%
	Total	100,0%	100,0%

Tabla 32

Chi² IAE-Consumo de sustancias psicoactivas

Pearson Chi-Square Tests

		Consumo
IAE	Chi-square	6,461
	df	1
	Sig.	,011*

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

Se encontró una asociación entre las variables “antecedentes de intento de autoeliminación” y “consumo de sustancias” (Chi cuadrado=6.641 con p=0.011, menor a alfa 0,05) Tabla 32

5.3 Resultados del objetivo específico número 3

El objetivo específico número 3 fue describir los aspectos vinculados al soporte social y familiar de dicha población.

5.3.1 Contexto de convivencia

Al considerar el bienio pudo observarse que el 60% de los PRF vivía con su familia o pareja, situación que podría considerarse un factor protector en relación al riesgo de reingreso, situación acentuada en 2013. Un porcentaje menor lo hacía en cárcel (14%), casas de salud (8%), entre otros (Figura 18 y Figura 19)

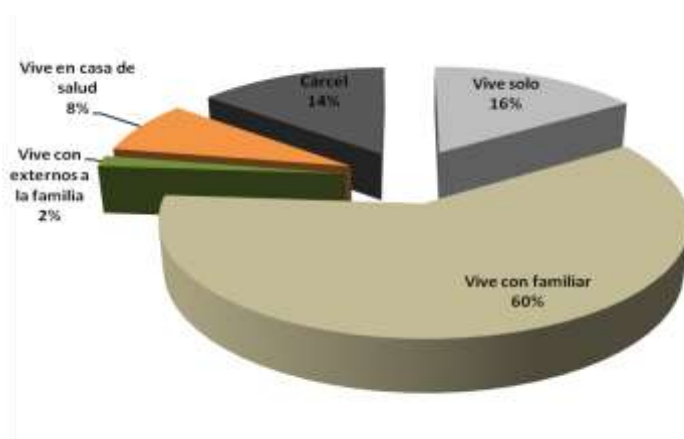


Figura 18. Contexto de Convivencia según bienio, N 63.

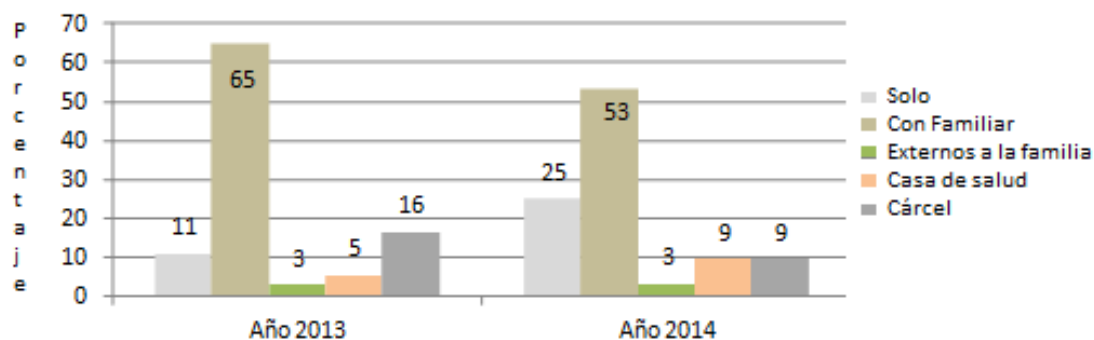


Figura 19. Contexto de Convivencia por año.

Si la variable se estudia en función del sexo (Tabla 33), pudo observarse un mayor porcentaje de mujeres que viven con su familia, en relación a los hombres (casi 16 puntos porcentuales de diferencia) y también las mujeres que viven solas, aunque la diferencia con respecto a los hombres es menor (3.5%). Por su parte el porcentaje de la población masculina de PRF que se encuentra en casas de salud es superior a la femenina, casi triplicándolo. La situación es similar para los PRF provenientes de cárcel, donde los hombres superan a las mujeres en un 12.9 %.

Tabla 33.
Contexto de Convivencia según sexo., N 63

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Contexto Conviv.	Vive solo	17,1%	13,6%	15,9%
	Con familiar	65,9%	50,0%	60,3%
	Con externos a la familia	2,4%	0%	1,6%
	Casa de salud	4,9%	13,6%	7,9%
	Cárcel	9,8%	22,7%	14,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al considerar dicha variable en función del diagnóstico (Tabla 34), se encontró que los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad presentaron valores porcentuales similares entre los provenientes de cárcel y quienes vivían con su pareja o familia. La situación de los pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico fue diferente, ya que el 85% vivía con su familia y en segundo lugar en casas de salud, siendo los que mayor porcentaje tuvieron de vivienda en casa de salud. Los PRF incluidos en el grupo de los trastornos afectivos en su mayoría vivía con la familia o pareja (63,2%) aunque en menor porcentaje que los trastornos psicóticos (22 puntos porcentuales de diferencia), aumentando los que viven con externos a su familia y solos (5.3%). Si bien los pacientes con retraso mental se encontraron en mayor porcentaje privados de libertad, no debemos olvidar su bajo número (3 pacientes).

En la columna de observaciones se consideraron situaciones especiales que se encontraban jerarquizadas en la historia clínica, como la convivencia con un familiar de edad

avanzada (generalmente la madre), o un familiar o referente portador de trastorno psiquiátrico o consumo de sustancias psicoactivas y/alcohol. Esta situación se observó aproximadamente en el 10% de los casos y será analizada en el capítulo en la discusión de los resultados.

Tabla 34

Contexto de Convivencia según PGT (Bienio)

			PGT				Total
			F2x	F3x	F6x	F7x	F2x
Contexto de Convivencia.	Vive solo	% de PGT	5,0%	21,1%	23,8%	0%	15,9%
	Con algún familiar	% de PGT	85,0%	63,2%	38,1%	33,3%	60,3%
	Externos a la familia	% de PGT	0%	5,3%	0%	0%	1,6%
	Casa de salud	% de PGT	10,0%	10,5%	4,8%	0%	7,9%
	Cárcel	% de PGT	0%	0%	33,3%	66,7%	14,3%

5.3.2 Características de la familia

Si bien la mayoría de PRF vivían con sus familias, cuando se observó las características de la misma desde el punto de vista de la continencia, según fue consignado en la Historia Clínica por el equipo de sala, se encontró que el 73% de los pacientes provenía de hogares descriptos como no continentes (Figura 20), porcentaje que permaneció homogéneo para cada año estudiado, 76% en 2013 y 72% en 2014.

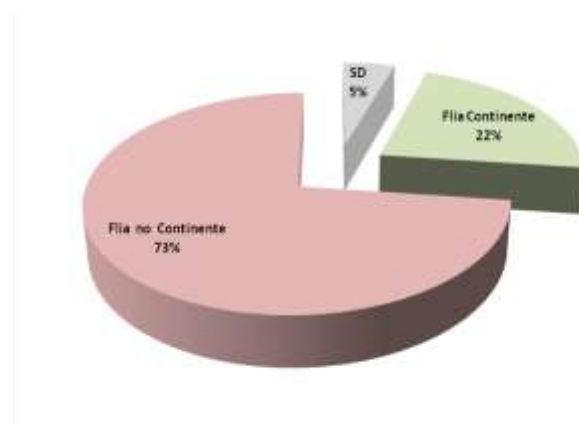


Figura 20. Continencia familiar (bienio).

Este fenómeno debe ser contemplado en su vinculación con los trastornos de conducta de los pacientes (presentes en el 46% del total) y sobre todo la heteroagresividad hacia la familia, que estaba especialmente consignada en el 20.6% de los casos (13 casos en 63). En casi un tercio de las situaciones familiares señaladas como no continentales, existían referencias en la historia clínica de heteroagresividad hacia la familia.

5.3.3 Situación de calle

Se observó que el porcentaje de pacientes que está en situación de calle aumenta 17 puntos del 2013 al 2014 (Tabla 35).

Tabla 35.
Situación de calle según año.

	Año 2013	Año 2014	Bienio,
	N = 37	N = 32	N total 63
Situación de calle	11%	28%	17,5%

Considerando el bienio, el 46% pertenece al grupo de los Trastornos de la Personalidad, el 36% de los Trastornos Afectivos y un 18% a los Trastornos Psicóticos (Figura 21).

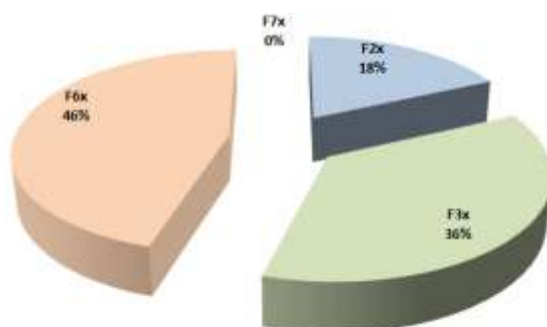


Figura 21. Situación de calle según PGT en el bienio

Estos porcentajes no fueron homogéneos al observarlos por año, exceptuando los Trastornos de la Personalidad, que poseen un alto porcentaje para los dos años (Figura 22).

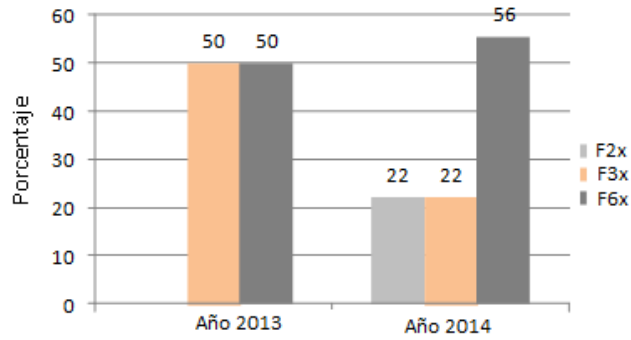


Figura 22. Situación de calle según PGT por año.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas y /o alcohol, se encontró que un 81.8% de los pacientes en situación de calle lo presentaron.

5.4 Resultados del objetivo específico número 4

El objetivo específico número 4 fue describir aspectos asistenciales y de tratamiento vinculados al grupo de estudio.

5.4.1 Tratamiento Farmacológico

Se destaca que 14 pacientes recibieron medicación de depósito en 2013 y 17 en 2014 lo que representa un 49% de la población estudiada.

5.4.2 Número de internaciones en el transcurso de la vida

Se estudió la cantidad de internaciones en el transcurso de la vida de los PRF para observar si la hospitalización múltiple constituía un hecho aislado o un patrón estable a lo largo del tiempo. Pudo observarse un promedio similar para cada año y una distancia entre el mínimo y el máximo de gran amplitud (Tabla 36).

Tabla 36

Número de internaciones en el transcurso de su vida

Año	Máximo	Mínimo	Promedio
2013	67	3	17
2014	67	3	19
Total	67	3	18

Se observó que 4 pacientes únicamente cumplieron el criterio en el año de estudio y que no presentan una conducta de PRF sostenida en el tiempo, contando únicamente con tres internaciones a lo largo de su vida. Sería interesante observar si en los años futuros mantienen o no el patrón de reingreso frecuente.

5.4.3 Número de internaciones en función de rangos etarios

El promedio de edad para la primera internación fue de 27 años, observándose una mediana y moda a los 25 años, con una edad mínima de 16 años y una máxima de 54. Si se analiza el promedio de internaciones que tuvieron los PRF a lo largo de su vida según rangos etarios, el mayor valor se observó en mayores de 60, alcanzando un promedio de 30 internaciones lo cual podría explicarse por el hecho de tener más años vividos (Figura 23)

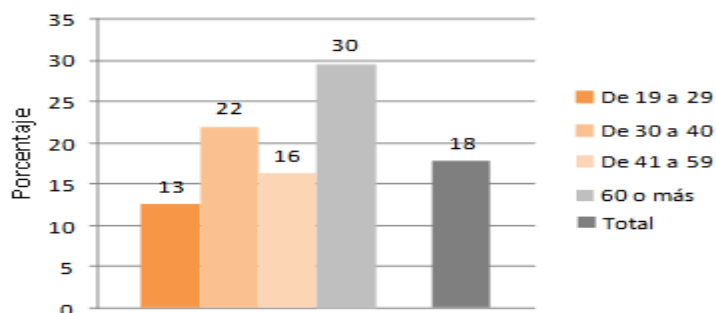


Figura 23 Promedio de ingresos según rangos etarios

De todas formas no se aprecia un aumento progresivo del número de internaciones de acuerdo al aumento de la edad, ya que el segundo rango con mayor promedio es el de 30 a 40 años con 22 internaciones promedio.

5.4.4 Número de internaciones de acuerdo al sexo y diagnóstico psicopatológico

Se observó que las mujeres poseían un mayor promedio de internaciones que los hombres, 20 y 13 respectivamente (el número de internaciones incluye las fugas, ya que al contabilizar el total de las hospitalizaciones en la historia de un paciente es imposible depurarlas porque los datos sobre las fugas se encuentran incompletos). A su vez, los PRF del grupo de los Trastornos Afectivos fueron quienes presentaron el mayor promedio de internaciones en el transcurso de su vida, seguido por los Trastornos de la Personalidad y el Trastornos Psicóticos (Tabla 37).

Tabla 37
Promedio de Internaciones según diagnóstico

PGT	Promedio de internaciones a lo largo de la vida
F3x	21
F6x	18
F2x	17
F7x	4

También pudo observarse que el promedio de internaciones aumenta en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, si es que lo comparamos con los que no consumen (Figura 24).

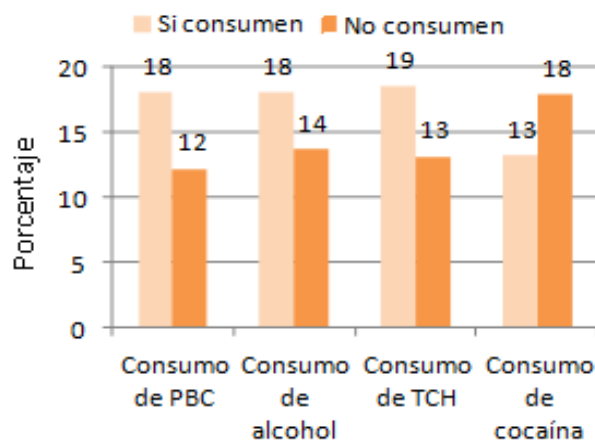


Figura .24 Promedio de Internaciones según consumo/ no consumo

5.4.5 Densidad de los ingresos

Se consideró para ello la información concerniente a los 63 pacientes del bienio estudiado (se depuraron los pacientes que se repetían los dos años, contabilizándolos una sola vez). A partir de ello se calculó un promedio de ingresos (densidad de los ingresos) dado por:

$$\text{Promedio de ingresos (en cada caso)} = \frac{\text{Nº internaciones total (en cada caso)}}{\text{Años transcurridos desde el primer ingreso (en cada caso, hasta el último ingreso de 2014)}}$$

Pudo observarse que quienes presentaron ingresos promedios anuales entre 0 y menor a 1 fueron tan solo el 11,1% del conjunto considerado. Así mismo, quienes presentaron más de 3 internaciones promedio anuales representaron la clase con mayor porcentaje (34,9%). (Tabla 38).

Tabla 38.
Internaciones promedio según años transcurridos desde primer ingreso

Rangos de Ingresos /año	Frecuencia	Porcentaje
[0 - 1)	7	11,1
[1 - 2)	15	23,8
[2 - 3)	19	30,2
[3 y más	22	34,9
Totales	63	100

Ahora bien, al correlacionar los años en que viene ingresando dicha población de PRF en función del promedio de internaciones hallado anteriormente, pudo determinarse un coeficiente de correlación de Pearson $r = - 0,44$, significando este hecho que con el transcurso de los años el promedio de internaciones sobre dicha población tiende a decrecer y que la variable años transcurridos desde el primer ingreso explicaría dicho patrón solo en un 20% (Figura 25).

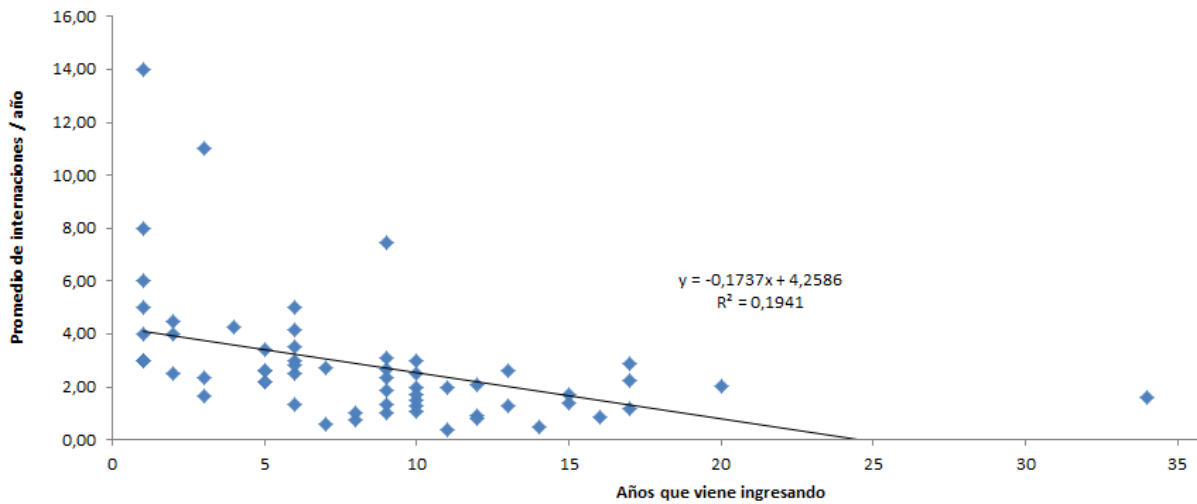


Figura 25 Coeficiente de Pearson: Años desde el primer ingreso en función del promedio de Internaciones.

5.4.6 Años transcurridos desde la primera internación en función de los Principales Grupos de Trastornos (PGT)

Pudo observarse que en las categorías que incluyen menos de dos internaciones anuales predominaron los trastornos psicóticos, mientras que en las que consideran promedios anuales de 2 predominaron los trastornos de personalidad. (Tabla 39 y Tabla 40).

Tabla 39.

Hospitalizaciones promedio según diagnóstico (frecuencias)

Principales Grupos de Trastornos							
Rangos	F20	F31	F32	F33	F60	F71	Totales
[0 - 1)	4	1	0	1	1	0	7
[1 - 2)	8	5	0	1	1	0	15
[2 - 3)	4	5	1	0	8	1	19
[3 y más	3	4	1	0	12	2	22
Totales	19	15	2	2	20	3	63

Tabla 40

Hospitalizaciones promedio según diagnóstico (porcentajes)

Rangos	F20	F31	F32	F33	F60	F71	Totales
[0 - 1)	57,1%	14,3%	0,0%	14,3%	14,3%	0,0%	100%
[1 - 2)	53,3%	33,3%	0,0%	6,7%	6,7%	0,0%	100%
[2 - 3)	21,1%	26,3%	5,3%	0,0%	42,1%	5,3%	100%
[3 y más	13,6%	18,2%	4,5%	0,0%	54,5%	9,1%	100%

Si se observa la distribución de los diagnósticos en función de la cantidad de años transcurridos desde la primera internación, encontramos que los F2x en su mayoría (73%) superaban los 12 años transcurridos desde la primera internación en el hospital Vilardebó, mientras que los F3x (48 %) en mayor proporción se encontraban entre los 9 a 12 años desde la primera internación; por último entre los F6x (44 %) predominaron los que tenían de 1 a 5 años desde el primer ingreso.

5.4.7 Estadías acumuladas.

Las estadías acumuladas en 2013 y 2014 para los PRF fueron de 10.539 días de internación. El número total de internaciones para los PRF fue de 293, determinándose una estadía promedio por internación de 36.3 días. Cabe señalar que la estadía promedio en el 2013 para el hospital fue de 59,7 días y de 72.8 días en 2014 (Departamento de Estadística, 2015), lo que indica que los PRF tienen en promedio internaciones de menor duración, lo que tal vez se explique por la alta frecuencia. Si observamos las estadías de los PRF en función de los diagnósticos, pudo determinarse que los trastornos psicóticos y los trastornos de personalidad presentaron estadías similares (173 días), de igual forma que los trastornos afectivos y los pacientes con retraso mental (155 días) (Tabla 41). Cabe agregar que un día de internación asciende a 3.658 pesos uruguayos, valor al 31-12-2014.

Tabla 41.

Estadías según diagnóstico

PGT	Estadía acumulada	Frecuencia	Estadía promedio
F2x	3296	19	173,4
F3x	2958	19	155,7
F6x	3819	22	173,5
F7x	466	3	155,3
Totales	10539	63	167,7

5.4.8 Edad de la primera internación en el Hospital Vilardebó

Se estudió la variable edad en función del diagnóstico observándose los siguientes valores para la media: retraso mental 25 años, trastornos de la personalidad 30 años, trastornos psicóticos 39.8 años y trastornos afectivos 46.1 años.

Asimismo se consideró la edad de la primera internación según el diagnóstico, observándose los siguientes resultados: trastornos de la personalidad 23 años, retraso mental 24 años, trastornos psicóticos 25 años y trastornos afectivos 36 años.

La variable edad de acuerdo al sexo y al diagnóstico se visualiza con claridad en el diagrama de la figura 26. La población más joven es la de los pacientes con trastornos de la personalidad, especialmente los hombres. Asimismo este grupo presentó la menor edad del primer ingreso.

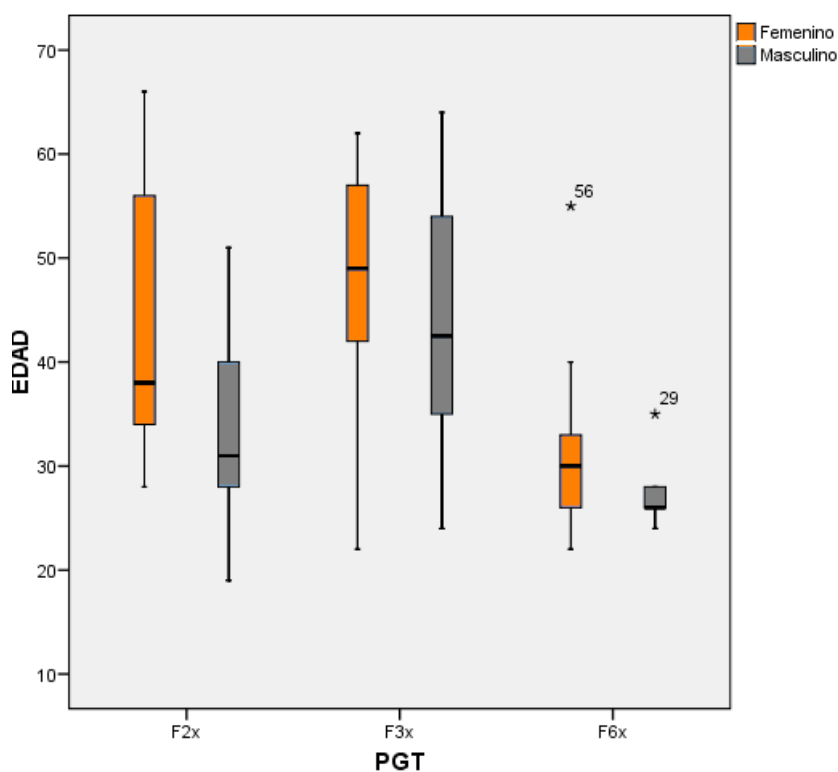


Figura 26. Diagrama de caja- Edad, diagnóstico y sexo.

5.5 Resultados del objetivo específico número 5.

El objetivo específico número 5 fue comparar la población objeto de estudio con los pacientes internados en el mismo período que no cumplieron con los criterios de hospitalización múltiple en relación a la edad, el sexo y el diagnóstico psicopatológico.

5.5.1 Población PRF y No PRF según sexo y edad

En el año 2013 se contabilizaron 1143 pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión en el grupo de PRF, mientras que en 2014 fueron 1041 pacientes, conformando el denominado grupo de “No PRF” para cada año. Para los No PRF en el año 2013 predominó el sexo masculino (13 puntos porcentuales por sobre las mujeres), situación que se acentúa en 2014 llegando a una diferencia de 25 puntos. Al comparar con los PRF podemos ver que esta situación se invierte, lo que indica que la feminización es una característica de los PRF. Se encontró que el predominio femenino es estadísticamente significativo (χ^2 12.626, $p=.000$) (Tablas 44,45,46, 47)

Tabla 42.

Distribución por sexos del grupo del total de los pacientes según año

	SEXO		
	F	M	Total
	Count	Count	Count
2013	524	656	1180
2014	428	645	1073
Total	952	1301	2253

Tabla 43.

Población PRF y No PRF según Sexo

	2013 PRF	2013 NO PRF	2014 PRF	2014 NO PRF
Mujeres	73%	43.5%	62.5%	39.2%
Hombres	27%	56.5%	37.5%	60.1%
	100 %	100%	100%	100%

Tabla 44

Tabla de contingencia de las variables sexo y grupo (PRF/no PRF) 2013

		SEXO	
		F	M
		Column N %	Column N %
GRUPO	OTRO	94,8%	98,5%
	PRF	5,2%	1,5%
	Total	100,0%	100,0%

2013

Tabla 45

Estadístico Chi 2 variables sexo/ grupo (PRF y no-PRF) 2013

Pearson Chi-Square Tests^a

		SEXO
GRUPO	Chi-square	12,626
	df	1
	Sig.	,000*

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

2013

Tabla 46

Tabla de contingencia de las variables sexo y grupo (PRF/no PRF) 2014

		SEXO	
		F	M
		Column N %	Column N %
GRUPO	OTRO	95,3%	98,1%
	PRF	4,7%	1,9%
	Total	100,0%	100,0%

2014

Tabla 47

Estadístico Chi 2 variables sexo/ grupo (PRF y no-PRF) 2013

Pearson Chi-Square Tests^a

		SEXO
GRUPO	Chi-square	7,033
	df	1
	Sig.	,008*

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

2014

En cuanto a la variable edad, los PRF siguen a grandes rasgos la tendencia del resto de los pacientes hospitalizados en el bienio. Se destaca que los PRF mostraron homogeneidad en cuanto al rango etario predominante y mayores porcentajes que la población No PRF en edades de 40 y menores; mientras que los No PRF prevalecieron en edades mayores a 40 años, situación repetida en cada año del estudio. (Tabla 48)

Entrando en detalle, si se compara a los PRF con el resto de los pacientes que ingresaron cada año (No PRF), en 2013 predominó el rango de 41 a 59 años para los no PRF, mientras que para los PRF los mayores porcentajes se igualaron en los rangos de 19 a 29 y 30 a 40, lo que habla de una población de No PRF más envejecida con respecto a los PRF, situación que se mantiene en 2014. En cuanto a la media para cada grupo, en 2013 para los PRF fue de 38,4 años y para los No PRF 41.7. En el año 2014 la media de los PRF fue 38.5 y la de los No-PRF 39.9. Se observa que el valor de la media es similar para ambos grupos.

Tabla 48

Población PRF y No PRF según Edad.

Año 2013			Año 2014		
Tramos etarios	PRF	No PRF	Tramos etarios	PRF	NoPRF
18 o menos	0 %	1 %	18 o menos	0 %	0 %
19 a 29	32.4 %	26 %	19 a 29	34.4 %	32 %
30 a 40	32.4 %	27 %	30 a 40	31.3 %	28 %
41 a 59	29.7 %	34 %	41 a 59	25.0 %	30 %
60 o más	5.4 %	13 %	60 o más	9.4 %	11 %

5.5.2 Población PRF y No PRF según diagnóstico psicopatológico.

Se comparó a la población PRF con el resto de los pacientes que ingresaron en 2013-2014 (No PRF), así como con los ingresos totales del Hospital en los últimos 5 años. Para esto último, se sistematizaron los datos de la distribución de los diagnósticos para el total de los ingresos del centro asistencial en el período 2010-2015 donde se observó una notable estabilidad de los mismos. También se observó que los no PRF del bienio estudiado acompañan la tendencia de la distribución de diagnósticos de la población general. (Departamento de estadística del Hospital Vilardebó) (Tabla 49, tabla 50)

Tabla 49

Ingresos del Hospital Vilardebó en el período 2010-2014 distribuidos en porcentajes según los principales trastornos mentales

Año	Diagnóstico						
2010	F20 33.1%	F60 10.9%	F32 9.1%	F23 8.3%	F31 7.8%	F70 7.1%	F19 3.9 %
2011	F20 30 %	F60 11.5%	F32 4.2%	F23 5.5%	F31 7.7%	F70 6.5%	F19 4.9%
2012	F20 31.8 %	F60 12.5%	F32 5.8%	F23 7.2%	F31 8.5%	F70 6.7%	F19 3.4 %
2013	F20 30 %	F60 11.5%	F32 4.2%	F23 5.5%	F31 7.7%	F70 6.5%	F19 9.5%
2014	F20 30 %	F60 14.5%	F32 4.0%	F23 7.7%	F31 7.9%	F70 7.7%	F19 5.1%

Tabla 50

Población de pacientes No PRF bienio 2013-14 distribuidos según su diagnóstico

Año	diagnóstico						
2013	F20 38%	F60 13%	F32 6%	F23 7%	F31 9%	F70 8%	F19 4%
2014	F20 39%	F60 13%	F32 4%	F23 8%	F31 6%	F70 8%	F19 6%

Se encontraron diferencias en la prevalencia de los principales grupos de trastornos al comparar al grupo de PRF con los No PRF, las cuales se mantienen a lo largo de los dos años estudiados. Como se observa en la Tabla 51, en el grupo No PRF predomina notoriamente el grupo de F2x (Trastornos Psicóticos), tanto para 2013 como para 2014.

Tabla 51

Población No PRF en función de Principal Grupo de Trastornos.

	2013	2014
F0x	1%	1%
F1x	6%	8%
F2x	46%	49%
F3x	17%	12%
F6x	13%	13%
F7x	11%	11 %
Sin dato	6%	6%

A continuación se describirán las principales características diagnósticas del grupo No PRF. En primer lugar se observó que los trastornos psicóticos predominaron ampliamente en los dos años considerados. Dentro de los Trastornos Psicóticos cabe destacar que el trastorno que presenta un mayor porcentaje es la esquizofrenia, seguida del trastorno psicótico breve. (Tabla 50 y Anexo 5)

En cuanto al segundo lugar, en el año 2013 lo ocuparon los Trastornos Afectivos, pero ubicándose muy distante de los trastornos psicóticos. Dentro de los Trastornos Afectivos el Trastorno Bipolar obtuvo un 9% mientras que el Trastorno Depresivo Mayor un 6%. En tercer lugar se encuentran los Trastornos de Personalidad, con una leve diferencia con respecto a los afectivos. Dicha distribución porcentual es similar a la observada en 2014, donde se volvió a encontrar un porcentaje mayor de Trastornos Psicóticos, si bien el segundo nivel lo ocuparon los Trastornos de Personalidad, seguidos por los Trastornos Afectivos en tercer lugar. Dentro de los Trastornos Afectivos el Trastorno Bipolar obtuvo un 6% mientras que el Trastorno Depresivo Mayor un 4%. El porcentaje de Trastornos de la Personalidad es el mismo en los dos años.

En lo que respecta a los PRF, los Trastornos Psicóticos se ubicaron en tercer lugar para el bienio, a diferencia de lo que sucede en los no PRF. En el año 2013 el mayor porcentaje fue obtenido por los trastornos de personalidad y en el año 2014 correspondió a los trastornos afectivos. Ambos trastornos se encuentran sobre representados en el grupo de los PRF, en comparación con los No PRF. Otra particularidad diagnóstica de los PRF fue que los trastornos afectivos se encontraban compuestos por un alto porcentaje de pacientes con trastorno bipolar, a diferencia de la población No- PRF. Si se compara el porcentaje de pacientes con trastorno bipolar en los PRF, se observa que constituyen el 28.3 % del total, mientras que en los no PRF presentaron porcentajes inferiores al 10 %.

Se estudió la dependencia entre la variable diagnóstico y la variable grupo (PRF y no PRF) para los años 2013 y 2014. El estudio de las variables en función del estadístico χ^2 se realizó considerando un alfa 0,05 (nivel de significación). Para ambos años se observó que las variables son dependientes ($\chi^2=17.775$ con $p=0.000$ en 2013 y $\chi^2=20.347$ con $p=0.000$ en 2014). (Tablas 52, 53, 54, 55 y 56)

Tabla 52

Principales grupos de trastornos en la población total de pacientes por año (frecuencias)*

		2013	2014	Total
		Count	Count	Count
DIAGNOSTICO	F2	527	512	1039
	F3	207	147	354
	F6	150	138	288
	F7	111	100	211
	Total	995	897	1892

*solo se consideraron los 4 PGT presentes en la tabla

Tabla 53

Tabla de contingencia diagnóstico/grupo (PRF- no PRF) para el año 2014*

		DIAGNOSTICO									
		F2		F3		F6		F7		Total	
		Count	Subtable N %	Count	Subtable N %	Count	Subtable N %	Count	Subtable N %	Count	Subtable N %
GRUPO	OTRO	502	56,0%	136	15,2%	128	14,3%	99	11,0%	865	96,4%
	PRF	10	1,1%	11	1,2%	10	1,1%	1	0,1%	32	3,6%
	Total	512	57,1%	147	16,4%	138	15,4%	100	11,1%	897	100,0%

2014

*solo se consideraron los 4 PGT presentes en la tabla para que fuera posible realizar la prueba

Tabla 54 χ^2 para las variables diagnóstico/grupo (PRF- no PRF) del año 2014

Pearson Chi-Square Tests^a

		DIAGNOSTIC O
GRUPO	Chi-square	17,775
	df	3
	Sig.	,000 ^{a,c}

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

2014

Tabla 55

Tabla de contingencia diagnóstico/grupo (PRF- no PRF) para el año 2013*

		DIAGNOSTICO									
		F2		F3		F6		F7		Total	
		Count	Subtable N %	Count	Subtable N %	Count	Subtable N %	Count	Subtable N %	Count	Subtable N %
GRUPO	OTRO	518	52,1%	195	19,6%	137	13,8%	109	11,0%	959	96,4%
	PRF	9	0,9%	12	1,2%	13	1,3%	2	0,2%	36	3,6%
	Total	527	53,0%	207	20,8%	150	15,1%	111	11,2%	995	100,0%

2013

**solo se consideraron los 4 PGT presentes en la tabla para que fuera posible realizar la prueba

Tabla 56

Estadístico Chi² para las variables diagnóstico/grupo (PRF- no PRF) del año 2013

Pearson Chi-Square Tests^a

		DIAGNOSTIC O
GRUPO	Chi-square	20,347
	df	3
	Sig.	,000*

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

2013

5.5.3 Comparación de proporciones de los diagnósticos

Para el análisis de la distribución porcentual de los diagnósticos (según el principal grupo de trastorno) se realizó una prueba adicional de Comparación de Proporciones. Dicha prueba fue realizada para los dos años considerados. Para esta prueba se consideraron dos grupos: el de los PRF y el grupo Otro (constituido por la población no-PRF con diagnósticos de F2x, F3x, F6x y F7x).

La prueba de comparación de proporciones determina si existe una diferencia estadísticamente significativa entre los porcentajes obtenidos por cada categoría de la variable diagnóstico (F2x, F3x, F6x y F7x) a la interna de cada grupo considerado (Grupo PRF y Grupo Otro). Los resultados de dicha prueba son iguales para los dos años

considerados y arrojan que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de las siguientes categorías diagnósticas:

Grupo PRF: porcentaje F3 x > porcentaje F2x y porcentaje F6x > porcentaje F2x

Grupo Otro(no-PRF): porcentaje F2x > porcentaje F3 x y porcentaje F2x > porcentaje F6x

En el año 2013 considerando el grupo de los PRF se observa lo siguiente: el mayor porcentaje de F3x (trastornos afectivos 5.8%) en comparación con el porcentaje de F2x (trastornos psicóticos 1.7%) es estadísticamente significativo. Asimismo el mayor porcentaje de F6x (trastornos de la personalidad 8.7 %) en comparación con el porcentaje de F2x (trastornos psicóticos 1.7%) es estadísticamente significativo. (Tabla 57 y 58).

Para el mismo año, si consideramos el grupo Otro (no PRF) se observa lo siguiente: el mayor porcentaje de F2x (trastornos psicóticos 98.3%) en comparación con el porcentaje de F3x (trastornos afectivos 94.2%) es estadísticamente significativo. Asimismo el mayor porcentaje de F2x (trastornos psicóticos 98.3%) en comparación con el porcentaje de F6x (trastornos de la personalidad 91.3%) es estadísticamente significativo. (Tabla 57 y 58).

Tabla 57

Tabla de contingencia : distribución porcentual de los 4 principales grupos de trastornos en los grupos PRF y Otro (no PRF)- 2013*

		DIAGNOSTICO				
		F2	F3	F6	F7	Total
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
GRUPO	OTRO	98,3%	94,2%	91,3%	98,2%	96,4%
	PRF	1,7%	5,8%	8,7%	1,8%	3,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

a. 2013

*para el grupo Otro (no PRF) se consideraron únicamente los 4 PGT que se observan en la tabla, al los efectos de realizar la comparación

Tabla 58

Comparación de proporciones de los diagnósticos, año 2013 (Prueba Z)

Comparisons of Column Proportions^{a,b}

		DIAGNOSTICO			
		F2	F3	F6	F7
		(A)	(B)	(C)	(D)
GRUPO	OTRO PRF	B C	A	A	

Results are based on two-sided tests with significance level .05. For each significant pair, the key of the category with the smaller column proportion appears under the category with the larger column proportion.

2013

b. Tests are adjusted for all pairwise comparisons within a row of each innermost subtable using the Bonferroni correction.

En el año 2014 considerando el grupo de los PRF se observa lo siguiente: el mayor porcentaje de F3x (trastornos afectivos 7.5%) en comparación con el porcentaje de F2x (trastornos psicóticos 2.0%) es estadísticamente significativo. Asimismo el mayor porcentaje de F6x (trastornos de la personalidad 7.2 %) en comparación con el porcentaje de F2x (trastornos psicóticos 2.7%) es estadísticamente significativo. (Tabla 59 y 60).

Para el mismo año, si consideramos el grupo Otro (no PRF) se observa lo siguiente: el mayor porcentaje de F2x (trastornos psicóticos 98.0%) en comparación con el porcentaje de F3x (trastornos afectivos 92.5%) es estadísticamente significativo. Asimismo el mayor porcentaje de F2x (trastornos psicóticos 98.0%) en comparación con el porcentaje de F6x (trastornos de la personalidad 92.8%) es estadísticamente significativo. (Tabla 59 y 60).

Tabla 59

Tabla de contingencia: distribución porcentual de los 4 principales grupos de trastornos en los grupos PRF y Otro (no PRF)-2014

		DIAGNOSTICO				
		F2	F3	F6	F7	Total
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
GRUPO	OTRO	98,0%	92,5%	92,8%	99,0%	96,4%
	PRF	2,0%	7,5%	7,2%	1,0%	3,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

· 2014

*para el grupo no PRF se consideraron únicamente los 4 PGT que se observan en la tabla, al los efectos de realizar la comparación

Tabla 60 Comparación de proporciones de los diagnósticos, año 2014 (Prueba Z)

Comparisons of Column Proportions^{a,b}

		DIAGNOSTICO			
		F2	F3	F6	F7
		(A)	(B)	(C)	(D)
GRUPO	OTRO	B C			
	PRF		A	A	

Results are based on two-sided tests with significance level ,05. For each significant pair, the key of the category with the smaller column proportion appears under the category with the larger column proportion.

2014

b. Tests are adjusted for all pairwise comparisons within a row of each innermost subtable using the Bonferroni correction.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

Se han estudiado distintos aspectos de los PRF para determinar sus características más relevantes, con el objetivo de aportar a la comprensión del fenómeno y a la creación de estrategias asistenciales que interrumpan el circuito del reingreso. Los resultados del presente estudio se analizarán en función de los diferentes aspectos elegidos para caracterizar a dicha población. Se comenzará con las características socio-demográficas y psicosociales para luego abordar las psicopatológicas y las asistenciales. Estas últimas no serán planteadas por separado sino en su interrelación. La comparación entre la población con y sin reingresos frecuentes se realizará cada vez que se aborde el análisis de las variables involucradas en la misma (sexo, edad y diagnóstico).

6.1 Características socio-demográficas y de soporte social de los PRF

6.1.1 -Edad y sexo

En cuanto a la edad, existe un consenso en la literatura acerca de que los PRF son sujetos jóvenes. Los resultados del presente estudio se encuentran en consonancia con este aspecto, predominando el rango etario de los 30-40 años. Asimismo la moda encontrada refleja la edad joven de la población estudiada, con un valor de 26 años para el bienio.

Se realizó una comparación con el resto de la población hospitalizada en el mismo período, con el objetivo de visualizar si la franja etaria predominante en los PRF seguía la tendencia del resto de la población o si presentaba alguna diferencia. Se observó que los PRF eran levemente más jóvenes, aunque en términos generales la variable edad acompañó la tendencia general.

Se destaca que otros estudios sobre PRF han planteado un predominio de rangos etarios similares a los encontrados en el presente trabajo. Por ejemplo, uno de ellos reporta una preeminencia de edades entre los 26 y los 36 años (Goldfinger et al., 1984) mientras que otro refiere un mayor porcentaje de PRF en el rango de 30 a 39 años (Green, 1988). La

media encontrada en el presente estudio (38.4) es coincidente con la planteada en múltiples investigaciones. (Anexo 7)

Se consideró importante para el análisis de los datos la comparación de los PRF con un estudio sobre los ingresos primarios del bienio 2007-2008 en el Hospital Vilardebó (Giraldez, 2015). Este es un estudio exploratorio realizado en el mismo centro asistencial que el presente estudio y no muy distante en el tiempo. Otro aspecto importante es que los primeros ingresos constituyen una población muy diferente a la estudiada, ya que no tienen la historia de hospitalizaciones que poseen los PRF. Por otra parte, es probable que los ingresos primarios se encuentren compuestos principalmente por los primeros episodios de la enfermedad. Cabe señalar que en lo relativo a la edad no se encontraron diferencias entre los PRF y los ingresos primarios, cuya media fue de 38 años, al igual que la de los PRF (Giraldez, 2015). Estos aspectos orientan a pensar que la edad no parece ser una característica distintiva de los PRF.

Cabe destacar que Linares (2002) vincula la edad menor de los PRF con el diagnóstico, argumentando que en varios estudios predominaron los pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, en el presente estudio no se encontró que el porcentaje de pacientes esquizofrénicos superara al resto de los diagnósticos. Por el contrario, se encontró una presencia menor que para la población general del hospital.

En suma, la edad parece jugar un papel menor en el fenómeno del reingreso frecuente. Este aspecto es coincidente con lo planteado por Klinkenberg y Calsyn (1996) en una revisión sobre el tema en la que comparan resultados de múltiples trabajos indicando que la variable edad no constituye un elemento central de la problemática.

De todas formas, si bien la edad no parece ser relevante para la comprensión del problema, la misma constituye un aspecto fundamental a la hora de planificar estrategias asistenciales para este grupo de pacientes. Los resultados del presente estudio arrojan que se trata de una población joven, por lo que es importante tener en cuenta que se tienen por delante muchos años de un potencial uso intensivo de los servicios de salud mental. Este aspecto es prioritario a la hora de realizar una planificación adecuada de los recursos asistenciales destinados a abordar esta compleja población

En relación a la variable sexo la población de PRF del Hospital Vilardebó presentó un marcado predominio de mujeres, a diferencia del resto de los pacientes hospitalizados en

el mismo período. El predominio del sexo femenino para los PRF fue estadísticamente significativo, por lo que se destaca que dicha característica parece ser una particularidad de la población estudiada para nuestro medio.

Cabe destacar que el alto porcentaje de mujeres en edad reproductiva presentes en la población de PRF plantea el problema de la maternidad en estas pacientes, la presencia de menores a cargo de las mismas y las potenciales repercusiones para los niños de la situación de hospitalización múltiple de sus madres. Este aspecto es un factor que aumenta la vulnerabilidad del entorno de crianza de estos niños. En este sentido, es esencial la elaboración de proyectos asistenciales que contemplen dicho aspecto del problema contribuyendo a las estrategias de protección de la infancia.

En la literatura consultada existen discrepancias en relación a la variable sexo. El mayor porcentaje de mujeres encontrado en el presente estudio contrasta con muchos otros que refieren una mayoría de pacientes del sexo masculino. El trabajo pionero de Voineskos y Denault (1978) señaló 3 veces más hombres que mujeres. Sin embargo, varios autores consultados encontraron una mayor cantidad de mujeres (Anexo 8)

Este aspecto muestra lo controversial de la discusión en este punto. En una revisión sobre el tema, Klinkenberg y Calsyn (1996) señalaron que la mayoría de los estudios no encontraron una asociación significativa entre la variable sexo y el reingreso frecuente. No obstante, la presencia de un significativo predominio femenino en el presente estudio genera preguntas sobre las posibles causas de dicho fenómeno para nuestro medio y abre la puerta a estudios posteriores que aborden este punto.

En este sentido surgen interrogantes sobre la posible incidencia de aspectos vinculados a la problemática de género en la población femenina encontrada. Se plantea la pregunta de qué repercusiones podría tener en el funcionamiento familiar el hecho de que una mujer, debido a su trastorno mental, no pueda asumir las funciones atribuidas a su rol de género (por ejemplo en relación al cuidado de los hijos). Puede suceder que este aspecto sea incomprendido o poco tolerado en el funcionamiento familiar y contribuya a aumentar la conflictividad del mismo o las conductas de rechazo y exclusión de estas pacientes.

6.1.2- Actividad Laboral e ingreso por subsidio

Se encontró que el 86% de los PRF no trabajan, resultado que se encuentra en consonancia con lo planteado por diversos autores. Por ejemplo, Voineskos y Denault (1978) plantearon que los PRF constituían mayoritariamente sujetos desempleados que recibían subsidio por incapacidad. Asimismo Kent y Yellowlees (1995) y Webb et al. (2007) entre otros, refirieron un 82 % y 89% de desempleados respectivamente.

El alto porcentaje de desempleados probablemente se encuentre vinculado a las características psicopatológicas de la población estudiada en lo relativo a la gravedad y la cronicidad de los trastornos presentes en la misma. Al estar representados homogéneamente trastornos tan diferentes como los encontrados en el presente estudio (esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos de la personalidad del grupo B, sobre todo límite) el funcionamiento en el área laboral presenta características distintas para cada uno. De todas formas los tres trastornos coinciden en un funcionamiento deficitario en dicha área.

En los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia es frecuente observar un apragmatismo en todas las áreas, entre ellas la laboral, por lo que es esperable un alto porcentaje de pacientes desempleados. Este aspecto, entre otras características, los ubica en una situación de vulnerabilidad y dependencia. Para los pacientes con diagnósticos de trastorno de personalidad límite y antisocial el desempeño laboral se ve dificultado por la inestabilidad y la impulsividad que presentan. En cuanto a los trastornos afectivos, si bien podrían tener un buen funcionamiento global en períodos intercríticos o libres de síntomas, también puede suceder que presenten un deterioro en el área laboral si las crisis se repiten en intervalos cortos de tiempo. Otro elemento a destacar es que si entre los episodios afectivos no se da una buena recuperación y no se evidencian períodos libres de síntomas, este aspecto repercute negativamente en el funcionamiento laboral del sujeto.

Asimismo, es importante considerar que la repetición de las internaciones rompe con la continuidad existencial del sujeto, impactando directamente sobre la vida laboral. El común denominador de todas estas situaciones es la vulnerabilidad social y económica en la que se encuentran inmersos estos pacientes. De todas formas se podría argumentar que las dificultades de funcionamiento en el área laboral no son específicas de los PRF sino de todos los pacientes con enfermedades mentales crónicas e incapacitantes. Por tal motivo se buscaron datos sobre este punto en otras investigaciones a nivel nacional.

Si se compara con la población de ingresos primarios 2007-2008 del mismo centro asistencial (Giraldez 2015) se observa también que un alto porcentaje no trabaja (56%), aunque en menor proporción que los PRF. Este aspecto puede comprenderse a la luz de un menor tiempo de evolución de la enfermedad y por lo tanto de una menor repercusión en el área laboral.

En el presente estudio se detectó que más de la mitad de los PRF se encontraba recibiendo algún tipo de subsidio, de los cuales un 52 % percibía el subsidio por incapacidad. Este aspecto guarda relación con el hecho de que estos pacientes son portadores de enfermedades mentales severas e incapacitantes, lo que deteriora su capacidad de trabajo, como se observó al estudiar las características de la actividad laboral.

En síntesis, se trata de una población muy vulnerable desde el punto de vista económico, lo cual tiene repercusiones en todas las áreas de la vida del paciente, empezando por los aspectos más básicos como la vivienda y la alimentación. Por otra parte esta situación de desamparo económico contribuye a posicionar al sujeto en una relación de dependencia con los otros. En este sentido, no es infrecuente observar que el subsidio por incapacidad se encuentre comprometido por préstamos, lo cual generalmente diezma los ingresos de esta población. Las dificultades en el manejo del dinero y la necesidad de apoyo que en este aspecto presentan los pacientes con enfermedades graves es uno de los elementos a tener en cuenta cuando se elaboran estrategias para mantener a los pacientes en la comunidad. Este aspecto también fue planteado por Kent et al. (1995) que encontraron un 68% de PRF recibiendo la pensión estatal por enfermedad mental y señalaron que la administración del dinero de este subsidio constituye un dificultad para el paciente. Otro aspecto relevante del problema es el abuso por parte de otros al que queda expuesto el enfermo mental grave (sobre todo el paciente psicótico) en lo que respecta al manejo del dinero de dicho subsidio.

6.1.3- Nivel educativo

Al analizar la variable debe considerarse que el 27% de los pacientes no presentaba la información correspondiente al nivel educativo, por lo que el análisis de la misma es parcial. Del grupo restante (considerado como el 100%) se observó que el nivel educativo de los PRF era bajo, ya que casi la mitad de los pacientes únicamente accedían al nivel de enseñanza primaria (26 % primaria incompleta y 20% primaria completa). Se destaca que en su mayoría provenían de medios socioeconómicos deficitarios. Si se compara a los PRF con la población de ingresos primarios, se observa que el 67,3 % presentó niveles de

instrucción por debajo del ciclo básico completo, lo cual también indica un nivel de instrucción bajo, aunque superior al de la población de PRF. (Giraldez 2015).

Un aspecto a destacar vinculado a las características del nivel educativo encontrado es que el diagnóstico de retraso mental tuvo escasa representación por lo que los resultados no se explicarían por ese factor. Otra posibilidad es que algunos de estos pacientes ya presentaran dificultades en la adaptación y en el comportamiento desde la infancia, lo cual podría explicar la repercusión en el nivel educativo. En este sentido, se ha observado que se trata de una población que presenta conductas disruptivas, por los que se plantea la pregunta si algunos de estos pacientes presentaban trastornos de conducta en la infancia.

Otro aspecto a ser considerado es que en las patologías mentales de inicio en la adolescencia y la juventud, como por ejemplo la esquizofrenia, la enfermedad repercute negativamente en la prosecución de los estudios. Asimismo en los pacientes que presentan trastornos de la personalidad hay dificultades en el área educativa debido a la inestabilidad y la impulsividad.

Por otra parte, el nivel educativo no ha presentado particularidades en la mayoría de los estudios sobre PRF y generalmente no ha sido considerado un aspecto importante para conceptualizar la problemática. Entre los autores que consideraron la variable se encuentran Silva et al. (2009) que no refieren un bajo nivel educativo entre los pacientes con reingresos frecuentes así como Kent et al. (1995) que plantean que la media es 10 años de instrucción.

6.1.4- Situación Judicial

La situación judicial fue considerada de manera limitada en el presente estudio, atendiendo únicamente a los pacientes provenientes de cárcel, cuyo porcentaje se encontraba aumentado en los PRF en comparación con los porcentajes de población reclusa presentes en la población general del hospital.

Los mismos representan un grupo especial aunque pequeño dentro de los PRF que posee una serie de particularidades vinculadas a su condición de población carcelaria. Se visualiza en este grupo que la puerta giratoria determina un circuito que va desde el hospital a la cárcel, y de nuevo al hospital, en ocasiones alternando con períodos en los que el paciente egresa de la cárcel, quedando muchas veces en situación de calle.

Otro aspecto que se aprecia en el reingreso frecuente de la población reclusa es la dificultad que presentan algunos sujetos para soportar la dinámica carcelaria, encontrando en las salas de seguridad del hospital psiquiátrico un ambiente menos hostil o hallando múltiples beneficios secundarios en la situación de internación.

Al tratarse de una población muy específica, se hará una descripción de sus características: se trata de 9 pacientes jóvenes, ubicados en el rango etario de los 19 a los 29 años (moda=26). El grupo está constituido en su mayoría por pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial y consumo de PBC. Asimismo el 80% presenta antecedentes de IAE, ingresando fundamentalmente por trastornos de conducta vinculados a su impulsividad, como ser la hetero y autoagresividad así como la búsqueda de beneficio secundario de la internación y la simulación. Cuando se instalan este tipo de trastornos de conducta, sumado al beneficio secundario anteriormente mencionado se observa una suerte de “cronificación” de la puerta giratoria entre la cárcel y el hospital.

6.1.5 Estado civil y condición de padres

En el presente estudio se encontró que los PRF eran en su mayoría solteros (60 %) lo cual coincide con la literatura sobre el tema, aunque dicha categoría se encontraba amentada en la población masculina. Si se agrupan las categorías de soltero, separado, divorciado y viudo el porcentaje alcanza el 75% de la población, lo cual sugiere que se trata de pacientes que presentan dificultades en esta área. Podría plantearse que esta población está compuesta por pacientes socialmente aislados, con escasos vínculos y que la soledad podría ser una de las grandes problemáticas que atraviesan los mismos. Este aspecto podría relacionarse con las características psicopatológicas del funcionamiento del paciente en el área vincular. En este sentido, los pacientes esquizofrénicos por su aislamiento y apragmatismo poseen severas dificultades en este aspecto. Asimismo los pacientes con trastornos de la personalidad (grupo B) poseen una gran inestabilidad y conflictividad en las relaciones interpersonales.

Múltiples estudios han reportado los mismos resultados, como por ejemplo: Webb et al. (2007) -80% solteros-, Voineskos y Denault (1978) -88% solteros- y Kent et al. (1995)- mayoría de solteros y separados o divorciados 88 %- , entre otros. Por su parte, Linares (2002) plantea que la variable estado civil posee cierto nivel de predicción ya que el estar casado reduciría en un 50% el riesgo de convertirse en PRF con respecto a la soltería.

En este sentido, la escasez o ruptura de vínculos puede dejar a la deriva a pacientes frágiles que necesitan de un otro que funcione como un yo auxiliar para poder sostenerse cotidianamente y fuera de los muros del Hospital. En ocasiones se observa que la pérdida del referente o del vínculo significativo principal del paciente precipita una escalada de hospitalizaciones que anteriormente no se observaba en el curso evolutivo de la enfermedad. Uno de los aspectos a tener en cuenta es que el referente en ocasiones es el que garantiza la continuidad del tratamiento, aunque en muchas situaciones constituye mucho más que eso y se convierte en el sostén de la existencia del sujeto. Estos aspectos están presentes sobre todo en los pacientes psicóticos. En este sentido es frecuente observar la dependencia extrema del paciente con alguno de sus padres, con el que convive hasta la edad avanzada o muerte del mismo. En nuestro grupo de estudio varios pacientes psicóticos convivían con sus madres añosas.

Al compararse con el estudio sobre los ingresos primarios (Giraldez 2015) se encontró que también predominaba la categoría de soltero, aunque en un porcentaje menor (48%). En otro trabajo uruguayo realizado sobre la población asistida en la sala de Salud Mental del Hospital Maciel en el año 2011, se encontró que el 55 % de los pacientes eran solteros, el 15 % divorciados y el 6% viudos (Romano, Perez, Ricci, Trindade, 2015). Este predominio de la categoría soltero en poblaciones de pacientes hospitalizados con características disímiles nos orienta a pensar que no se trata de una particularidad de los PRF.

Un alto porcentaje de los pacientes con reingreso frecuente tiene hijos (73 %), aspecto en el cual las mujeres duplican a los hombres, con las implicancias ya analizadas en relación a la crianza de los niños. Si consideramos la variable en relación al diagnóstico, los menores porcentajes se observaron en los pacientes esquizofrénicos de sexo masculino.

Serían necesario estudios adicionales para profundizar en el conocimiento de las características de la paternidad en esta población tan vulnerable. En este sentido se ha observado que en enfermedades mentales tan devastadoras como la esquizofrenia, por ejemplo, los pacientes no conviven con sus hijos menores o no han podido afrontar las responsabilidades de su crianza. En la población de PRF estudiada un alto porcentaje (72%) de mujeres esquizofrénicas tenía hijos. Las condiciones precarias de autocuidado que encontramos en muchas pacientes esquizofrénicas, hacen que resulte difícil cuidar a otro en estado de dependencia, como es el caso de los hijos menores de edad. En algunas situaciones otros miembros de la familia asumen dicha función, contribuyendo la red familiar y social al sostén de esos niños. Generalmente las pacientes psicóticas son sustituidas y

desplazadas en su función materna, perdiendo todo lugar posible en la dinámica familiar lo que es fuente de un gran sufrimiento. Cabe señalar que estas mujeres podrían desarrollar aspectos vinculados a la maternidad cuando el referente funciona como un apoyo en lugar de una figura sustituta. En otros casos, cuando no hay sostén de ningún tipo para estas pacientes, es frecuente asistir a la institucionalización de los niños.

Por otra parte los pacientes portadores de trastornos de la personalidad del grupo B generalmente tampoco pueden hacerse cargo de las responsabilidades de la paternidad. Esto se debe a la inestabilidad propia de este tipo de trastornos (sobre todo el Límite), la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración y los vínculos conflictivos en las relaciones interpersonales. En el caso de los pacientes antisociales es conocida su irresponsabilidad y despreocupación por las necesidades del otro y las negligencias en relación al cuidado de los hijos.

6.1.6 Contexto de convivencia, continencia familiar y situación de calle

En el presente estudio se observó que más de la mitad de los PRF vivía con su familia, lo que en primera instancia podría considerarse como un factor protector en relación a los reingresos. No obstante, al estudiar las características de la familia se encontró que estaba descrita como no continente en el 73% de los casos, relativizando lo anteriormente planteado. Podría considerarse que el contacto con la familia es un factor protector en la medida que la misma oficie como sostén del paciente. Por el contrario, cuando la convivencia se da en un contexto familiar no continente dicho aspecto posiblemente se convierta en un factor de riesgo para los reingresos frecuentes.

Los resultados anteriormente mencionados van en la misma línea que el trabajo de Surber et al. (1987) que plantearon que el 80% de los pacientes con reingresos frecuentes mantenía algún contacto con la familia, aunque no describió las características de la misma. Asimismo se ha planteado que el soporte ambiental tiene mayor incidencia que el diagnóstico psicopatológico sobre las hospitalizaciones recurrentes. (Voineskos y Denault , 1978).

Un aspecto importante a tener en cuenta al analizar este factor son las características del sistema de salud del país dónde se lleva adelante el estudio y las alternativas que ofrece en cuanto a la disponibilidad de residencias protegidas para los enfermos mentales graves. En Uruguay la disponibilidad de las mismas es escasa, lo que

podría explicar algunas situaciones en las que el paciente vive con la familia a pesar del desacuerdo de la misma con dicha convivencia. Esto podría incidir en el circuito de los reingresos, debido a una sobrecarga excesiva de la familia o por una baja tolerancia de la misma hacia el paciente.

Otro aspecto relevante es el rol que juega en la economía familiar el subsidio por enfermedad, ya que a veces dicho beneficio económico sostiene una convivencia no deseada con el paciente. Coincidentemente Kent et al. (1995) plantean que no es infrecuente que los cuidadores de estos pacientes realicen esta tarea por obligación. En relación a este aspecto se considera importante contar con un sistema de apoyo económico y de sostén para los cuidadores. Otra posibilidad es desarrollar alternativas a la convivencia con la familia en estos casos. Podría pensarse que un porcentaje no menor de reingresos sería evitable si el paciente viviera una casa de medio camino en lugar de hacerlo en un contexto familiar en el que la convivencia se encuentra altamente deteriorada. Por otra parte, si oportunamente se hace la derivación a una casa de medio camino, este aspecto puede ser protector del vínculo con la familia evitando su destrucción total o su corte definitivo. De esta manera se previene en el desenlace que a menudo se observa de la relación del paciente con trastornos mentales severos y su familia.

En este sentido, dado que en el país donde se realizó el presente trabajo se observa una gran escasez de dichas estructuras, un aporte de esta investigación es el señalar su necesidad y su potencial efecto positivo en la disminución del reingreso frecuente. De hecho, podría considerarse que con la implementación de dichas estructuras estaríamos apuntando a una mejora sustancial de la calidad de vida de muchos pacientes con trastornos mentales graves.

Coincidentemente con los resultados encontrados en el presente estudio, en un trabajo sudafricano sobre PRF portadores de Trastornos Psicóticos también se encontró que la mayoría de los mismos vivía con la familia, aspecto que causó sorpresa a los autores. Se esperaba que los PRF estuvieran alojados en residencias asistidas o casas de salud debido a la gravedad de la enfermedad mental de los mismos y el desgaste que este aspecto implica para la familia. Sin embargo, los autores plantean que no interpretan el alto porcentaje de PRF viviendo con sus familias como indicador de una mayor aceptación social de la enfermedad mental sino que simplemente puede indicar una carencia en el sistema de salud de dicho país. El mismo se caracteriza por un bajo número de residencias protegidas capaces de albergar a este tipo de pacientes, al igual que el sistema uruguayo. (Botha, et al., 2009).

Al considerar el contexto de convivencia según el diagnóstico, se visualiza que los pacientes con trastornos de la personalidad se dividen principalmente entre los que viven con la familia, los que residen en la cárcel y los que viven solos. De los PRF que se encuentran en situación de calle más de la mitad presenta este diagnóstico. En este sentido se identificó que muchos de estos pacientes recorren inexorablemente un circuito que va del hospital psiquiátrico, al refugio para personas sin vivienda, a la calle y nuevamente al hospital psiquiátrico, en ocasiones intercalado con estadías en la cárcel. Esto se vincula al funcionamiento de los pacientes con trastornos de personalidad del grupo B, con marcada impulsividad, baja tolerancia a la frustración y trastornos de conducta. Se esboza así un circuito de la exclusión, más emparentado con la marginalidad que con la locura, en el que algunos sujetos parecen transitar sin encontrar un lugar en ninguna parte. En relación a esta población surge la pregunta sobre las características que deberían tener los dispositivos asistenciales destinados a su atención y cuáles serían las estructuras alternativas al hospital para la adecuada asistencia de los mismos, teniendo en cuenta los severos trastornos de conducta y el consumo.

La situación de los pacientes psicóticos es diferente, ya que un alto porcentaje vivía con su familia o en casas de salud, situación similar a la de los pacientes con trastornos afectivos, aunque estos últimos con un menor porcentaje de residencia en casas de salud. Esto podría vincularse al hecho de que los pacientes con trastornos afectivos pueden presentar un buen funcionamiento inter-episódico. Dicho funcionamiento, al ser menos precario que el de los pacientes esquizofrénicos, podría explicar el menor porcentaje de pacientes con trastornos afectivos institucionalizados en casas de salud.

Si bien en el presente estudio se encontró que la mayoría de los PRF vivía con su familia, son muchos los autores que encuentran un predominio de los mismos viviendo solos. Estos autores destacan el aislamiento social como una característica de los PRF, por ejemplo Voineskos y Denault, Kent et al. (1995) y Langdon et al (2001), entre otros.

Por otra parte, independientemente de la descripción del núcleo conviviente, un sujeto puede experimentar un sentimiento profundo de soledad aunque viva con otras personas. En este punto serían necesarios estudios que apunten a la dimensión subjetiva de estos pacientes y a la vivencia que poseen de su relación con el mundo y con los otros.

La soledad, el desamparo y la vulnerabilidad son tres aspectos que se destacan en esta población de pacientes, sobre todo en el subgrupo de los psicóticos, que parecen encontrarse desamarrados de los lazos sociales. Muchas de estas personas generan la impresión de estar a la deriva, en una suerte de existencia errante.

En el presente estudio se exploró únicamente el vínculo con la familia en un nivel descriptivo, mientras que Kent et al. (1995) estudiaron una amplia gama de relaciones interpersonales. Reportaron que un 62 % de los pacientes se mostró inactivo y socialmente aislado. También exploraron la presencia de relaciones significativas, y un alto porcentaje manifestó no tener una relación íntima sostenida en el tiempo, ni un contacto estable, significativo y continente con nadie (ni padres ni otros familiares) presentando en su totalidad dificultades de relacionamiento interpersonal. (Kent et al. 1995 pág. 406)

En este sentido, los autores también coinciden en la pregunta por la relación existente entre la soledad de los PRF y el uso intensivo que hacen de los servicios de internación. Afirman que los factores sociales estaban presentes en el 40% de las internaciones realizadas por los PRF. Se coincide con Kent et al. (1995) en la idea de que los hospitales psiquiátricos constituyen “instituciones de cuidado total” para los PRF que presentan un apoyo social precario. Además, para muchos pacientes el contexto hospitalario es una importante fuente de vínculos.

Otro aspecto fundamental para pensar la problemática vincular de los PRF son los resultados de la presente investigación acerca de los trastornos de conducta como motivo de ingreso. En este sentido la heteroagresividad representó un porcentaje considerable entre los PRF (40%), encontrándose consignado en la historia clínica especialmente la heteroagresividad hacia la familia en el 26% de los pacientes. Este aspecto coincide con lo planteado por Kent et al. (1995) entre otros.

Lo anteriormente planteado agrega complejidad al análisis del contexto de convivencia de los PRF. La presencia de conductas heteroagresivas puede disminuir el umbral de tolerancia de la familia hacia el paciente, y expresarse con conductas de rechazo hacia el mismo. Estos aspectos podrían derivar en un aumento de las internaciones. Por otra parte, a la hora de pensar en estructuras intermedias alternativas al hospital debe considerarse la situación especial de los pacientes más graves y disruptivos, a los efectos de planificar adecuadamente las mismas.

En el presente estudio se encontró que un 17.5% de los PRF se encontraba en situación de calle, aspecto que fue señalado por otros autores como asociado al fenómeno

de reingresos frecuentes. Un ejemplo de esta asociación es el estudio de Langdon, Yaguez, Brown y Hope (2001) que plantea que los PRF eran derivados a refugios para personas en situación de calle en mayor porcentaje que los no PRF. En relación con lo anterior, múltiples estudios afirman que la cantidad de pacientes en situación de calle que buscan ser hospitalizados ha crecido dramáticamente en los últimos 20 años, siendo elevada la cantidad de pacientes dados de alta sin domicilio (Klinkenberg y Calsynm ,1996).

En este sentido, tanto Surber y al. (1987) como Kent et al. (1995) señalaron que la vivienda y el alojamiento constituían un problema importante entre los PRF. Estos últimos plantearon que un 36% de los mismos presentó problemas con sus arrendadores, daños a la propiedad y conflictos con los vecinos. Reforzando este aspecto, algunos autores han destacado el papel que juega en la hospitalización la necesidad de alojamiento o el descanso temporario de los cuidadores (Salomon y Doll,1979 citados por Klinkenberg y Calsyn, 1996).

Si bien en el presente trabajo el porcentaje de pacientes en situación de calle es moderado, no se debe perder de vista que esta condición es sinónimo de desamparo, de deterioro de las redes sociales, de ausencia de personas que brinden cuidado al sujeto, y de discontinuidad del tratamiento. Todos estos aspectos inevitablemente pueden desencadenar en un aumento de las hospitalizaciones. A su vez, la ya señalada falta de residencias apropiadas para albergar a los pacientes psiquiátricos en estas condiciones puede derivar en desvirtuar la finalidad esencial de un hospital de agudos, como es el centro asistencial en el que se realizó el estudio. El viejo modelo asilar retorna cada vez que un paciente es hospitalizado por razones sociales en un centro hospitalario destinado a la atención de situaciones de descompensación psiquiátrica, que pretende que las internaciones sean lo más breves posibles.

En suma, la población de enfermos mentales en situación de calle constituye un grupo especial de pacientes cuyas necesidades deben ser consideradas en la planificación de estrategias en el área de la salud mental. A su vez este aspecto pone en evidencia la importancia de desarrollar alternativas de vivienda para esta población, con diferentes niveles de protección acordes a las necesidades de cada caso. De esta manera se incidirá positivamente en las conductas de reingreso que se instalan a partir de los problemas de vivienda y sostén en la comunidad de los pacientes.

6.2) Características psicopatológicas de los PRF

6.2.1-Diagnóstico

El diagnóstico psicopatológico ha sido uno de los aspectos más relevantes para la comprensión del problema del reingreso frecuente, en los estudios consultados. Uno de los principales abordajes se basa en la idea de que dicho fenómeno estaría asociado con algunas enfermedades mentales y no con otras, debido a las características de las mismas. El fenómeno estaría fundamentalmente vinculado al diagnóstico de esquizofrenia. En este sentido, es esperable que las enfermedades con un curso evolutivo crónico, jalonado por descompensaciones con sintomatología transitoria que requiere hospitalización constituyan un terreno fértil para los reingresos frecuente.

En el presente estudio se observó que los PRF no estarían representados exclusivamente por ningún diagnóstico en particular, sino que tres de los principales grupos de trastornos se encuentran homogéneamente presentes. Al observar en detalle los diagnósticos a la interna de cada Principal Grupo de Trastornos, se aprecia que los PRF se encuentran representados principalmente por tres trastornos: esquizofrenia, trastornos de la Personalidad (límite fundamentalmente, antisocial en menor medida) y trastorno bipolar. Estos trastornos constituyen el núcleo de la población estudiada, y es atendiendo a sus particularidades que se podría diseñar algún tipo de estrategia para brindar una atención diferencial que disminuya la alta tasa de reingresos y mejore la calidad de vida de los pacientes.

Un aspecto remarcable es que los resultados se mantienen homogéneos los dos años estudiados, lo que le da una mayor estabilidad a los mismos. A su vez se encontró una asociación significativa entre el diagnóstico y la condición de PRF. Al tratarse de tres patologías con características diferentes se podrían plantear escenarios heterogéneos a la hora de pensar las circunstancias en las que se producen las rehospitalizaciones.

Se coincide con Casper y Patsva (1990) en que los PRF no son una población homogénea, sino pasible de ser desagregada en subgrupos de pacientes con características similares. Se pueden tomar diferentes criterios para delimitar dichos subgrupos, de acuerdo a las características observadas. En el presente estudio se decidió utilizar el diagnóstico como criterio para definirlos, lo cual se desprende de la naturaleza de los resultados encontrados.

Si bien los PRF no son un conjunto homogéneo a la interna del mismo, podría plantearse que constituyen un grupo diferente del resto de los pacientes al tomarlo como una totalidad, pasible de ser recortado con nitidez. Con el propósito de observar si los PRF presentaban particularidades desde el punto de vista diagnóstico o acompañaban la tendencia del resto de los pacientes se realizó una comparación con la población No PRF del bienio 2013-2014.

A los efectos de tener una referencia más amplia también se tuvo en cuenta la distribución porcentual de diagnósticos a lo largo de 5 años para el total de los pacientes hospitalizados en el centro asistencial. Se observó que la población de pacientes no PRF acompaña la tendencia general de la distribución de los diagnósticos a lo largo del quinquenio. Dicha tendencia en los 5 años observados presenta una marcada estabilidad. La esquizofrenia (F20) fue el principal trastorno a lo largo de los últimos 5 años con un porcentaje del entorno del 30 % y muy alejado del resto de las enfermedades mentales (con una distancia de 20 puntos porcentuales como mínimo). Dicha tendencia fue acompañada por la población no PRF en 2013 y 2014.

Sin embargo, en la población de PRF los pacientes esquizofrénicos no ocuparon un lugar especial, sino que obtuvieron un porcentaje similar a los otros dos trastornos encontrados. Lo que se destaca como particularidad de los PRF es la sobre representación del trastorno bipolar y de los trastornos de la personalidad. El presente estudio contradice la afirmación de que los PRF no presentan particularidades en torno al diagnóstico y que dicha variable tiene un comportamiento similar en los No PRF (Linares, 2002), encontrándose diferencias significativas.

De lo anterior surge la pregunta del motivo por el cual los pacientes portadores de trastorno bipolar y de trastornos de la personalidad se encuentran aumentados entre los PRF, aspecto que se discutirá cuando se analice cada trastorno por separado. Esta triple división puede estar vinculada a la idea que manejan algunos autores de que los PRF serían los pacientes más graves dentro de cada trastorno y por lo tanto no asociables a ningún trastorno en particular. Esto último constituye un criterio dimensional, que involucra para la comprensión del fenómeno una gradiente de intensidad dentro de cada trastorno, en vez de pensar en las categorías aisladas.

En la presente investigación no se midió la gravedad de la sintomatología o del deterioro del funcionamiento mental a través de instrumentos específicos. De todos modos si se atiende a los datos sobre la evolución de la enfermedad, se encuentra que los PRF

tiene un promedio de 17 internaciones en el transcurso de su vida. Asimismo se observa que un 65% tiene un promedio de al menos 2 internaciones por año, calculados teniendo en cuenta el total de años transcurridos desde la primera internación y la cantidad de internaciones totales para cada paciente. Este alto número de hospitalizaciones, en una población joven, podría sugerirnos la presencia de formas más graves de la enfermedad mental, lo que sienta las bases para futuros estudios en ese sentido.

A diferencia del presente trabajo, otros autores si plantearon un predominio de un determinado trastorno sobre los otros, aunque no existe consenso en la literatura consultada sobre cuál sería el predominante. Estos trabajos se dividen fundamentalmente en dos grupos: los autores que encuentran un predominio de pacientes esquizofrénicos y los que jerarquizan los trastornos afectivos (sobre todo el Trastorno Bipolar) o el componente afectivo en los Trastornos Psicóticos (trastorno Esquizoafectivo). La importancia de los Trastornos de la Personalidad dentro de esta población también se ha subrayado, aunque nunca ha sido considerado el diagnóstico dominante. (Anexo 9)

Desde otra perspectiva, algunos autores sostienen que la condición de PRF constituye un fenómeno transitorio en la historia del paciente y no un comportamiento estable. Sobre este punto los resultados del presente estudio no realizan aportes y sería interesante realizar estudios longitudinales que realicen un seguimiento de los PRF. De todas formas la condición de PRF podría considerarse un modo de funcionamiento pasible de instalarse a largo plazo, pero no por ello debe convertirse en una condición inamovible.

Por otra parte es fundamental para el análisis el estudio del reingreso frecuente dentro de cada trastorno, ya que cada uno de ellos le brinda su impronta particular al fenómeno estudiado. En este sentido sería interesante realizar estudios comparativos a la interna de cada categoría diagnóstica entre los pacientes con y sin reingresos frecuentes. A continuación se profundizará en cada uno de los tres trastornos aislados. Se planteará también su relación con otras variables consideradas en el presente estudio: el consumo de sustancias, el motivo de ingreso y el IAE.

En cuanto a los pacientes de la categoría F7x (retraso mental), solo señalaremos que se trató de un subgrupo muy pequeño (3 pacientes) con el denominador común de presentar severos trastornos de conducta (retraso mental disarmónico).

6.2.2-Trastornos Afectivos

Los PRF pertenecientes a la categoría de trastornos afectivos son esencialmente pacientes con trastorno bipolar. Estos últimos constituyeron un 24 % del total de los PRF, mientras que en la población no PRF solo representaron porcentajes inferiores al 10%. El porcentaje de mujeres en esta categoría alcanzó el 68 %.

Si bien se observaron algunos casos de trastorno depresivo recurrente y trastorno depresivo mayor, la mayoría encontrada de pacientes con trastorno bipolar entre los PRF constituye un aspecto a destacar. El carácter episódico de los trastornos afectivos podría explicar su importancia dentro del grupo de los reingresos frecuentes. Otro aspecto que podría explicar este predominio es que un 73% de los pacientes con trastorno bipolar fue internado por la presencia de un episodio maníaco, que necesariamente requiere hospitalización para su manejo. Por otra parte la evolución del trastorno con un predominio de episodios maníacos provoca mayores niveles de deterioro funcional.

La mitad de los pacientes que cumplieron los criterios de PRF en ambos años estudiados tuvo diagnóstico de trastorno bipolar, lo que subraya su importante presencia entre los PRF más graves del bienio (Anexo 6). Este aspecto indica que si bien los trastornos afectivos presentaron algunos puntos porcentuales menos que los trastornos de la personalidad y los trastornos psicóticos al considerar el bienio, su lugar en el subgrupo de los exponentes más graves de la problemática del reingreso frecuente destaca su importancia. Asimismo los pacientes con Trastornos Afectivos fueron quienes presentaron el mayor promedio de internaciones en el transcurso de su vida.

El consumo no fue un elemento importante para esta población. Sí se destacó la escasa continencia familiar, encontrándose varias situaciones de hogares constituidos por el paciente y su madre añosa o el paciente y su cónyuge, también portador de enfermedad mental. Esto genera interrogantes acerca de la adherencia al tratamiento de este subgrupo. Otro aspecto a señalar es que, a diferencia de otros estudios, en el centro hospitalario donde se realizó la presente investigación no se encontraron pacientes con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivos entre los PRF. En los datos globales del Hospital Vilardebó dicho diagnóstico presenta porcentajes muy bajos (0.2 en 2014 y 0.3 en 2013) lo cual podría estar en la base de la nula presencia del mismo entre los PRF.

El predominio de los aspectos afectivos entre los PRF ha sido señalado por numerosos autores. Un ejemplo de ello lo constituye el trabajo de Green (1988), que destaca el componente afectivo en la población de PRF en un estudio comparativo con no PRF. Reporta un porcentaje significativamente mayor de pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y de trastorno bipolar.

En este sentido Webb et al. (2007) encontraron que los trastornos psicóticos constituían el diagnóstico más frecuente tanto en los PRF como en los no PRF. Sin embargo los trastornos afectivos se consideraron predictores de la condición de PRF, con un porcentaje significativamente mayor que en los no –PRF. Tanto Goldfinger et al (1984) como Kent et al (1995) realizan un planteo similar, jerarquizando el componente afectivo. Podría plantearse que la presencia de dicho componente complejiza la evolución de los cuadros psicóticos crónicos tradicionales. En el contexto que se desarrolla el presente estudio, al realizarse con menor frecuencia el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, no se realizan aportes en ese sentido. En este punto sería interesante profundizar en el uso de dicha categoría diagnóstica en este país.

El promedio de ingresos (teniendo en cuenta la totalidad de los mismos) se ubicó fundamentalmente en los rangos de “1-2” y de “3 y más” ingresos por año, lo cual implica una densidad alta de los mismos. Se situaron en una posición intermedia entre los trastornos psicóticos y los trastornos de la personalidad, que presentaron la menor y la mayor densidad de ingresos respectivamente. Si se tiene en cuenta la cantidad de años transcurridos desde la primera internación también se ubicaron en un lugar intermedio (9 a 12 años) siendo la media de la edad del primer ingreso mayor que para el resto de los trastornos (36 años). Esto muestra que es una población que inicia sus ingresos hospitalarios más tardíamente que los otros, que cuenta con varios años en su historia de hospitalizaciones, presentando una densidad alta de las mismas. No obstante, comparativamente se ubica en un lugar intermedio en relación a los otros trastornos.

6.2.3 Trastornos Psicóticos

Cabe señalar que los PRF pertenecientes a la categoría F2x presentaron diagnóstico de Esquizofrenia en su totalidad. Se observó que si bien estaban presentes, no predominaban sobre el resto ni ocupaban un lugar de privilegio. Estos resultados se encuentran en discrepancia con aquellos autores que plantean un franco predominio de pacientes Esquizofrénicos entre los PRF.

Por otra parte, era esperable contar con pacientes esquizofrénicos entre los PRF, por tratarse de una enfermedad mental grave, de curso evolutivo crónico, con descompensaciones periódicas que requieren hospitalización y que implican tratamientos a largo plazo.

Entre los autores que señalan el predominio de la Esquizofrenia se encuentran Voineskos y Denault (1978), Silva et al. (2009) y Juven Wetzler et al. (2011), entre otros. También Roick y al. (2004) y Martínez Ortega et al. (2011) sostienen que los mayores predictores de la condición de PRF están vinculados a la severidad de la psicopatología en dicha enfermedad. Por su parte, Botha et al. (2009) plantearon algunas alternativas para explicar el reingreso en la esquizofrenia, como por ejemplo que se trata de formas resistentes de la enfermedad que recaen más rápido o también formas más severas con un inicio más temprano que el resto y con trastornos de conducta que empujan a los cuidadores a consultar rápidamente. Otra posibilidad que señalan es que tengan un acceso más rápido a la hospitalización por ser altamente conocidos en los servicios de internación, mientras que la crisis de los no PRF tal vez sean manejada por más tiempo en la comunidad, sobre todo si los pacientes impresionan menos graves en un contacto inicial.

Este último aspecto muestra un factor interesante a considerar en los reingresos frecuentes: la tolerancia del entorno a los síntomas del paciente. Se podría plantear que hay familias que rápidamente consultan ante el mínimo signo de alarma y otros que tienen una mayor capacidad de manejar algunos síntomas de manera ambulatoria. Para optimizar esto último es importante contar con la presencia de equipos comunitarios de salud mental que realmente se consoliden en referentes para el paciente y su familia. Si la familia y el paciente visualizan al hospital psiquiátrico y a la internación como única alternativa de alivio de los síntomas y del sufrimiento las consultas se dirigirán fundamentalmente hacia dicha institución. Esto último eleva la probabilidad que se produzcan los ingresos.

En el presente estudio se destaca que un 40% de los pacientes esquizofrénicos presentó consumo de sustancias, lo que puede propiciar las descompensaciones y la discontinuidad del tratamiento farmacológico. El consumo fue de sustancias psicoactivas en algunos y de alcohol en todos los casos. Un aspecto importante para entender el fenómeno de la hospitalización múltiple en esta población fue la presencia de heteroagresividad como motivo de ingreso en aproximadamente la mitad de los casos. Dicha conducta se dirigía principalmente hacia la familia. La presencia de este tipo de conducta disruptiva es fuente de malestar en la misma y puede promover la búsqueda de hospitalización del sujeto. Este aspecto fue especialmente estudiado por Fresan et al. (2007) encontrando que las

conductas violentas en la esquizofrenia son causa importante de reingresos frecuentes. Las vinculan con la baja adherencia al tratamiento y dificultades de la familia en el relacionamiento con el paciente y en el manejo de la enfermedad.

En el presente estudio también se observó que las características de la familia de los pacientes psicóticos eran otro aspecto que contribuía a los ingresos frecuentes. El porcentaje de familias descritas como poco continentales fue muy amplio (75%). Del 85 % que vive con familiares, se destacaron múltiples situaciones en las que los pacientes viven con sus padres añosos, o con parejas o progenitores portadores de enfermedad mental o alcoholistas. Estas situaciones en las que el cuidador por su vejez, su enfermedad mental, o su consumo de sustancias no puede cuidar adecuadamente del paciente psicótico explican algunos casos en los que se producen los reingresos. A su vez, al no contar con alternativas suficientes de hogares protegidos para derivar a los pacientes en esa situación, se retroalimenta el circuito de los reingresos al otorgar el alta del paciente a su domicilio. Esta constituye una de las situaciones privilegiadas donde se observa que una carencia del sistema de salud incide directamente sobre los reingresos.

Otro aspecto a destacar es la ausencia de pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico agudo y transitorio entre los PRF. Cabe señalar que dicha categoría diagnóstica presentó en los ingresos generales del hospital en los últimos 5 años una presencia del 5-8%. Este hecho posiblemente se deba a que el trastorno psicótico agudo constituye un diagnóstico de los primeros episodios, siendo más propio de los ingresos primarios que de los PRF. A su vez algunos pacientes que en sus primeros ingresos reciben el diagnóstico de trastorno psicótico agudo posteriormente pueden modificarlo en los ulteriores ingresos, al observarse que se trata de un proceso esquizofrénico.

En suma, en la población de pacientes esquizofrénicos con reingresos frecuentes del bienio 2013-2014 se destacaron los pacientes cuyo motivo de ingreso fueron los trastornos de conducta y el consumo de sustancias, además de aquellos que ingresaron por un aumento de la sintomatología delirante y alucinatoria. A su vez se destacó su procedencia de hogares poco continentales, con cuidadores en situaciones complejas que imposibilitan el sostén del paciente. En cuanto a los aspectos asistenciales, presentaron el menor promedio de internaciones totales, situándose en su mayoría en el rango de 1-2 hospitalizaciones por año. La media de la edad de la primera internación fue de 25 años y la mayoría de los pacientes superaba los 12 años transcurridos desde la misma. En este aspecto constituyen los pacientes que tienen una historia de hospitalizaciones que involucra

la mayor cantidad de años. Este aspecto combinado con la edad joven del primer ingreso se relaciona con la menor densidad de los mismos, en comparación con los otros trastornos.

6.2.4 Trastornos de la personalidad

Se destaca que los pacientes de la categoría trastornos de la personalidad estaban sobre-representados en la población de PRF en comparación con su presencia en los ingresos totales del hospital en los últimos 5 años y de la población de no PRF del bienio estudiado. Dicho grupo estaba integrado exclusivamente por pacientes con diagnóstico de los trastornos límite (62%) y antisocial (38%).

En este sentido, surge la pregunta acerca del motivo por el cual el porcentaje de dichos pacientes se encontraba aumentado en la población de PRF, constituyendo además la categoría que presentó el mayor de los porcentajes en el bienio. Cabe señalar que su presencia destacada se explica en parte por las características psicopatológicas de los mismos. Los pacientes Límites suelen frecuentar asiduamente los servicios de emergencia psiquiátrica y los servicios de internación, por varios motivos. Por un lado la gran inestabilidad y los paroxismos de angustia que presentan hacen que concurren a pedir ayuda buscando un alivio del malestar, que los hace querer irse del hospital con la misma vehemencia con la que reclamaron ingresar. Esta alternancia entre distintos estados con diferentes presentaciones clínicas incide sobre el fenómeno de puerta giratoria, ya que en un momento el paciente se encuentra en crisis y en el otro lo vemos estabilizado (temporariamente) e impresiona estar en condiciones de alta. Una consecuencia posible de esta alternancia es la presencia de múltiples internaciones breves, a veces inclusive en las salas de observación del servicio de emergencia. Para este grupo de pacientes sería interesante realizar un estudio adicional de las consultas que realizan a la emergencia, por las características antes mencionadas y evaluar si además de ser PRF son también usuarios intensivos de los servicios de emergencia psiquiátrica.

Asimismo, el profundo malestar vinculado al sentimiento crónico de vacío y el desasosiego experimentado por estos sujetos generalmente precipita el pedido de ayuda. Otro aspecto importante es la gran impulsividad que presentan, que hace que realicen actos riesgosos para sí mismos o para terceros, lo cual generalmente también desemboca en una internación. Un aspecto a destacar es que en el contexto de una crisis es frecuente que el sujeto se desestructure y que por lo tanto la internación funcione como un marco de sostén que lo vuelve a armar y reorganizar.

En ocasiones durante la internación de estos pacientes se observa cómo se mimetizan con algunas características de sus compañeros de sala, en el contexto de la identidad caleidoscópica y camaleónica que presentan, En algunas oportunidades se aferran al rol de “enfermo mental” buscando un ropaje que le brinde un lugar en el mundo o una cierta estabilidad a su precario funcionamiento. La hospitalización fomenta sus aspectos más dependientes y regresivos.

Uno de los aspectos importantes encontrados en el presente estudio acerca de los PRF con diagnóstico de F60 fue el predominio de la heteroagresividad como motivo de ingreso, aunque también las autolesiones y los IAE. Es de destacar que todos los pacientes presentaron antecedentes de IAE y un alto porcentaje presentó consumo de sustancias

Los hombres constituían en su mayoría población carcelaria, joven (promedio 29 años), consumidora de pasta base y con severos trastornos de conducta. El trastorno que predominó fue el antisocial y la puerta giratoria se realizaba entre la cárcel y el hospital, con las características ya señaladas.

Otro aspecto a destacar fue la importante presencia de mujeres (76%) entre los PRF de la categoría de los trastornos de la personalidad. Estas presentaron una menor incidencia de población carcelaria que los hombres, siendo también personas jóvenes (promedio 31 años). El diagnóstico predominante fue el de trastorno límite y también presentaron consumo de PBC y trastornos de conducta. Una tercera parte aproximadamente se instalaba en la puerta giratoria entre el hospital y los refugios para personas en situación de calle. En ese caso también se observa que el circuito de los reingresos se alimenta con los beneficios secundarios de la internación, aspecto vinculado al fenómeno del hospitalismo. Muchos de estos pacientes al ser dados de alta permanecen satelizando el hospital. Otro tercio aproximadamente tenía una situación similar a la de los hombres, circulando entre la cárcel y las salas de seguridad del hospital. El resto vivía con sus familias.

Estos resultados están de acuerdo con los presentados por Martínez Ortega (2011), quien también destaca un grupo de mujeres jóvenes de similares características dentro de los PRF. Plantea que las dificultades en la adherencia al tratamiento, el soporte social deficitario, la inestabilidad afectiva y el consumo de sustancias serían factores asociados al reingreso múltiple en estos pacientes.

El común denominador de los hombres y las mujeres de este subgrupo es el consumo, y los severos trastornos de conducta que sugieren que se trata de casos sumamente graves dentro de dicha categoría diagnóstica. Se trata de pacientes que por sus características presentan dificultades de adaptación en los más variados contextos. A su vez pueden llegar a mostrarse bastante refractarios al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, lo que complejiza el abordaje de los mismos y también contribuye a la puerta giratoria. Además en lo relativo al manejo de la medicación se destaca la complicación extra del consumo abusivo y la automedicación que suelen realizar estos pacientes, así como el IAE por intoxicación con psicofármacos. Estos aspectos han sido destacados por Paumard et al. (2007) entre otros.

Este subgrupo tan particular dentro de los PRF fue detectado en múltiples estudios que exponen su complejidad. Se hará referencia a 3 de ellos por su destacado valor clínico. Los mismos presentan resultados coincidentes con el presente estudio en cuanto a la identificación de un grupo problemático de difícil manejo hospitalario y de compleja estrategia terapéutica que requiere una atención especial.

El primer trabajo es el de Robbins et al (1978) que plantea las dificultades en el abordaje terapéutico de un grupo de pacientes disruptivos, fundamentalmente constituido por hombres jóvenes a diferencia del presente estudio. Los autores destacan que reaccionan con ira ante las frustraciones y presentan consumo de alcohol y sustancias. Presentan trastornos de conducta durante la internación mostrándose amenazantes cuando no se satisfacen sus demandas. Señalan que: "En el gran grupo de los pacientes crónicos hay un pequeño pero problemático subgrupo de individuos que están en un estado de desequilibrio porque no se pueden adaptar a la comunidad pero tampoco permanecer en el hospital" (Robbins et al., 1978, p. 44).

En segundo lugar, Schwartz y Goldfinger (1981) describen un grupo similar de pacientes con un alto índice de consultas en puerta de emergencia y en servicios de internación psiquiátrica de agudos con iguales características que el grupo de Robbins et al (1978) y el encontrado en el presente estudio.

En tercer lugar se encuentra el trabajo de Geller (1986) que encontró que la mitad de los pacientes con mayor cantidad de reingresos de un Hospital Psiquiátrico estaba constituida por pacientes portadores de trastornos de la personalidad (en su mayoría trastorno límite). Estos resultados no reflejan la población total del hospital, en donde hay una amplia mayoría de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y los trastornos de la

personalidad solo representan el 9.3 %. Dichos porcentajes son muy similares a los encontrados en el presente estudio. También destacan que varios de estos pacientes se encontraban dentro de los más problemáticos del hospital, con alto índice de fugas y de agresiones al personal.

Se coincide con los autores anteriormente mencionados que un aspecto importante del problema es el funcionamiento que presentan estos pacientes durante la hospitalización y la pregunta siempre presente de hasta qué punto la misma es efectiva para brindarles tratamiento. Otro aspecto no menor es que también distorsionan el tratamiento de los pacientes psicóticos cuando se incluyen en espacios de rehabilitación psicosocial. Asimismo se observa que intentan abusar de las pensiones de invalidez, aumentando el beneficio secundario de la enfermedad. El uso que intentan hacer dichos pacientes de la hospitalización en ocasiones conduce a un efecto iatrogénico de la misma y al hospitalismo.

Si bien existen dificultades inherentes a la hospitalización de estos pacientes también existen aspectos positivos de la misma. Estos beneficios han sido destacados por varios autores, entre ellos Paumard et al. (2007), que señalan: la interrupción de determinados funcionamientos patológicos familiares, el aumento del compromiso terapéutico del paciente y su familia, la evaluación del funcionamiento del paciente, el cumplimiento farmacológico y la evaluación de los resultados del mismo (sin los desbordes habituales de estos pacientes con la medicación), el control el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, la posibilidad de confrontarlos porque se encuentra en un ambiente protegido y de mayor apoyo y la intervención directa sobre las crisis (p. 70)

En cuanto a los aspectos asistenciales fueron los que presentaron un mayor promedio de ingresos, predominando el rango de 3 y más ingresos por año. A su vez estos ingresos se realizaron en una menor cantidad de tiempo que el resto de los trastornos, ya que se ubicaron en su mayoría en el rango de 1-5 años transcurridos desde el primer ingreso. A lo anterior se le agrega que la media de la edad del primer ingreso fue la menor (23 años). Se trata de pacientes jóvenes, que comenzaron su carrera de hospitalizaciones hace pocos años y de manera precoz, presentando comparativamente el promedio por año más alto de ingresos

En síntesis, estos pacientes realizan un circuito a través de la puerta giratoria que incluye el hospital psiquiátrico, el refugio para personas en situación de calle y en ocasiones la cárcel. En ese circuito de exclusión se los ve girar en una carrera interminable. Si se quiere disminuir el uso intensivo de la internación que realiza este subgrupo de PRF, sería

importante la creación de dispositivos asistenciales extrahospitalarios específicos para los mismos.

6.2.5 Consumo de Sustancias

Un resultado importante del presente estudio es que el 51% de los PRF para el bienio consume sustancias psicoactivas, coincidiendo con múltiples trabajos en el tema (Surber y et al., 1987, Vogel y Huguelet 1997, Linares, 2002). Asimismo, el consumo de más 2 o más sustancias asciende al 46.8% en 2014 entre los PRF, lo cual es un indicador de la grave problemática de consumo de esta población. Estos resultados tuvieron estabilidad en la comparación entre los dos años, lo que sugiere que dicho consumo es un elemento importante para la comprensión de la complejidad del fenómeno de reingreso frecuente.

Un aspecto a destacar es que la sustancia que predominó fue la PBC, seguida del alcohol, lo que subraya la gravedad del consumo. En este sentido, Yaguez, et al. (2001), señalan la importancia del consumo de sustancias entre los PRF y citan una revisión sobre el tema de Drake y Brunette (1998) en la que concluyen que dicho consumo “complejiza la evolución de la enfermedad mental porque aumenta el riesgo de hospitalización, de problemas sociales y familiares y de estabilidad de la vivienda”. (Yaguez, et al.,2001, p. 530)

Entre los PRF consumidores se encontraron representados dos grupos con características psicopatológicas diferentes. El primero es el de los trastornos de personalidad que predominó entre los mismos (55 %) y el segundo fue el de los trastornos psicóticos (24%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico psicopatológico y el consumo de sustancias. Los PRF pertenecientes al grupo trastornos de la personalidad presentaron en los dos años estudiados porcentajes de consumo cercanos al 90%, lo que los define como un grupo con características particulares.

Se compararon los resultados obtenidos con un estudio nacional sobre consumo de sustancias y trastornos psicóticos llevado a cabo en el mismo centro asistencial que el presente estudio. En dicho trabajo detectaron que un 17.9 % de los pacientes psicóticos hospitalizados en la emergencia presentaba consumo reciente de sustancias psicoactivas. A su vez estos pacientes mostraban una mayor tasa total de ingresos que los no consumidores, aspecto que se encuentra en consonancia con los resultados del presente estudio. Agregan que los consumidores de cocaína y derivados presentaron mayor cantidad

de ingresos en el último año (Fielitz, Suárez, Escobal y cols. 2010). En este sentido, los autores señalan, basándose en la literatura sobre el tema, que el curso evolutivo de la enfermedad empeora en aquellos pacientes consumidores, reflejándose en un aumento del número de hospitalizaciones totales y en el último año. Este aspecto es coincidente con los resultados del presente estudio en cuanto a que el promedio de internaciones totales de los paciente era superior en aquellos casos que presentaban consumo de sustancias y alcohol.

Por otra parte, el consumo de sustancias entre los pacientes psicóticos tampoco parece ser una particularidad de los que cuentan con reingresos frecuentes y se considera que cerca de la mitad de los esquizofrénicos abusan de drogas o alcohol (Gregg y et al. 2007). Varios autores refieren que los pacientes psicóticos consumen alcohol y drogas para obtener un alivio de la sintomatología y que dicha conducta debe interpretarse como un intento de automedicación en un contexto de pobre control de impulsos (Botha et al. 2009, Gregg et al. 2007, Langdon, et al., 2001).

6.2.6 Intento de autoeliminación

En el presente estudio se encontró que más de la mitad de los PRF tenían antecedentes de IAE. Estos resultados pueden explicarse por la predominancia observada en los diagnósticos, ya que tanto trastornos de la personalidad del grupo B como los pacientes con trastornos afectivos presentan altos índices de IAE por sus características psicopatológicas.

Una limitación del presente estudio para el análisis de este aspecto es que no se cuenta con datos sobre los antecedentes de IAE en los pacientes que no cumplieron los criterios para reingresos frecuentes, por lo que no es posible realizar una comparación al respecto. En este sentido, Oyffe et al. (2009) no encontraron diferencias significativas entre casos y controles en lo que respecta a los antecedentes de IAE. Por su parte Linares (2002) encontró un mayor porcentaje de antecedentes de IAE entre los PRF planteando que el IAE es un motivo de consulta que por excelencia deriva en internación, aunque esta sea breve.

En un estudio nacional sobre el consumo de sustancias y el intento autoeliminación se encontró que en un grupo de pacientes consumidores de sustancias el 34.7% tenía antecedentes de IAE. Cabe señalar que se consideró una población bastante diferente a la del presente estudio ya que se excluyeron aquellos pacientes con enfermedades mentales que pudieran aumentar el riesgo suicida. Aún con esos criterios de exclusión se observó un

porcentaje no menor de conducta suicida. En dicho trabajo se destaca que los sujetos consumidores constituyen una población de riesgo para el IAE, aspecto que se desprende de la literatura sobre el tema. Los autores se preguntan si el consumo constituye una manera de mitigar estados depresivos en estos pacientes. (Larrobla y Pouy, 2007)

Por otra parte en el presente estudio se encontró una asociación significativa estadísticamente entre el consumo de sustancias y la presencia de intentos de autoeliminación. El consumo de sustancias puede emparentarse con la impulsividad y a su vez el descontrol de impulsos puede exacerbarse por la desinhibición generada por el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. De todas formas tanto el consumo de sustancias como el IAE son dos conductas complejas que responden a múltiples factores. Dicha vinculación requiere estudios adicionales que profundicen en la misma.

6.3 Aplicabilidad de los resultados

El presente estudio es el primero a nivel nacional que aborda la problemática de la hospitalización frecuente en el hospital psiquiátrico, llevándose a cabo en el centro asistencial de referencia nacional. Los resultados obtenidos brindan una primera aproximación al conocimiento de esta población tan compleja, lo cual permite sentar las bases para estudios posteriores en el tema, así como en temáticas conexas (IAE, consumo de sustancias).

Se trata de un grupo de especial interés desde la perspectiva de los gastos que implica, ya que la internación es uno de los servicios más costosos. Si se lograra disminuir la tasa de reingresos de los PRF estos recursos podrían destinarse a otras áreas de la atención en salud mental. Por otra parte, la posibilidad de incidir en los reingresos también repercute en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales. A su vez, para elaborar estrategias asistenciales hay que conocer en profundidad la población a la que van dirigidas, por lo que los presentes resultados pueden aplicarse al diseño de las mismas.

Este estudio le da visibilidad a las carencias del sistema de salud en cuanto a las estructuras de sostén y seguimiento de los pacientes con trastornos mentales en la comunidad. Pone en evidencia la necesidad de crear estructuras intermedias, del tipo de

las casas de medio camino. En ese sentido los resultados de la presente investigación son un aporte para la creación de estos y otros dispositivos asistenciales. También se destaca la importancia de tener en cuenta que dentro de los PRF se deben contemplar pacientes con características y necesidades distintas, correspondientes a los tres trastornos mayoritariamente representados que detectó la presente investigación. Asimismo, se debe considerar que el consumo de sustancias y los trastornos de conducta atraviesan a esos tres subgrupos de pacientes y aportan complejidad al abordaje de esta población.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

- 1) Los pacientes con reingresos frecuentes no constituyen una población homogénea sino pasible de ser dividida en subgrupos con características diferentes. Se trata de un grupo de pacientes jóvenes y con una predominancia estadísticamente significativa de sexo femenino. Los diagnósticos de los mismos se dividieron fundamentalmente en tres categorías de manera homogénea. Dichas categorías fueron los Trastornos de la Personalidad (Límite y Antisocial exclusivamente), la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar. Este aspecto es fundamental a la hora de planificar estrategias asistenciales para los mismos, ya que deben contemplar necesidades y características psicopatológicas diferentes.
- 2) La edad de los PRF no constituyó un elemento distintivo de dicha población y acompañó la tendencia general del resto de los pacientes hospitalizados en el bienio. De todas formas al tratarse de pacientes jóvenes, se considera que la edad constituye un aspecto importante a tener en cuenta para la planificación de estrategias asistenciales debido a que dichos pacientes potencialmente pueden tener por delante muchos años de un uso intensivo de los servicios de internación
- 3) El sexo si presentó características distintivas en la población de PRF, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa al realizar la comparación con la población no PRF. Los pacientes con reingresos frecuentes presentan un marcado predominio femenino. Dicho aspecto inaugura una nueva línea de investigación que tome como eje la pregunta sobre las posibles determinantes de dicho predominio femenino, dando lugar a diferentes abordajes de la problemática. Una de ellas puede ser la perspectiva del género, en relación a las dificultades que presentan las mujeres con trastornos mentales severos para desempeñar los roles asignados socialmente y la incidencia de este aspecto en la exclusión de estas mujeres a nivel familiar y social.

- 4) Los PRF constituyen una población de pacientes predominantemente solteros, desempleados, con bajo nivel de educativo y beneficiaria del subsidio estatal por discapacidad. Constituyen un grupo que presenta una gran vulnerabilidad y dependencia desde el punto de vista económico y social.
- 5) En cuanto al contexto de convivencia se destaca que los PRF viven fundamentalmente con sus familias, aunque estas en su mayoría fueron descritas como no continentes por el equipo tratante del paciente. El aislamiento social y el desamparo de esta población son dos aspectos a seguir profundizando en posteriores trabajos. El deterioro del vínculo con la familia en estos pacientes debe ser tenido en cuenta a la hora de diseñar estrategias asistenciales para los mismos. Se trata de una población compuesta por pacientes que pueden tener dificultades en el autocuidado y en el mantenimiento de la continuidad del tratamiento. Por lo tanto necesitan referentes que funcionen como figuras de sostén en funcionamiento cotidiano (sobre todo los pacientes psicóticos). Se considera que la instrumentación de estructuras alternativas a la convivencia con la familia, como por ejemplo las casas de medio camino, puede no solo disminuir el número de hospitalizaciones recurrentes sino constituir un elemento protector del vínculo con la familia, evitando la ruptura definitiva del mismo.
- 6) Los trastornos de conducta predominaron como motivo de ingreso sobre todo la heteroagresividad. Los PRF constituyen un grupo de pacientes disruptivos cuyas conductas probablemente sean escasamente toleradas por el entorno, lo que puede resultar en un aumento de los ingresos. Asimismo presentaron altos porcentajes de antecedentes de IAE. La impulsividad parece ser un aspecto destacable de esta población.
- 7) La distribución de diagnósticos de los PRF fue significativamente diferente a la distribución de los mismos en la población no –PRF. En el análisis comparativo se destaca que en los PRF existe una sobre representación de los trastornos afectivos (fundamentalmente trastorno bipolar) y de los trastornos de la personalidad, mientras que en los No PRF predomina el grupo de los trastornos psicóticos.

- 8) Aproximadamente la mitad de la población estudiada presentó consumo de sustancias, fundamentalmente PBC. Este aspecto agrega complejidad al diseño de estrategias asistenciales para los mismos. Además es un aspecto que afecta la adherencia y la eficacia del tratamiento farmacológico y promueve los episodios de descompensación de la patología de base. Para la población psicótica este aspecto en ocasiones restringe la posibilidad de ser incluidos en los dispositivos tradicionales de rehabilitación.

- 9) El problema de los reingresos frecuentes pone en evidencia una carencia en el sistema de salud nacional en lo que respecta a estructuras específicas capaces de contener a estos pacientes. El desarrollo de las mismas debe tener en cuenta las características de un subgrupo no menor dentro esta población que presenta trastornos de conducta. Asimismo la presencia destacada de tres trastornos mentales con características diferentes agrega complejidad a la planificación de las estrategias asistenciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuña, R. V. (2004). Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó. *Revista de psiquiatría del Uruguay*. 68(2), 194-207.

Aquines C., García Detomasi, S., & Porteiro García, M. F. (2011). Pacientes judiciales en el Hospital Vilardebó en el año 2010: estudio descriptivo de los ingresos a sala 11 entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2010. *Rev. psiquiatr. Urug*, 75(2), 96-109.

Arduino M, Cáceres D, Grases E. (1994). Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi: su evolución entre los años 1912 y 1992. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Año LVIII (328) ,10-22.

Arduino M, Porciúncula H, Ginés A. (2000). La Reforma Psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa Nacional de Salud Mental en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64 (2), 302-316

Arduino, M., Ginés, A. (2002). Noventa años de la colonia Etchepare. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 66 (2), 119 – 128

Bachrach, L. L. (1978). A conceptual approach to deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 29(9), 573-578.

Becker, T., & Vázquez-Barquero, J. L. (2001). The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(s410), 8-14.

Botha, U. A., Koen, L., Joska, J. A., Parker, J. S., Horn, N., Hering, L. M., & Oosthuizen, P. P. (2010). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(4), 461-468.

Burti, L. (2001). Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(s410), 41-46.

Casper, E. S., & Pastva, M. G. (1990). Admission histories, patterns, and subgroups of the heavy users of a state psychiatric hospital. *Psychiatric Quarterly*, 61(2), 121-134.

Caton, Carol LM. "The new chronic patient and the system of community care." *Psychiatric Services* 32.7 (1981): 475-478.

Chaput, Y. J., & Lebel, M. J. (2007). Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 58(3), 335-341.

Druss, B. G., Bruce, M. L., Jacobs, S. C., & Hoff, R. A. (1998). Trends over a decade for a general hospital psychiatry unit. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 25(4), 427-435.

Fielitz, P., Suárez, H., Escobal, M., Frontini, M. A., López-Rega, G., Navarro, V., ... & Campo, O. D. (2010). Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en Sala de Emergencia psiquiátrica: Hospital Vilardebó. Montevideo. Uruguay. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 106-113.

Fresan, A., Apiquian, R., Nicolini, H., & Garcia-Anaya, M. (2007). Association between violent behavior and psychotic relapse in schizophrenia: once more through the revolving door?. *Salud Mental*, 30(1), 25.

Garrido, P., & Saraiva, C. B. (2012). P-601-Understanding the revolving door syndrome. *European Psychiatry*, 27, 1.

Geller, Jeffrey L. "In again, out again: Preliminary evaluation of a state hospital's worst recidivists." *Psychiatric Services* 37.4 (1986): 386-390.

Ginés, A. (1998). "Desarrollo y Ocaso del Asilo Mental en el Uruguay". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 62(2) 37-40

Ginés, A. (2003) La Honda de Murguía .Revista de Psiquiatría del Uruguay, 67 (2) 173

Giraldez , C. (2015). Estudio de los ingresos primarios del Hospital Vilardebó, en 2007 y 2008, procedentes de Montevideo: un abordaje desde la Geografía de la Salud *Revista de psiquiatría del Uruguay*. 79(1):49-65

Goldfinger, Stephen M., John T. Hopkin, and Robert W. Surber. "Treatment resisters or system resisters? : Toward a better service system for acute care recidivists." *New directions for mental health services* 1984.21 (1984): 17-27.

Green, J. H. (1988). Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment. *Psychiatric Services*, 39(9), 963-966.

Gregg, L., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical psychology review*, 27(4), 494-510.

Hadley, T. R., Culhane, D. P., & McGurrin, M. C. (1992). Identifying and tracking "heavy users" of acute psychiatric inpatient services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 19(4), 279-290.

Heider, D., Kilian, R., Matschinger, H., Toumi, M., & Angermeyer, M. C. (2004). Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 744-751.

Heinman Navarra,C., Lopez Losada, L., Pretel Piqueras, J. Vilar Company, J (1988). Ingreso Psiquiátrico muy breve. *R.A.E.N*, VIII (027) recuperado en revistaen.es/index.php/aen/articula/viewfile/15049/14917.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta. ed.). México, DF: McGraw-Hill.

Juven-Wetzler, A., Bar-Ziv, D., Cwikel-Hamzany, S., Abudy, A., Peri, N., & Zohar, J. (2012). A pilot study of the "Continuation of Care" model in "revolving-door" patients. *European Psychiatry*, 27(4), 229-233.

Kent, S., & Yellowlees, P. (1995). The relationship between social factors and frequent use of psychiatric services. *Australasian Psychiatry*, 29(3), 403-408.

Kent, S., & Yellowlees, P. (1994). Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Psychiatric Services*, 45(4), 347-350.

Kent, S., Fogarty, M., & Yellowlees, P. (1995). A review of studies of heavy users of psychiatric services. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 46(12), 1247-1253.

Kent, S., Fogarty, M., & Yellowlees, P. (1995). Heavy utilization of inpatient and outpatient services in a public mental health service. *Psychiatric Services*, 46(12), 1254-1257.

Keown, P., Holloway, F., & Kuipers, E. (2005). The impact of severe mental illness, co-morbid personality disorders and demographic factors on psychiatric bed use. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(1), 42-49.

Kisely, S., & Campbell, L. A. (2007). Does compulsory or supervised community treatment reduce 'revolving door' care? Legislation is inconsistent with recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 191(5), 373-374.

Klinkenberg, W. D., & Calsyn, R. J. (1996). Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatric Services*.

Langdon, E. Yágüez, L, Brown J, Hope, P. (2001). Who walks through the 'revolving-door' of a British psychiatric hospital?. *Journal of Mental Health*, 10(5), 525-533.

Larrobla, C., & Pouy, A. (2007). Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas. *Revista Médica del Uruguay*, 23(4), 339-350.

Linares Vallejo, I. (2002) Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en Psiquiatría. (Tesis de Doctorado). Universidad de Valladolid. Recuperado de <http://www.cervantesvirtual.com/downloadpdf/estudio-evolutivo-de-pacientes-con-ingresos-multiples-en-psiquiatria-0/>

Lucas, B., Harrison-Read, P., Tyrer, P., Ray, J., Shipley, K., Hickman, M., ... & Lowin, A. (2001). Costs and characteristics of heavy inpatient service users in outer London. *International journal of social psychiatry*, 47(1), 63-74.

Martínez-Ortega, J. M., Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D., Higuera, A., Díaz, F. J., & Gurpegui, M. (2012). Factors associated with frequent psychiatric admissions in a general hospital in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 532-535.

Martínez-Ortega, J. M., Gutiérrez-Rojas, L., Jurado, D., Higuera, A., Díaz, F. J., &

Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R., & Arild Jørgensen, H. (2010). Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psychiatric services*, 61(1), 25-31.

Montgomery, P., & Kirkpatrick, H. (2002). Understanding those who seek frequent psychiatric hospitalizations. *Archives of psychiatric nursing*, 16(1), 16-24.

Murguía L, Soiza Larrosa A. (1987). Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, LII, 169-179

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: décima revisión: CIE-10*. Pan American Health Org.

Oyffe, I., Kurs, R., Gelkopf, M., Melamed, Y., & Bleich, A. (2009). Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: Cross sectional study. *Croatian medical journal*, 50(6), 575-582.

Paumard, C., Rubio, V., & Granada, J. M. (2007). Programas especializados de Trastornos de Personalidad. *Norte de Salud mental*, 7(27).

Porciúncula, H. & Wilhelm, I. (1996). Proyecto: Asistencia en Crisis Psiquiátricas -ACRI-. Premio otorgado por la Academia Nacional de Medicina. Sin publicar

Puschner, B., Steffen, S., Gaebel, W., Freyberger, H., Klein, H. E., Steinert, T., ... & Becker, T. (2008). Needs-oriented discharge planning and monitoring for high utilisers of psychiatric services (NODPAM): design and methods. *BMC health services research*, 8(1), 1.

Becker, T. (2008). Needs-oriented discharge planning and monitoring for high utilisers of psychiatric services (NODPAM): design and methods. *BMC health services research*, 8(1), 152.

Radford, M. D. (1992). The Copernican revolution in mental health services: Replacing the revolving door. *Journal of Mental Health*, 1(3), 229-239.

Robbins, E., Stern, M., Robbins, L., & Margolin, L. (1978). Unwelcome patients: Where can they find asylum?. *Psychiatric Services*, 29(1), 44-46.

Roick, C., Heider, D., Kilian, R., Matschinger, H., Toumi, M., & Angermeyer, M. C. (2004). Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 744.

Romano S, Pérez V., Ricci G., Trindade, A (2015). Descripción de la población asistida en la sala de salud mental del Hospital Maciel en un año. *Revista de psiquiatría del Uruguay*. 79(1):13-28

Rosenblatt, A., & Mayer, J. E. (1974). The recidivism of mental patients: a review of past studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44(5), 697.

Sampieri, R., Fernandes, Collado, C., Baptista, P. (1991). *Metodología De La Investigación*. Mexico: Mcgraw-Hill Interamerica.

Sánchez, R., Jaramillo, L. E., & Herazo, M. I. (2013). Factors associated with early psychiatric rehospitalization. *Biomédica*, 33(2), 276-282.

Schwartz, S. R., & Goldfinger, S. M. (1981). The new chronic patient: Clinical characteristics of an emerging subgroup. *Psychiatric Services*, 32(7), 470-474.

Silva, N., Bassani, D., & Palazzo, L. (2009). A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions. *Psychiatric Services*, 60(6), 786-791.

Surber, R. W., Winkler, E. L., Monteleone, M., Havassy, B. E., Goldlinger, S. M., & Hopkin, J. T. (1987). Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services. *Psychiatric Services*, 38(10), 1112-1114.

Talbott, J. A. (2004). Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past. *Psychiatric Services*, 55(10), 1112-1115.

Todd, J., Green, G., Harrison, M., Ikuesan, B. A., Self, C., Pevalin, D. J., & Baldacchino, A. (2004). Social exclusion in clients with comorbid mental health and substance misuse problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(7), 581-587.

Tomita, A., Lukens, E. P., & Herman, D. B. (2014). Mediation analysis of critical time intervention for persons living with serious mental illnesses: Assessing the role of family relations in reducing psychiatric rehospitalization. *Psychiatric rehabilitation journal*, 37(1), 4.

Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Dennis, C. L., Leszcz, T., Taylor, V. H., Blumberger, D. M., & Seitz, D. P. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 187-194.

Vogel, S., & Huguelet, P. (1997). Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(3), 244-253.

Voineskos, G., & Denault, S. (1978). Recurrent psychiatric hospitalization. *Canadian Medical Association Journal*, 118(3), 247.

Webb, S., Yágüez, L., & Langdon, P. E. (2007). Factors associated with multiple re-admission to a psychiatric hospital. *Journal of Mental Health*, 16(5), 647-661.

Weinstein, A. S., & Cohen, M. (1984). Young chronic patients and changes in the state hospital population. *Psychiatric Services*, 35(6), 595-600.

Wenstein, AS, Di Pascuale D., Winsor, F. (1973) Relationship between length of stay in and out of the New York State Mental Hospitals. *Am J Psychiatry*, 130, 904-909.

Woogh, C. M., Meier, H. M., & Eastwood, M. R. (1977). Psychiatric hospitalization in Ontario: the revolving door in perspective. *Canadian Medical Association Journal*, 116(8), 876.

ANEXO 1 -VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

variable	Número de categorías	categorías	Nivel de medición	observaciones
sexo	2	Masculino /femenino	nominal	
edad	Rango entre....	19-29, 30-40, 41-50,60-66		
Estado civil	7	Sin dato/soltero/casado/ concubinato/divorciado/ separado/viudo	nominal	
Nivel educativo	11	Sin dato/sin educación Primaria incomp./ Primaria comp./ Ciclo básico incomp./ Ciclo básico comp./ Bachillerato incomp/ Bachillerato comp/ Superior incomp. Superior comp/otros	ordinal	
Actividad laboral	4	Sin dato/no trabaja/ Actividad formal/ actividad informal		
Ingreso subsidio	por 4	Sin dato/subsidio por Incapacidad/ otro subsidio/sin subsidio	nominal	
hijos	3	Sin dato/si/no	nominal	
procedencia	3	Sin dato/Montevideo/interior		
Situación judicial	3	Sin dato/ proveniente de cárcel/ no proveniente de cárcel		

ANEXO 2- VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS

Variable	Nº de categorías	Categorías Ver tabla	Nivel de medición	observaciones
Diagnóstico psicopatológico	11	PGT CIE10	nominal	
Intento de autoeliminación (IAE)	3	Sin dato/ si/no	nominal	
Número de IAE	4	Sin dato/ 1 a 2/ 3 o más/ no corresp.	discreta	
Consumo de Sustancias psicoactivas y alcohol	3	Sin dato/ consume/ no consume	nominal	
Tipo de sustancia consumida	5	PBC/ OH/ THC/Cocaína/ no corresponde	nominal	
Motivo de ingreso última internación	5	Trastornos de conducta/ Ep. depresivo/ Ep. maníaco,/Sd. delirante /sin dato	nominal	

ANEXO 3 - VARIABLES VINCULADAS AL SOPORTE SOCIAL Y FAMILIAR

Variables	Nº de categorías	Categorías	Nivel de medición
Contexto de convivencia	6	s/d, vive solo, vive con algún familiar, c/ externos a la familia, casa de salud u otros, cárcel	nominal
Situación de calle	3	s/d, si/no	nominal
Continencia familiar	3	s/d, si/no	nominal

ANEXO 4 – PRINCIPAL GRUPO DE TRASTORNO

F0x = (F00-F09) -T.M orgánicos, incluidos sintomáticos

F1x = (F10-F19) -T.M. y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas

F2x = (F20-F29) -Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes-

F3x = (F30-F39) -Trastornos del humor-afectivos-

F4x = (F40-F48) -Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomórfos

F5x = (F50-F59) -Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos-

F6x = (F60-F69) -Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto-

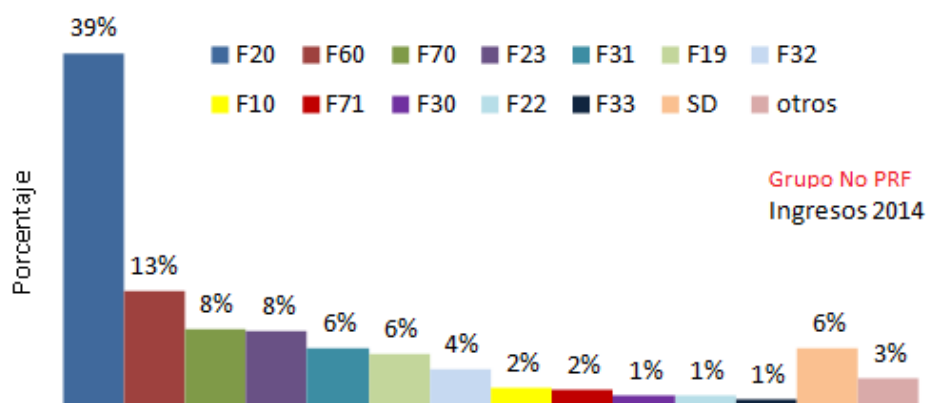
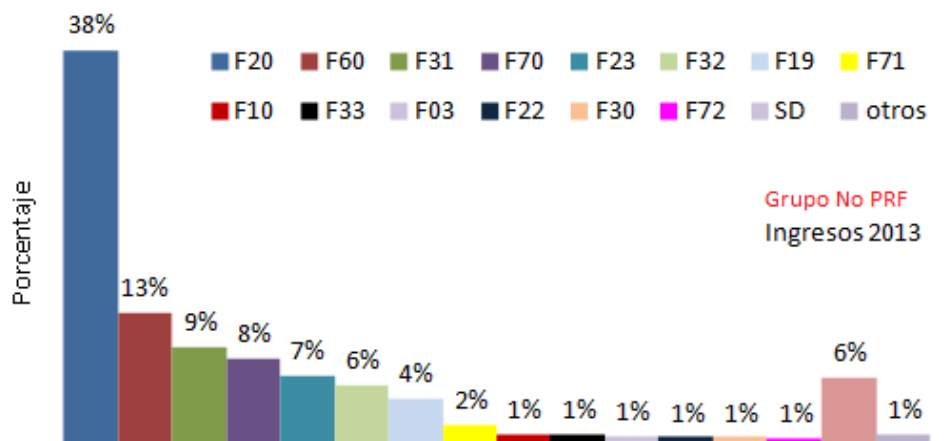
F7x = (F70-F79) -Retraso Mental-

F8x = (F80-F89) -Trastornos del desarrollo Psicológico-

F9x = (F90-F98) -Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia-

F99 -Trastornos mentales sin especificar-

ANEXO 5 Diagnósticos para los No PRF según año de ingreso



ANEXO 6

Características de las pacientes que cumplen los criterios de PRF los dos años

Sexo	Edad	Diagnóstico.	Consumo	Convivencia.	Motivo de Ingreso	Nº de internaciones en la vida	Días de estadía bienio
Mujer	48	F33	No	Vive Con FLIA	EDM	17	118
Mujer	39	F60	PBC- THC- COC-OH	Sola/calle	Tr. conducta	25	500
Mujer	39	F31	No	Externos familia	Ep. Maníaco	67	295
Mujer	61	F31	No	Familia	Ep. Maníaco	18	188
Mujer	56	F31	No	Familia	s/d	13	250
Mujer	32	F60	PBC-THC	Sola/calle	Heteroagr / hospitalismo	19	505

ANEXO 7

Edad de los PRF en otros estudios sobre el tema

Goldfinger, Hopkin, Surber (1984)	Predomina rango 26-36 años
Geller (1986)	Media 35.8 años
Surber y cols.(1987)	Media 33.6 años
Green (1988)	Estudio comparativo: PRF más jóvenes que no PRF. Predomina rango 30-39 años
Casper y Patsva (1990)	PRF en década de los 30
Kent, Fogarty y Yellowlees (1995)	Media 34.9 años
Lucas, Harrison Read, Tyrer (2001)	Media 39 años
Linares Vallejo (2002)	PRF 9 años más jóvenes que controles. Media: 35 años
Roick y cols. (2004)	PRF significativamente más jóvenes (el estudio solo incluye F2x)
Webb, Yaguez, Langdon (2007)	PRF significativamente más jóvenes que el resto
Oyffe, Kurs, Gelkoft (2009)	No encuentran diferencias con los controles
Martínez Ortega (2011)	PRF más jóvenes que el resto

ANEXO 8

Distribución porcentual por sexos de los PRF otros estudios sobre el tema

Voineskos y Denault (1978)	3 veces más hombres que mujeres
Surber y cols. (1987)	69% sexo masculino
Goldfinger y cols. (1984)	70% sexo masculino
Casper y Patsva (1990)	60-70% sexo masculino
Kent y cols. (1995b)	52% sexo femenino
Vogel y Huguelet (1997)	54% sexo femenino
Green (1988).	64% sexo femenino

ANEXO 9

Principales diagnósticos de los PRF de acuerdo a los resultados presentados en la literatura

Voineskos y Denault (1978)	Esquizofrenia
Goldfinger et al.(1984)	Trastorno Bipolar y Trastorno de la Personalidad sobre representados
Surber (1987)	28% Esquizofrenia, 23% Trastorno Bipolar, 9% Trastorno de Personalidad (Limite)
Geller (1986)	50% Esquizofrenia y 50% Trastorno de la Personalidad
Green (1988)	24% Esquizofrenia, 24% Trastorno Esquizoafectivo, 28% Trastorno Bipolar, 12%Trastorno Depresivo Mayor
Casper y Patsva (1990)	50% Esquizofrenia
Kent et al (1995)	Trastornos Psicóticos 56% (Esquizofrenia y Esquizoafectivo) Trastornos Afectivos (Bipolar) 20%, Trastornos de la Personalidad 16%
Vogel y Huguelet (1997)	Trastornos Afectivos (Principalmente T. Bipolar)
Webb,rt al. (2007)	51% Trastornos Psicóticos, 49% Trastornos Afectivos
Silva et al. (2009)	Esquizofrenia
Martínez Ortega (2011)	Esquizofrenia, Esquizoafectivos y Trastornos de la Personalidad
Juven-Wetzler et al (2011)	71% Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo
Lucas et al (2001)	No diferencias diagnósticas entre PRF y controles, mayoría Esquizofrenia (64%)
Linares (2002)	Mayor porcentaje de Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Trastorno depresivo mayor pero sin significación estadística

