



Universidad de Valladolid

Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría

Irene Linares Vallejo

Tesis de Doctorado

Facultad de Medicina

Directores: Dr. D. José Javier Castrodeza Sanz
Dr. D. Jesús José de la Gándara Martín

2002

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA

ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, MICROBIOLOGÍA, MEDICINA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA,
MEDICINA LEGAL Y FORENSE

TESIS DOCTORAL

***ESTUDIO EVOLUTIVO DE PACIENTES CON
INGRESOS MÚLTIPLES EN PSIQUIATRÍA***

IRENE LINARES VALLEJO

DIRECTORES:

DR. D. JOSÉ JAVIER CASTRODEZA SANZ

DR. D. JESÚS JOSÉ DE LA GÁNDARA MARTÍN

VALLADOLID, SEPTIEMBRE DE 2002.

BIBLIOTECA VIRTUAL

**ESTUDIO EVOLUTIVO DE
PACIENTES CON INGRESOS MÚLTIPLES
EN PSIQUIATRÍA**

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que han hecho posible la realización de este trabajo. En primer lugar, y muy especialmente, a mi maestro y amigo D. Honorio Hernández Herrero, por la inestimable ayuda prestada en el diseño del estudio, en la recopilación de datos y en el análisis estadístico de los mismos, así como por su constante estímulo, dedicación y buenos consejos. También deseo expresar mi gratitud al Dr. D. Jesús José de la Gándara por su dirección y amabilidad y al Dr. D. José Javier Castrodeza por su confianza en este proyecto, su constante ayuda y disponibilidad en todo momento.

Sería un olvido por mi parte no dar públicamente las gracias a los médicos especialistas y personal administrativo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Divino Vallés y General Yagüe de Burgos, por las informaciones y documentos facilitados.

A mis padres, que me han soportado con paciencia y han sabido asesorarme para hacer más fácil y llevadera la investigación y la redacción del presente trabajo.

A la memoria de Asterio Vallejo, un pequeño gran hombre.

ÍNDICE

<i>I.-INTRODUCCIÓN</i>	8
I-1. Los pacientes con ingresos múltiples en la literatura	9
I-1.1.- Condicionantes	9
I-1.2.- Acotaciones sobre el concepto de ingresadores múltiples ...	11
I-1.3.- Características de los reingresadores	21
I-1.4. - Análisis del estado de la cuestión	26
I-1.5.- Planteamientos formulados en estos trabajos	59
I-1.6.- Aspectos metodológicos de estos estudios	72
I-1.7.- Otros hallazgos destacados en los trabajos	81
I-2. Evolución de los pacientes con ingresos múltiples	83
 <i>II.- PLANTEAMIENTOS, OBJETIVOS E</i>	
<i>HIPÓTESIS DEL ESTUDIO</i>	85
 <i>III.- MATERIAL Y MÉTODOS</i>	91
III-1.- Pacientes	92
III-2.- Tipo de estudio	95
III-3.- Variables	100
III-4.- Pruebas estadísticas	105
III-5.- Limitaciones del estudio	115

IV.- RESULTADOS	117
IV-1.- Datos previos	120
IV-2. - Estudio comparativo casos-controles	122
IV-3. - Capacidad de predicción de las variables	137
IV-4.- Exploración de variables definitorias de la condición de ingresador múltiple	142
IV-4.1.- Variable número de ingresos	145
IV-4.2.- Variable periodo 2	153
IV-4.3.- Variable estancia total	161
IV-5.- Aspectos evolutivos	175
IV-5.1.- Evolución general del número de ingresos en el servicio de psiquiatría	175
IV-5.2.- Evolución de los pacientes estudiados	178
IV-5.3. Patrones de ingresadores múltiples	182
IV-6.- Estudio de supervivencia de los grupos de estudio y control	193
IV-6.1.- Persistencia ingresando del grupo de estudio frente al control	194
IV-6.2.- Supervivencia comparada casos–controles y posibles predictores	202

IV-6.3.- Supervivencia y posibles predictores en el grupo de estudio 206

V.- DISCUSIÓN 209

VI. CONCLUSIONES 290

VII. BIBLIOGRAFÍA 295



BIBLIOTECA VIRTUAL



I.- INTRODUCCIÓN

I-1. LOS PACIENTES CON INGRESOS MÚLTIPLES EN LA LITERATURA

I-1.1. Condicionantes.

El fenómeno de los pacientes que ingresan reiteradamente ha venido considerándose en los últimos años como una circunstancia corriente en los servicios de psiquiatría, donde a poco de permanecer en la unidad de hospitalización supuestamente uno se tropezaría con pacientes viejos conocidos de forma sistemática.

Este hecho se ha ligado a:

- a) Eventos históricos en la asistencia psiquiátrica, como la desinstitutionalización en los años 60, con el correspondiente desafío de mantener a los pacientes psiquiátricos en la sociedad, lo que propició manifestaciones de tipo “puerta giratoria”.
- b) A los cambios de la política sanitaria, con una drástica disminución en el número de camas en los hospitales psiquiátricos, lo que conlleva un aumento en los reingresos en unidades de agudos, aunque tiendan a ser más cortos y beneficiosos para el enfermo,

existiendo por otra parte variedad de dispositivos extrahospitalarios como los equipos de salud mental (ESM), los hospitales de día, centros de día, centros de acogida, etc., que intentarían paliar estas sucesivas hospitalizaciones de determinados pacientes.

- c) A un número considerable de variables, entre las que podemos citar el recrudecimiento de patologías difíciles de tratar (se han citado la gran frecuencia de diagnósticos como esquizofrenia y trastornos afectivos entre esta población, así como la comorbilidad con abuso de alcohol / sustancias y los trastornos de personalidad), el mal cumplimiento terapéutico, las conductas violentas, el seguimiento inapropiado del paciente, los tratamientos o programas de rehabilitación inadecuados, los problemas en el grupo familiar de apoyo primarios o secundarios a la patología del enfermo, etc.
- d) A tener en cuenta, además, toda una serie de factores ajenos a la propia patología del paciente y que dependen en casos concretos de:
- 1) Instituciones: la inexistencia de unidades de rehabilitación, la inadecuada disponibilidad de camas en las mismas, inexistencia de dispositivos de crónicos o unidades

de larga estancia o inadecuada política de utilización de los mismos;

2) Médicos: criterios que utilizan los distintos psiquiatras que deciden o no el ingreso (residente-adjunto de guardia, psiquiatras de los ESM, psiquiatras con ejercicio privado)

3) Programas y centros en la comunidad que impliquen no solo a los enfermos mentales sino la atención de marginados, indigentes, vagabundos, enfermos penitenciarios, etc., que acaban muchas veces en la unidad de psiquiatría por ignorancia, carencia de un abordaje adecuado de sus problemas o falta de centros adecuados. En el mismo sentido estaría el uso del hospital por razones distintas de las psiquiátricas; problemas económicos, vivienda u otros estresores psicosociales que precipitan la hospitalización.

I-1.2. Acotaciones al concepto de ingresadores múltiples

Se han empleado diversos términos para designar a este tipo de pacientes: “ingresador múltiple”, de “puerta giratoria (*revolving door*)”,

“frecuentador de servicios de hospitalización”, “recidivismo”, “rehospitalizaciones múltiples”, etc. Geller [1982] rastrea los orígenes del término “*revolving door*” y nos cuenta que se empleó por primera vez en 1958, en un libro sobre alcohólicos que entraban en contacto con la policía (Pittman [1958]). Después, en los años 60, tras la publicación de *Action for Mental Health*, el término se empleó para referirse a aquellos pacientes mentales con antecedentes criminales. En los años 70 pierde estas connotaciones de interacción entre enfermedad mental y sistema legal, generalizándose su uso. A veces se empleaba indistintamente recidivismo y *revolving door*, pero el primero tenía en sus orígenes connotaciones legales, empleándose para hacer alusión a la relación existente entre enfermedad mental y crimen. En otro orden de cosas se empleó el término *revolving door* para inculpar al sistema de la situación del paciente que ingresaba una y otra vez, cuando estaba en la mente de todos que existía un apoyo inadecuado para estos pacientes, unos sistemas de rehabilitación precarios, unas líneas de política sanitaria y legal contradictorias, etc., mientras que se reservaba el término de recidivismo para indicar que el causante de esta situación era el propio paciente (incumplimiento terapéutico, ambivalencia, carácter cíclico de la enfermedad mental, etc.).

A pesar de ello Rosenblatt y Mayer (citados por Geller) concluyen en su artículo sobre recidivismo que el único factor que se correlaciona con la tendencia de un paciente a volver al hospital es el número de ingresos previos, para dar a entender que hay un tipo de paciente que, independientemente de las patologías que sufra, los síntomas y las intervenciones terapéuticas que sobre él se realicen, “prefiere” instalarse en el estilo *revolving door*. Ello podría acarrearle indudables ventajas prácticas, provocándole actitudes regresivas de funcionamiento primitivo, que son mantenidas en un movimiento cíclico a la vez por el paciente y por la sociedad que no es capaz de resolver problemas difíciles de manera más sofisticada.

Recientemente, incluso, se ha estudiado este hecho en otras áreas o disciplinas ajenas a las connotaciones psiquiátricas que acabamos de comentar. Existen trabajos que estudian los reingresos frecuentes en cualquier servicio de un hospital general, especialmente unidades de cuidados intensivos y medicina interna y en el contexto de enfermedades crónicas recidivantes que precisan de múltiples hospitalizaciones. La mayoría de las veces con vistas a su posible utilización como indicador de calidad asistencial, lo que parece descartado momentáneamente.

Al respecto, ya en 1973 Erickson y cols. reflexionaban sobre lo absurdo de definir el éxito o el fracaso de un programa terapéutico en razón del tiempo de estancia y las tasas de reingreso, modelo basado en la “velocidad de tratamiento”, de forma que el alta prematura equivaldría a haber alcanzado los objetivos terapéuticos y el no reingresar significaría la no necesidad de tratamiento futuro, y cómo habría que proponer un modelo centrado en el “periodo óptimo de tratamiento”, que tuviera en cuenta los objetivos terapéuticos a alcanzar, las escalas o los procedimientos para medir dichos objetivos, el tiempo necesario para alcanzar lo anterior en una población de pacientes con un diagnóstico determinado y el empleo de un programa terapéutico concreto.

Por supuesto, nos hemos olvidado deliberadamente de la literatura existente en torno a los reingresos en otros terrenos que la psiquiatría, dado que no es nuestro tema, pero también es importante que nos olvidemos de los viejos tics de nuestra disciplina. Es más que probable, al menos actualmente, que los reingresos múltiples no pertenezcan en exclusiva a la psiquiatría, con su historia “especial” y con sus enfermos “diferentes”, sino que aparezcan en cualquier sala del hospital, especialmente en aquellas que tratan patologías crónicas, y es probable que motivaciones semejantes a las que encontramos en nuestros

enfermos aparezcan también en los enfermos “somáticos”. El estilo de vida *revolving door* lo puede tomar cualquier bronquítico o cualquier cardiópata, etc., por no hablar de las relaciones, incluso de servidumbre, hacia determinadas máquinas o dispositivos de tratamientos médicos. Si queremos examinar los problemas sociales y familiares echemos un vistazo a nuestros ancianos, cada vez más dependientes de la medicina y cada vez transportados al hospital con más entusiasmo por parte de sus familiares.

En realidad, en la cuestión de los ingresos múltiples de un paciente no se habla de un fenómeno unívoco, ni puede existir, por tanto, un único término para referirse a ello. Queremos observar unas patologías recurrentes que los originan, unas deficiencias de la asistencia sanitaria, un artefacto como el hospitalismo, un modo de vida...

No hay unos criterios que puedan definir a quién consideramos una persona ingresadora múltiple. Si reparamos en el número de ingresos, ¿a partir de cuántos ingresos? Si lo que tenemos en cuenta son los años que continúa ingresando, ¿cuánto tiempo de observación necesitamos? ¿Podemos fijarnos en la estancia que va acumulando en el hospital sumando los sucesivos ingresos? ¿Se ha de tener en cuenta la *ratio* institucionalización / período observado (días

de estancia en el hospital / años de seguimiento o número de ingresos / años de observación)? ¿Debemos exigir un cierto intervalo entre ingresos para hablar de un nuevo ingreso? y en tal caso ¿cuántos días tendrían que transcurrir? ¿Cómo considerar los ingresos de unas horas, o de algún día, o incluso 2-3 días, o las estancias exageradamente largas en razón de otros condicionantes sanitarios o legales? Si el mismo paciente dejó de ingresar varios años pero volvió a hacerlo después ¿ha de considerarse igual? Cada autor hace sus acotaciones al respecto cuando se plantea un trabajo sobre esta materia.

Veamos algunos ejemplos en la literatura:

Ingresador o reingresador múltiple entendido bajo la perspectiva del número de ingresos que hace en un determinado período de tiempo

En los diversos estudios aparecerían definidos como:

- ✓ Los pacientes que tienen tres o más reingresos en un año.
- ✓ Los que tienen más de tres ingresos en 18 meses.
- ✓ Los que tienen tres ó más reingresos en dos años.
- ✓ Los que tienen tres o más ingresos en tres años.

- ✓ Los que tienen cuatro ó más ingresos en cuatro años
- ✓ Los que han ingresado cuatro o más veces en un periodo de cinco años.
- ✓ Los que disponen de cinco o más ingresos durante el periodo de dos años anteriores al ingreso llave de un año.
- ✓ Algunos autores son más explícitos considerando que tenían que pasar al menos 10 días desde el alta anterior para contabilizar nuevo ingreso y que había dos tipos de ingresadores múltiples:
 - a) Los que tienen como mínimo cuatro ingresos y un periodo entre reingresos no superior a un cuarto del periodo de observación (de 10 años; o sea 2,5 años)
 - b) Los que tienen un mínimo de cuatro ingresos durante el primer cuarto de periodo de estudio (2,5 años).
- ✓ También otros consideran dos tipos de pacientes reingresadores:
 - c) Pacientes con al menos un ingreso durante el periodo índice (2,5 años) y más de tres ingresos en el año anterior o posterior al índice.

d) Pacientes con al menos un ingreso durante el periodo índice (2,5 años) y más de dos ingresos en el año anterior o posterior al índice.

✓ Algunos definen los reingresadores en razón de otras circunstancias como:

e) En función de la ecuación:

$$n^{\circ} \text{ reingresos} / \text{edad} > 0,48$$

f) Al menos un ingreso al año desde el primer ingreso del paciente, con no menos de 15 ingresos

Resumimos en la Tabla I estos datos con los autores que los propusieron:

TABLA I

Reingresadores múltiples según número de ingresos / período de tiempo

Número de ingresos / período	Autores
3 o más ingresos / 1 año	Surber y cols., 1987; Vogel y Huguelet, 1997; Martín Calvo y cols, 2000; Ruiz y cols., 2001
3 o más ingresos /18 meses	Casper y cols., 1990; Green, 1988
3 o más ingresos /2 años	Goodpastor y Hare, 1991
3 o más ingresos / 3 años	Kent y cols., 1994

4 o más ingresos/ 4años	Woohg y cols., 1977
4 o más ingresos /5 años	Lewis y cols., 1990.
5 o más en 2 años anteriores a un episodio llave.	Voineskos y cols., 1978
Dos tipos: al menos 1 ing / 2,5 años + a) > 3 ing en año anterior o posterior b) > 2 ing en año anterior o posterior	Carpenter y cols., 1985
Dos tipos: a) N° reing / edad > 0,48 b) Al menos 1 ing / año y no más de 15 ingresos	Geller y cols., 1986
Dos tipos: a) 4 ing / 2,5 años b) 4 ing y un intervalo entre ing. de < 2,5 a.	Kastrup, 1987

Ingresador o reingresador múltiple entendido bajo la perspectiva de los reingresos / recaídas que tiene en un período de tiempo tras el alta

En estos estudios no se plantea una definición del hecho en sí sino que se trata de detectar reingresos o recaídas en un período de tiempo, generalmente reducido, tras el último alta, como índice o expresión de probables ingresos frecuentes. Así se investigan:

- ✓ Reingresos al mes del alta.
- ✓ Reingreso a los tres meses del alta.
- ✓ Reingreso a los cuatro meses tras el alta.
- ✓ Reingreso en seis meses tras el alta.
- ✓ Reingreso en un periodo entre seis y trece meses tras el alta.
- ✓ Reingreso a los 10 meses tras el alta.
- ✓ Reingresos en un seguimiento de 1 año
- ✓ Reingresos el año anterior y el posterior al tratamiento involuntario ambulatorio.
- ✓ Reingresos en un seguimiento de 18 meses.

- ✓ Reingresos en 3 años de seguimiento.
- ✓ Reingresos en cuatro años desde la identificación.
- ✓ Tasas de reingresos en cinco años.
- ✓ Reingresos en 10 años de seguimiento.

En la tabla II resumimos estas observaciones y sus autores.

TABLA II

Reingresadores múltiples según reingresos tras alta

Reingresos tras alta/ período	Autores
Reingresos al mes del alta	Monnelly, 1997; Lieberman y cols, 1998
Reingresos a los 3 meses del alta	Olíson y cols., 1999 ; Sullivan y cols., 1995
Reingresos a los 4 meses del alta	Galán y cols., 2001
Reingresos a los 6 meses del alta	Lyons y cols., 1997; Harris y cols., 1986
Reingresos a los 10 meses del alta	Appleby y cols., 1993
Reingresos a los 12 meses tras el alta	Swartz y cols., 1999; Altman y cols., 1973
Reingresos 1 año antes o después de régimen ambulatorio involuntario	Zanni y cols., 1986
Reingresos en seguimiento de 18 meses	Figuerido y cols., 1997
Reingresos en 3 años de seguimiento	Fenning y cols., 1999
Reingresos en 4 años tras identificación	Brenan y cols., 2000; Dickey y cols., 1981
Reingresos en 5 años tras el alta	Daniels y cols., 1998
Reingresos en 10 años de seguimiento	Druss y cols., 1998

I-1.3. Características de los reingresadores

A pesar de estas dificultades de denominación muchos autores le han asignado unas características diferenciales a estos pacientes reingresadores por comparación con otros grupos de pacientes que no presentan este hecho.

En cuanto a sus características sociodemográficas, serían:

- Pacientes más jóvenes que el promedio de pacientes psiquiátricos.
- Preferentemente varones.
- En mayor frecuencia solteros o divorciados, separados o casados con más problemas de relación de pareja.
- Residentes en la ciudad, viven solos o con la familia de origen.
- Con un nivel educacional básico.
- Con desempleo y ayudas estatales, pensionistas.
- Presentando a menudo problemas de subsistencia.
- Realizan menos actividades de ocio y las valoran como menos placenteras.

Desde el punto de vista de la patología que padecen:

- Suelen estar diagnosticados de esquizofrenia, psicosis en demencias y psicosis orgánicas, trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias, trastornos bipolares, psicosis psicógenas y neurosis.
- Otros autores sintetizan los diagnósticos en que padecen una patología psiquiátrica crónica, especialmente psicosis y trastornos afectivos, y de larga evolución.
- Para otros hay que tener en cuenta la patología dual y la comorbilidad, siendo especialmente frecuentes en ellos el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas.
- Tendrían más problemas médicos.
- Más intentos autolíticos
- Y tendrían una gran variabilidad diagnóstica a lo largo de sucesivos ingresos, cifrada por algunos en un 40% y para otros en un porcentaje de diagnósticos inalterados de alrededor del 43%

Con otras peculiaridades añadidas:

- Dispondrían de una estancia en el hospital más reducida.
- Tendrían un mayor número de ingresos previos
- El incumplimiento terapéutico ocurriría frecuentemente en ellos

- Igualmente serían muy frecuentes entre ellos las alteraciones de conducta tales como el comportamiento violento, las conductas temerarias y las conductas autodestructivas.
- Asimismo tendrían más problemas de interacción con el sistema legal.

Teniendo en cuenta cuestiones asistenciales:

- Contactarían más veces con la USM tras el alta.
- Según algunos van solos a consultar e ingresan por iniciativa propia, mientras que para otros sucede lo contrario: acuden al servicio de urgencias por iniciativa de los familiares e ingresan involuntariamente, y muchas veces por riesgo autolítico o exacerbación de la patología de base.
- Para algunos frecuentemente son remitidos a cuidados ambulatorios y dados de alta a su domicilio, mientras que para otros emplean muy a menudo otros dispositivos asistenciales que los ordinarios, y se les envía tras el alta a otros dispositivos distintos a su CSM.

En la Tabla III resumimos algunos trabajos que se ocuparon de describir a los reingresadores.

TABLA III**Características de los reingresadores según autores y estudios**

Autores	Material; método	Características
Franklin y cols, 1975	107 reingresadores vs 2849 ingresos	Solteros, separados, divorciados o casados con más problemas de pareja. Más problemas con la bebida y con el sistema legal. Menos actividades de ocio y valoradas como menos placenteras. Más contactos con la USM tras el alta.
Voineskos y cols, 1978	78 reingresadores vs 494 ingresos	Varones, jóvenes, solteros, separados o divorciados, en desempleo y con ayudas estatales, viven solos, con diagnósticos de esquizofrenia y trastornos orgánicos, van a las consultas e ingresan por iniciativa propia.
Carpenter y cols, 1985	113 reingresadores vs 113 controles	Más incumplimiento terapéutico y abuso de sustancias, alteraciones de conducta e intentos autolíticos, mayor el número de ingresos previos y menor la estancia.
Kastrup, 1987(a)	12.737 pacientes de 1970-71, seguidos 10 años	Más jóvenes, solteros o divorciados, urbanitas, frecuentemente remitidos a cuidados ambulatorios y dados de alta a su domicilio. Diagnóstico de esquizofrenia, psicosis en demencias y psicosis orgánicas, personalidad y tus, bipolares, psicosis psicógenas y neurosis.

TABLA III (Continuación)		
Características de los reingresadores según autores y estudios		
Autores	Material; método	Características
Surber y cols, 1987	35 de 99 reingresadores	Variabilidad diagnóstica del 40%, comportamiento violento o conducta temeraria, conductas autodestructivas, problemas médicos y abuso de sustancias, así como otra serie de problemas de subsistencia
Chinchilla y cols, 2000	55 reingresadores vs 362 ingresos	Psicosis afectivas y esquizofrénicas, patología dual, comorbilidad e incumplimiento terapéutico
Martín y cols, 2000	Ingresos/ reingresos de un año	Varón, 40 años, soltero, vive con familia de origen, nivel educacional básico, pensionista, acude a urgencias por iniciativa de los familiares, patología psiquiátrica crónica (psicosis y afectivos), de unos 12,5 años de evolución, incumplimiento, ingreso involuntario por riesgo autolítico y patología de base.
Galán y cols, 2001	64 reingresadores	Jóvenes, solteros, viven con familia de origen, pensionistas y desempleados, dx de personalidad más frecuente, conductas autolíticas, uso de otros dispositivos asistenciales, ingresos por iniciativa del propio paciente y envío tras el alta a otros dispositivos distintos a su CSM.

I-1.4. Análisis del estado de la cuestión

Resumimos a continuación la mayoría de los trabajos encontrados al respecto del tema que nos ocupa:

Weinstein y cols. [1973] tratan de estudiar cuánto tiempo permanecen en la comunidad los pacientes que son dados de alta de la hospitalización psiquiátrica, en qué medida la estancia hospitalaria determina la posterior estancia en la comunidad y si dichos patrones se han modificado entre 1966 y 1971. Encuentran que la mayor parte de los pacientes que son dados de alta de los hospitales estatales de Nueva York entre los años 1966 y 1971, permanecen en la comunidad durante un periodo largo de tiempo (3/4 partes más de seis meses y aproximadamente el 50% casi cuatro años). Las estancias hospitalarias se acortan desde 1966 a 1971, a la par que disminuye el tiempo de permanencia fuera del hospital (reingresan antes) pero esto último sucede de forma menos marcada. Reingresaban más: los pacientes entre 16 y 64 años (que a su vez son dados de alta mucho antes que otros grupos de edades); los pacientes retraso mental, abuso de OH y psicóticos; los que son ingresados de forma voluntaria (que también son dados de alta antes que los que ingresaron de modo involuntario); los que tenían más ingresos previos.

Altman y cols. [1973], estudiaron la relación entre la estancia y las tasas de reingreso sobre 4.523 ingresados en 5 hospitales y sus tasas de recaída en un año tras el alta, controlando las variables diagnóstico y cronicidad de la enfermedad. Creen descubrir una relación no necesariamente causal entre la tasa de reingreso y el acortamiento de la estancia (la estancia se acorta según aumenta la tasa de reingreso), si bien podría estar influenciada por otros muchos factores externos además de los dos considerados. (Otros autores citados por ellos no encontraron relación o incluso vieron disminución del número de reingresos).

Franklin y cols. [1975] realizaron una entrevista a 107 pacientes seleccionados al azar de 2.849 ingresos de un año, recabando información sobre distintos factores de la asistencia. De ellos 36 resultaron reingresadores y 71 no; comparan los dos grupos y también una submuestra de pacientes con abuso del alcohol frente a los que no lo tenían. Hacen un seguimiento de entre 6-13 meses tratando de diferenciar a los pacientes que serán reingresados de los que no serán, en razón de las características personales y ambientales. Entre los reingresadores predominaban los solteros, separados o divorciados, (había más

problemas de relación de pareja si estaban casados). Tenían más problemas de interacción con el sistema legal, menos actividades de ocio y valoradas como menos placenteras y más problemas con la bebida. Habían contactado más veces con la USM tras el alta. Existía relación entre la fuente de ingresos y el reingreso (menos reingresos si se dependía del salario de algún miembro de la familia que entre desempleados y dependientes de otros subsidios). Piensan que los reingresadores probablemente presentan una dependencia social, económica y psicológica, tienen escasas relaciones interpersonales, apoyo social y una pobre imagen de sí mismos (los que presentan problemas con la bebida principalmente) y que en muchas ocasiones reingresan porque encuentran en el hospital una alternativa a las condiciones de pauperantes y de alienación que experimentan en la comunidad.

Woogh y cols. [1977] llevaron a cabo en un estudio de seguimiento durante cuatro años de una cohorte de 1.436 pacientes ingresados por primera vez en 1969 en 21 hospitales, diferenciando pacientes con un solo ingreso (69%), pacientes con 2-4 ingresos y pacientes con más de 4 ingresos en los cuatro años de estudio. Describen sus características y analizan algunas

relaciones entre variables (a medida que aumentaba el número de reingresos eran más abundantes los diagnósticos de psicosis funcionales y el de otros trastornos no psicóticos). Encuentran valor predictivo de reingreso en la edad, en el diagnóstico y en haber tenido ingresos anteriores. Consideran que sería necesario mejorar los servicios de urgencia, hospitales de día, consultas extrahospitalarias así como los recursos sociales y la atención primaria si se pretende disminuir la presión de ingresos hospitalarios.

Voineskos y Denault [1978] registraron todos los ingresos de un año (572) considerando el último como “ingreso llave”. Comparan los (78) reingresadores –aquellos que tenían cinco o más ingresos durante el periodo de dos años anteriores al ingreso llave– con el resto (494) y con aquellos para los que el ingreso llave era el primer ingreso. Hacen un seguimiento de todos los pacientes durante el año siguiente tras el alta del ingreso llave para determinar el número de reingresos. Entre las características de los reingresadores encuentran un predominio de varones, jóvenes y con diagnósticos de esquizofrenia y trastornos orgánicos. Reingresan más los solteros, los que viven solos, separados o divorciados, los desempleados y con ayudas estatales, los que van a

las consultas solos e ingresan por iniciativa propia. Prueban un programa adaptado a sus necesidades.

Teorizando sobre los pacientes con múltiples ingresos critican los tópicos al uso (el concepto “*revolving door*”, que proponen abandonar; el no tener en cuenta la razón número de ingresos / periodo de tiempo en que se realizan; la falsa creencia de que eso indique ineficacia del tratamiento hospitalario) llegando a la conclusión de que los pacientes con más reingresos no constituyen un grupo uniforme sino distintos subgrupos con características propias en función del entorno más que de criterios diagnósticos, incidiendo en que lo importante es el adecuado funcionamiento del paciente en la comunidad tras el alta. Por ello proponen el desarrollo de programas comunitarios que traten de mejorar la adaptación y el nivel de funcionamiento de éstos pacientes en la comunidad.

Dickey y cols. [1981] realizaron un seguimiento de 27 (31 en principio) pacientes psiquiátricos crónicos institucionalizados un promedio de 24 años y dados de alta por políticas de desinstitucionalización, durante cuatro años. Encuentran que una vez que los pacientes son instalados de forma correcta y

adaptados a las normas de la vida en la comunidad reingresan en menor número, prefieren vivir en la comunidad que permanecer ingresados, y que la edad al inicio del ingreso era el mejor predictor para determinar el tipo de residencia actual (después de los 20 años tenían más probabilidades de permanecer en la comunidad, que los que habían ingresado en la adolescencia).

Kinard [1981] cuestiona estas opiniones. Realiza una entrevista a 176 pacientes desinstitucionalizados al año de haber sido dados de alta sobre sus deseos de volver al hospital. Un cuarto respondieron que lo hubiesen preferido y los factores que se asociaban a esta preferencia tenían que ver con la autoimagen, las relaciones con los demás y el uso del tiempo libre, de donde deduce que los programas diseñados para la reinserción de éstos pacientes crónicos en la comunidad no cubren adecuadamente las necesidades ni las expectativas de los mismos.

En una comunicación breve, **Weinstein [1983]** hace una reflexión sobre la creencia de que en las dos décadas posteriores a los años 60 habría aumentado de forma notable el porcentaje relativo de reingresos dentro del total de los

ingresos en los hospitales estatales, así como parecía que aumentaban también en términos absolutos. Analiza las tasas de reingresos de los años 65-80 y encuentra dos errores de tipo estadístico en el recuento de ingresos / reingresos, llegando a la conclusión de que no se produce un aumento significativo en el número de reingresos si se tiene en cuenta factor tiempo, es decir, el número de reingresos por periodo de tiempo transcurrido tras el alta.

Lambert y cols. [1983] escogen una muestra de 671 pacientes sobre 22.062 que ingresaron por primera vez en una unidad de hospitalización psiquiátrica en cinco hospitales y en un período de 5 años y cuatro meses, tratando de identificar, a partir de 313 variables y mediante análisis discriminantes, las características que pudieran predecir futuros reingresos. Una cuarta parte de los pacientes fueron reingresados en el periodo de estudio. Señalan como predictoras de reingreso la edad (pacientes jóvenes), existencia de alucinaciones / delirios, actos violentos, residencia fuera del estado donde se realiza el estudio, indigencia y vivir con los padres. Desarrollan a partir de ahí una fórmula que permite calcular el perfil del paciente en riesgo de reingreso

pero que al tener poco poder predictivo no es adecuada para generalizar su uso clínico.

Partiendo de los datos de otro estudio más amplio, **Solomon y cols. [1984]** siguen a 550 pacientes dados de alta, enviados a otros programas comunitarios para estudiar si los programas de cuidados comunitarios tenían influencia en su permanencia en ella (medida de resultado) sin hospitalizarse. Las características clínicas del paciente, y en particular el número de hospitalizaciones previas, tenían sólo un mínimo efecto y las características sociodemográficas ninguno. El aumento de la variedad e intensidad de servicios orientados a la rehabilitación, más que el aumento de la frecuencia de contactos de apoyo a través de terapias individuales y manejo de casos, era lo que mantenía la permanencia mayor.

Carpenter y cols. [1985] estudian 113 reingresadores (al menos un ingreso en un período de 18 meses y 3 o más ingresos en el año anterior o el siguiente) frente a 113 controles. En un primer estudio habían buscado características de estos pacientes investigando aquí predictores de reingreso.

Existía entre los reingresadores mayor prevalencia de incumplimiento terapéutico y abuso de sustancias (ambas asociadas están a su vez implicadas como desencadenantes de las alteraciones de conducta e intentos autolíticos, que se han descrito como los principales motivos de ingreso), siendo mayor el número de ingresos previos y menor la estancia. Señalan como factores precipitantes de ingreso, para ambos grupos, los trastornos del comportamiento y los intentos de autolisis, seguidos de ideas delirantes y de la incapacidad para el autocuidado.

Sobre 1.087 registros de conductas violentas de 1 año, más 3 muestras de 200 de otros tres años, **Rossi y cols. [1985]** tratan de determinar si ha aumentado en los últimos años el número de pacientes con comportamiento violento o temerario que ingresan en las hospitales psiquiátricos; si tienen un patrón específico de ingresos / altas y si existe relación entre comportamiento violento y/o conducta temeraria y la tasa de reingresos. Encuentran que estas conductas aumentaron del 37% de pacientes en los años 79-81 al 45% en el año 82 lo que explican por el cambio de política sanitaria (apertura de centros privados con criterios selectivos de ingresos) y que estaban sobrerrepresentadas

entre pacientes que tenían más ingresos previos (que además eran de tipo involuntario), que eran derivados tras el alta a otros hospitales o a régimen ambulatorio involuntario, que presentaban mayor número de reingresos y que repetían este patrón de comportamiento violento en los sucesivos ingresos.

Mezzich y Coffman [1985] hacen una encuesta a 139 profesionales familiarizados con el enfermo mental, con un listado de 21 factores potenciales de influencia sobre la duración de la estancia, para determinar las percepciones que tenían los mismos de cuales eran los importantes.

En un informe breve, **Harris y cols. [1986]** analizan los principales motivos de reingreso en un grupo de 31 pacientes psiquiátricos crónicos dados de alta e incluidos en un programa privado de reinserción de crónicos durante seis meses, encontrando entre los más relevantes la reagudización de la sintomatología psicótica, el abuso de alcohol y drogas, las enfermedades médicas y la ausencia de soporte social.

Geller y cols. [1986] examinan el censo de un día del hospital (191) en busca de “recidivistas”. Encuentran 12 personas que tenían más reingresos dentro de los reingresadores (23 ingresos de media) describiendo sus características que no comentamos al ser tan escasa la muestra.

Zanni y de Veau [1986] estudian los efectos del régimen ambulatorio involuntario en las tasas de reingreso antes y después del mismo, sobre un grupo de 42 pacientes obligados a seguir este plan de tratamiento durante 1 año, registrando tanto el número de ingresos previos como posteriores a este tratamiento así como las estancias hospitalarias. Encuentran que es muy eficaz, disminuyendo tanto el número de ingresos como acortando las estancias hospitalarias.

De 99 pacientes psiquiátricos que ingresaron tres o más veces en el período de un año de reclutamiento y en busca de las características clínicas y de comportamiento de los reingresadores, **Surber y cols. [1987]** seleccionan una submuestra de 35 en la que completan un estudio más amplio, registrando todos los ingresos así como las consultas en el servicio de urgencias que habían

realizado desde tres años antes y hasta un año después (1979-1983). Destacan algunas características descriptivas y problemática de ellos: 40% de variabilidad diagnóstica en sucesivos ingresos, comportamiento violento o conducta temeraria, conductas autodestructivas, problemas médicos y abuso de sustancias, así como otra serie de problemas de subsistencia. Concluyen que son necesarios tratamientos y equipos diseñados para dar respuesta a las múltiples necesidades de esta población y que sean aceptados por estos pacientes voluntariamente.

Intentando descubrir quienes se convierten en pacientes "de puerta giratoria" (a los que define como aquellos que tienen un mínimo de cuatro ingresos y un periodo entre reingresos y altas no superior a un cuarto del periodo de observación -2,5 años-, o bien como pacientes con un mínimo de cuatro ingresos durante el primer cuarto de periodo de estudio), **Kastrup [1987a y 1987b]** hace un seguimiento de pacientes nuevos (12.737 mayores de 15 años) ingresados entre 1970 y 1971, durante un período de diez años, encontrando que la tasa de incidencia de este fenómeno así definido fue para los hombres de 3,14 ‰ y para las mujeres de 3,5 ‰, y que sus características con respecto a un

grupo control serían ser más jóvenes, solteros o divorciados, vivir en grandes ciudades, más frecuentemente remitidos a cuidados ambulatorios y dados de alta a su domicilio. Los diagnósticos más frecuentes entre los hombres eran los de esquizofrenia, psicosis en demencias y psicosis orgánicas, trastornos de personalidad y abuso de sustancias y entre las mujeres las psicosis maníaco-depresivas, las psicosis psicógenas y las neurosis. Como predictores del reingresador encuentra sólo relaciones con el grupo de edad y el diagnóstico principal. Concluye que los reingresos múltiples constituirían un problema complejo y multifactorial y que el hecho de usar únicamente el número de reingresos como indicador de éxito o fracaso sería un reduccionismo. Los reingresos serían un reflejo de un número de componentes –condiciones del propio paciente, su familia, la comunidad e institución psiquiátrica– y no puede medirlas un instrumento sencillo.

Green [1988] investiga la relación entre el incumplimiento terapéutico y los reingresos hospitalarios, en un estudio retrospectivo de los pacientes tratados en un centro de salud mental en Filadelfia, durante un periodo de 18 meses; 25 reingresadores (> 3 ingresos/ 18 meses de estudio) frente a 25

pacientes que ingresaron menos de tres veces en el mismo periodo y frente a la población general de 698 pacientes atendidos en el centro. Encuentra como factores precipitantes de ingreso, el incumplimiento terapéutico y la falta de supervisión y control ambulatorio tras el alta tanto en reingresadores como en controles.

Hiday y cols. [1989] tratan de evaluar la eficacia del régimen ambulatorio involuntario como la alternativa menos restrictiva al ingreso involuntario en un grupo de pacientes reingresadores (enfermos mentales graves, la mayoría psicóticos, ingresados una o más veces en el pasado, que hubieran cometido actos violentos previos al internamiento y con antecedentes de incumplimiento terapéutico). Asignan los pacientes a tres grupos: a) los que son obligados a continuar tratamiento en régimen de ingreso hospitalario; b) los que son puestos en libertad y c) los que obligados a continuar tratamiento en la comunidad. Encuentran que éste último grupo es el que presenta tasas más altas de control y supervisión tras el alta así como mayor adherencia al tratamiento. No había diferencias en cuanto al número de reingresos entre los tres grupos.

Después de investigar sobre reingresadores intensivos y en un diseño comparativo de dos cohortes de *heavy users* (más de 3 reingresos en 18 meses) de distinto período (79-81 y 82-84) frente a otras dos cohortes de *non-heavy users* de esos mismos períodos, **Casper y Pastva [1990]** se preguntan si los reingresadores constituyen un grupo uniforme o si hay diferentes tipos y patrones de reingreso y porcentaje de reingresadores que continuará reingresando durante una o más veces en el periodo postíndice. Anotan también los ingresos en un período preíndice de 6 años para cada cohorte. Los siguen en un período postíndice de 7 años para la primera cohorte y 4 para la segunda. Un alto porcentaje de los reingresadores (77%) persiste reingresando en el periodo postíndice, con una media de 5 ingresos en los 7 años siguientes. Los patrones de ingresos en el periodo postíndice, muestran un descenso en el número de ingresos en los tres primeros años tras el periodo índice, para posteriormente volver a aumentar en los tres años siguientes, siendo estos patrones semejantes para ambas cohortes de reingresadores.

Agrupando ambas cohortes se obtiene un perfil común de reingresadores, que coincide con el señalado por otros autores (edad media en torno a 30 años, hombres, de raza blanca, solteros, diagnosticados de esquizofrenia, con historia de abuso de alcohol y drogas, intentos autolíticos, comportamientos violentos y

antecedentes de arrestos hasta en un 50% de los casos, incumplimiento terapéutico hasta en un 75%). Habría posibles subgrupos de reingresadores, que se apartarían de este patrón general. La alta incidencia de incumplimiento terapéutico y de negación de la enfermedad en ambas cohortes, podría emplearse para distinguir a los reingresadores del resto de la población.

Sobre una muestra de 7.840 pacientes que ingresaron por primera vez en los años 1980-81 y que fueron seguidos durante cinco años, **Lewis y cols. [1990]** seleccionan una cohorte de pacientes ingresadores múltiples (definen el fenómeno como el haber ingresado 4 o más veces en un periodo de cinco años, resultando el 14,6% del total de pacientes) y tratan de delimitar sus características en busca de factores relacionados con el hecho de los ingresos múltiples. Los pacientes esquizofrénicos constituían la mayor parte del grupo de los reingresadores. Entre las mujeres destacaban los trastorno afectivos y entre los hombres los TUS. Los pacientes más jóvenes y los psicóticos tenían más posibilidades de convertirse en pacientes de “puerta giratoria”.

Casper y cols. [1990] se cuestionan si los pacientes reingresadores constituyen una población estable, con características definitorias, que a su vez esté compuesta por diferentes subgrupos que requerirían una especial atención a la hora de plantearse un abordaje terapéutico. Estudian los pacientes ingresados en hospitales públicos y privados de Nueva York, entre 1986 y 1988. Consideran pacientes de “puerta giratoria” los que tienen más de tres ingresos en 18 meses y de esa manera seleccionan una muestra de 94 pacientes. Mediante un análisis de *cluster* y empleando 15 variables sociodemográficas y características propias del paciente los agrupan por dichas características en seis subgrupos, concluyendo que dentro de los pacientes definidos como reingresadores se pueden distinguir subgrupos que presentan un serie de características diferentes tanto de la población general como entre ellos, que les hacen susceptibles de distinto manejo terapéutico. Así la combinación de alta incidencia de TUS junto con comportamiento violento e historial delictivo en los hombres del subgrupo 2, les hacía ser candidatos a precisar de cuidados y precauciones especiales en su manejo. En las mujeres de los grupos 5-6, que vivían con sus familias, sería útil una terapia familiar coadyuvante. Las mujeres jóvenes de los subgrupos 3 y 4 se beneficiarían de un apoyo social, ya que en la mayoría era muy precario o inexistente el grupo primario de apoyo.

Estos mismos autores (**Casper y cols. [1991]**), siguiendo con su idea, tratan de valorar en qué medida los frecuentadores de servicios psiquiátricos comparten un patrón común de reingresos que permita predecir en un futuro las tasas de recaída y de reingreso entre este grupo. Estudian así los datos de reingresadores, tal como los definen en el estudio anterior, en ocho Hospitales psiquiátricos (422 pacientes). Los reclutan en un período índice de 2 años y los siguen un período postíndice de seis años, averiguando las tasas anuales de reingresos de esos seis años en una primera fase. En una segunda fase utilizan esas tasas observadas para predecir los reingresos en los otros tres hospitales restantes del estudio (habiendo ajustado en razón de las características de la población a la que atendían y del hospital). En éstos hubo 1.034 pacientes que utilizaron unas pautas de recaídas y reingresos similares a los anteriores a lo largo de los seis años de seguimiento. Concluyen que éste grupo de pacientes tiene una serie de características comunes, que les diferencian del resto de la población, compartiendo un mismo patrón de reingresos anuales, que sería útil conocer para planificar los servicios hospitalarios.

Goodpastor y Hare [1991] estudian 207 pacientes (4% del total), con tres o más ingresos en dos años (34% del total de ingresos), describiendo sus características y factores precipitantes de ingreso. Llegan a la conclusión de que el incumplimiento terapéutico seguido del incumplimiento con los controles psiquiátricos tras el alta son los factores que predisponen a una rápida recaída, seguidos a mayor distancia del cambio de tratamiento y el TUS. Permanecían más tiempo sin ingresar los que eran enviados a hospitales estatales y a consultas externas ambulatorias (aunque fuesen de forma involuntaria; también los obligados a ingreso domiciliario). Insisten, como otros, en que la escasa relación encontrada entre el diagnóstico y el intervalo libre de ingresos, haría pensar en que serían más decisivos a la hora de reingresar los factores psicosociales frente a los clínicos y en que el *outpatient commitment* juega un papel importante para garantizar un adecuado cumplimiento terapéutico y disminuir el número de ingresos.

Con el fin de ayudar a planificar y gestionar los recursos sanitarios **Jarman y cols. [1992]** intentan determinar las tasas de ingreso actuales y las esperadas en todos los distintos distritos de Salud Mental de Inglaterra, y

desarrollar un modelo que explique la variación entre los ingresos actuales y los futuros. Emplean un gran número de variables sociales, de recursos sanitarios, indicadores del estado de salud, etc. que exploran según un modelo de regresión. Descubren una relación entre las variables sociodemográficas y las tasas de ingreso para los distintos grupos diagnósticos siendo de signo positivo para los psicóticos y más débil pero también de signo positivo para la los bipolares y TMO, no existiendo relación entre dichas variables y el reingreso para los trastornos afectivos, trastorno de la personalidad y TUS y siendo negativa para los neuróticos.

Appleby y cols.[1993] llevan a cabo un trabajo sobre 1.500 pacientes esquizofrénicos de 10 hospitales, que estudian durante diez meses tras el alta, para tratar de determinar en qué medida la duración del tratamiento hospitalario afecta a la tasa de recaída y la rapidez de la misma entre esquizofrénicos. Determinando las variables sociodemográficas, los reingresos previos, la estancia hospitalaria y la asistencia psiquiátrica intrahospitalaria y empleando análisis de curvas de supervivencia y regresión de Cox encuentran que el número de ingresos previos, la edad de los pacientes y el tiempo de estancia eran los

factores más relacionados con los reingresos (recaídas). La estancia se correlaciona negativamente tanto a los 30 días como a los 18 meses, después de controlar ingresos previos y edad, con el número de reingresos. Concluyen que los pacientes con estancias hospitalarias medias tenían una probabilidad de reingreso mayor que aquellos con estancias más largas, a los treinta días del alta. Señalan que las hospitalizaciones cortas parecen adecuadas para la mayor parte de la población psiquiátrica, pero que existe un grupo de pacientes graves que debería beneficiarse de otras alternativas asistenciales.

Kammerling y O'Connor [1993] examinan la relación entre las tasas de ingresos psiquiátricos (periodo de dos años) y la tasa de desempleo y puntuación en la escala de Jarman de deprivación social. Encuentran que las tasas de desempleo son un indicador extremadamente potente de las tasas de afectación mental grave que necesitará tratamiento en el hospital.

Sobre la revisión de informes de 50 pacientes con reingresos múltiples (definidos como pacientes con tres o más ingresos en los tres años del estudio; 1989-1991), en hospitales de salud mental australianos, **Kent y cols. [1994]**

tratan de identificar factores que intervienen en los reingresos. La nula conciencia de enfermedad, los problemas conyugales, la ideación suicida y el incumplimiento terapéutico, eran los factores que más contribuían a los reingresos.

Sullivan y cols. [1995] buscaron predictores de reingreso sobre 101 reingresadores esquizofrénicos (un ingreso en tres meses índice, más al menos otro en dos años previos) frente a 101 controles que permanecían en comunidad sin ingresar. Factores asociados con alto riesgo de reingreso fueron, según ellos, el incumplimiento terapéutico, el uso de alcohol y otras sustancias, así como la incompreensión por parte de los familiares.

Harrison y cols. [1995] buscaron indicadores poblacionales de la necesidad de utilización de servicios psiquiátricos estudiando la relación existente entre las variables sociodemográficas e ingresos del año 1991 a partir de datos censales, comparando tasas de reingresos en 19 distritos y analizando las correlaciones entre estas tasas y dos conjuntos de variables “predictoras”: las

sociodemográficas y los índices de mortalidad. Llegan a conclusiones semejantes a las de Jarman y cols. [1992].

Sobre 135 pacientes (56 esquizofrénicos, 33 esquizo-afectivos, 23 bipolares y 23 depresivos unipolares), **Haywood y cols. [1995]** examinan la relación de las características demográficas y diagnósticas con la frecuencia de ingresos, en busca de capacidades predictivas (regresión lineal múltiple y análisis log-linear jerárquico). Encuentran que las características diagnósticas no estaban significativamente asociadas a los reingresos pese a que había proporcionalmente más pacientes esquizo-afectivos con cinco ó más reingresos comparados con los otros grupos diagnósticos. Se asociaban con un mayor número de ingresos los problemas de alcohol y drogas, el abandono de los tratamientos y la edad – explicable por el envejecimiento progresivo de la muestra–, corriendo a cargo del consumo de alcohol y drogas y el incumplimiento terapéutico la contribución más importante.

Hull y cols. [1996] investigan variables predictoras de reingreso para pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad entre los factores

demográficos, características personales y comorbilidad en Eje I. Encuentran tres factores relacionados con los reingresos en estos pacientes: anorexia, síntomas psicóticos y riesgo de suicidio. Concluyen que los clínicos deberían tener presente la aparición de trastornos en el Eje I en pacientes diagnosticados de trastorno límite para poder evitar los reingresos potenciando los recursos extrahospitalarios.

Klinkenberg y cols. [1996] realizan una revisión bibliográfica desde 1974 hasta 1994, sobre diversos aspectos de la recepción de cuidados posthospitalarios y recaídas entre enfermos mentales graves en la que concluyen que las variables dependientes del sistema asistencial eran las que mejor predecían la necesidad de cuidados posteriores extrahospitalarios, mientras que las variables relacionadas con el apoyo comunitario predecían mejor la recidiva. Ambos tipos de variables estaban relacionadas con un mayor número de reingresos. En un trabajo posterior uno de estos autores (Klinkenberg [1998]) insiste en que las variables relacionadas con el sistema de asistencia y de apoyo comunitario son las más importantes a la hora de predecir futuras rehospitalizaciones frente a otras variables, más fáciles de medir en la muestra

general, pero con menor valor predictivo. El mismo autor [1999] investiga los predictores de cuidados extrahospitalarios al mes, tres meses y dieciocho meses de haber visitado un servicio de urgencias los pacientes psiquiátricos graves. Contrastando los datos mediante regresión logística concluye que las variables más implicadas en la futura necesidad de asistencia comunitaria son el número previo de ingresos, el tratamiento y los criterios de admisión hospitalarios.

En un estudio retrospectivo de revisión de 531 pacientes ingresados, **Monnelly [1997]** compara 243 reingresados a los 30 días tras el alta con 288 no reingresados en 6 meses tras el alta, buscando variables predictoras de reingreso temprano. Encuentra que el número grande de ingresos previos junto con la inestabilidad del paciente los cinco días previos al alta son los predictores más importantes de futuros reingresos. Concluye que asegurar la estabilidad reingresos previa al alta en los pacientes con antecedentes de múltiples ayudaría a disminuir los reingresos en un futuro.

Con datos de 1.575 hospitalizados en el año 1994, **Vogel y Huguelet [1997]** comparan los que solo ingresaron una vez (1.034) con los que ingresaron

dos veces (257) y con un grupo de pacientes que ingresaron tres o más veces el año, grupo que se definió como reingresadores múltiples (284). Buscan factores psiquiátricos y sociales asociados con los ingresos múltiples (tercer grupo), especialmente en pacientes psicóticos (esquizofrenia, esquizoafectivo) encuentran entre éstos últimos como diagnósticos principales los de trastornos psicóticos (25%) seguidos de trastornos afectivos (35%) y de TUS (24%). Los predictores de riesgo de reingresos para psicóticos eran la comorbilidad con abuso de sustancias, la mayor duración de la enfermedad, el sexo femenino, edades jóvenes y peor ajuste psicosocial durante el año anterior. Remitimos a la tabla de revisión de variables preconizadas como predictoras de los reingresos múltiples que hacen en su trabajo estos autores.

Lyons y cols. [1997] resaltan el creciente interés en las últimas décadas por encontrar adecuados indicadores de calidad asistencial, que sean fáciles de medir, sencillos y fiables, planteándose la hipótesis de si el número de reingresos se podría emplear como predictor de calidad asistencial para los hospitales de agudos. Estudian series de 225 pacientes admitidos consecutivamente en Hospitales psiquiátricos de un programa regional y que fueron seguidos durante

6 meses para determinar si reingresaban en ese período. Encuentran que un 17% de los pacientes fueron reingresados a los 6 meses del alta. Los pacientes con mayores dificultades para su autocuidado (mayor número de complicaciones médicas), con mayor gravedad de los síntomas así como mayor duración de la enfermedad, tuvieron mayor probabilidad de reingreso. Los pacientes con riesgo de suicidio tenían bajo riesgo de reingreso. No encuentran evidencias para concluir que un mal manejo hospitalario, ni un alta prematura estuvieran asociados a mayor riesgo de reingreso. Concluyen que el reingreso no es un buen indicador de calidad asistencial ni de alta prematura, de forma que el acortamiento de la estancia hospitalaria aumenta el número de enfermos “en la calle”, pero no acaba en un modelo de puerta giratoria. Para estos autores el reingreso podría ser visto: a) como parte natural del curso evolutivo de una enfermedad, dependiendo de factores específicos relacionados con el paciente; b) como reflejo de la política general de admisión per se (selectividad de criterios de ingreso); o c) como reflejo de la calidad de los servicios de apoyo comunitarios.

Después de estudiar el valor predictivo de las variables sociodemográficas, los síntomas positivos y negativos y los trastornos del

pensamiento en la rehospitalización de pacientes psicóticos (60 esquizofrénicos; seguimiento 18 meses; regresión de Cox), **Figuerido y cols. [1997]** establecen dos patrones de reingresos: un primer grupo en el que se acumulan los ingresos en un corto espacio de tiempo (8 meses tras el episodio) y un segundo grupo en el que la distribución de ingresos es irregular a lo largo del tiempo (10 meses). No encuentran valor predictivo de rehospitalización a las covariables estudiadas y la única escala con valor predictivo fue la CGI. El menor número de hospitalizaciones previas y el alto nivel de estudios disminuyen el riesgo de rehospitalización.

Sobre 206 pacientes depresivos, **Lieberman y cols. [1998]** no pudieron demostrar, como pretendían, que la sucesiva disminución de la estancia psiquiátrica a lo largo de los últimos años provocara más reingresos. Lo que sí encontraron es que los depresivos dados de alta tras estancias breves hospitalarias muestran mayor sintomatología residual y niveles menores de funcionamiento global, lo que les vuelve un grupo más susceptible de presentar complicaciones en el periodo post-ingreso, al compararlo con aquellos que tenían estancias hospitalarias más prolongadas. Plantean cómo los programas

intensivos a nivel extrahospitalario podrían sustituir eficazmente el ingreso, pero que la realidad clínica es un asunto mucho más complejo, acortándose las estancias sin claros criterios y siendo los programas alternativos de soporte extrahospitalario todavía muy precarios.

Al examinar la tasa de reingresos para esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos depresivos, en un periodo de 5 años, intentando identificar predictores del número y la duración de los reingresos, **Daniels y cols. [1998]** encuentran que un número importante de pacientes esquizofrénicos (71%), bipolares (59%) y depresivos (48%) son rehospitalizados en los 5 años siguientes al alta y que para los tres diagnósticos, el número de ingresos previos era un marcador del número de reingresos y del tiempo de estancia hospitalaria en los sucesivos reingresos. La edad y el sexo también influían variando sustancialmente entre los distintos grupos.

Druss y cols. [1998] estudian las características demográficas, clínicas, de estancia, y la posibilidad de reingreso en un grupo de pacientes ingresados entre 1985-1993, siguiéndolos durante diez años. Encuentran que el incremento

en el tratamiento en un grupo cada vez más pobre y más enfermo, con mayor número de reingresos y menores estancias podría significar que ha habido un inadecuado tratamiento inicial.

Sobre una muestra de 354 pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos seguidos durante dos años **Doering y cols. [1998]** investigan posibles variables predictoras de recaída y reingreso, mediante análisis de árboles de clasificación y regresión (CART). Encuentran muchas variables con valor predictivo de la recaída y de reingreso: tratamiento neuroléptico, comienzo y curso previo (factores precipitantes, primera manifestación, hospitalizaciones en el año anterior, intentos de suicidio), psicopatología (tipo residual, esquizoafectivos), adaptación social (estado civil, empleo, intensidad de vida), experiencias previas (traumáticas, alteraciones psiquiátricas en la infancia), biológicas (edad, género), concluyendo que sus resultados confirman la opinión general concerniente al valor del tratamiento con neurolépticos, la etiología multifactorial y el modelo de vulnerabilidad al estrés en la esquizofrenia.

Sobre el registro de Israel, **Fenning y cols. [1999]** recogen los datos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y con un primer ingreso entre 1978-1992, siguiendo después lo ocurrido con ellos hasta 1995; investigan si el hecho de que el primer ingreso sea voluntario o involuntario predice los subsiguientes ingresos. Concluyen que la involuntariedad en el primer ingreso es un factor importante a la hora de predecir futuros reingresos también involuntarios. Pero no encuentran relación entre la involuntariedad / voluntariedad del primer ingreso y el número de reingresos posteriores.

Swartz y cols. [1999] se preguntan si el régimen ambulatorio involuntario puede reducir la tasa de recidivas. Estudian pacientes graves ingresados involuntariamente que son asignados al alta hospitalaria a dos programas: régimen ambulatorio involuntario con un tratamiento intensivo (129) frente a alta tradicional con su tratamiento ambulatorio (135, que sirven como controles) y que son seguidos durante un año. Observan que cuando la orden judicial es mantenida y a su vez se combina con una terapia intensiva se previenen ingresos hospitalarios así como también se reducen las estancias,

especialmente en pacientes psicóticos. El régimen ambulatorio involuntario no es sustitutivo de tratamiento psicofarmacológico intensivo.

Conley y cols. [1999] estudian los índices de rehospitalización de los pacientes que recibían antipsicóticos atípicos, sobre pacientes que fueron dados de alta en 21 meses y medio con un régimen de risperidona (160; 75 de ellos psicóticos) o de clozapina (49 psicóticos) y un año de seguimiento. Evalúan factores de riesgo asociados a la recaída, concluyendo que los índices de rehospitalización de los pacientes que toman antipsicóticos atípicos son inferiores a los publicados anteriormente con antipsicóticos convencionales.

Al estudiar las posibilidades de reingreso de 262 esquizofrénicos o esquizoafectivos en un corto período de tiempo (tres meses) y comparándolo con las predicciones clínicas del personal hospitalario, **Olfson y cols. [1999]** encuentran que el 24,3% de la muestra fue reingresado a los tres meses del alta y que el tener 4 ó más ingresos previos, la existencia de abuso de sustancias, la ausencia de soporte y compromiso familiar y la prescripción de antipsicóticos convencionales aumentaba el riesgo de reingreso.

Mercer y cols. [1999] investigan predictores de reingreso sobre 150 pacientes psicogerítricos. Observan que el diagnóstico de trastorno psicótico o afectivo, un nivel de funcionamiento global bajo, la conducta depresiva o agitada al alta, la escasa supervisión posterior, y unos sistemas de apoyo social pobres predicen un alto número de reingresos en la población geriátrica, y que el funcionamiento familiar desadaptativo es el factor más importante a la hora de predecir los reingresos.

Brenan y cols. [2000] investigan los reingresos a los cuatro años sobre 22.768 pacientes con trastornos por uso de sustancias más antiguos registrados en el Health Care Financing Administration Medicare Provider y analizan si son más frecuentes que en un grupo control así como la influencia del sexo en los mismos. Entre los supervivientes (12.417), el 73% reingresaron frente al 69% de controles, concluyendo que los pacientes abusadores de sustancias, tienen más riesgo de reingreso junto con mayor número de patología psiquiátrica acompañante así como accidentes relacionados (intoxicaciones, precipitaciones,

reacciones adversas a medicamentos), debiendo tener en consideración lo anterior a la hora de planificar la actuación al alta de estos pacientes.

Oiesvold y cols. [2000] estudian variables predictoras de ingreso sobre un total de 837 pacientes que fueron ingresados consecutivamente en el periodo de un año en siete hospitales nórdicos, y que no habían tenido contacto psiquiátrico en al menos 18 meses previos. Empleando metodología de análisis de supervivencia llegan a los resultados de que la edad joven y en los no psicóticos el vivir solo y el desempleo aumentan el riesgo de reingreso. En los psicóticos, un buen soporte en el grupo primario de apoyo y una adecuada capacidad de acceso a los recursos psiquiátricos disminuía el riesgo de reingreso. Concluyen que el riesgo de reingreso depende de múltiples variables, debiendo considerar las interacciones entre las mismas.

Mediante un análisis retrospectivo de los datos disponibles en la historias clínicas de pacientes ingresados durante un año, **Martín Calvo y cols. [2000]** pretenden definir el perfil de pacientes ingresadores múltiples (más de dos ingresos en un año) con el fin de diseñar programas de intervención

específicos sobre esta población, evitando los reingresos innecesarios. El perfil del paciente reingresador sería: varón de unos 40 años, soltero y que permanece residiendo con la familia de origen, con un nivel educacional básico, pensionista, que acude al servicio de urgencias por iniciativa de los familiares, con patología psiquiátrica crónica (principalmente trastorno psicótico y afectivo) de unos 12,5 años de evolución, con escasa adherencia a los tratamientos, ingresos de tipo involuntario en su mayoría y motivados por riesgo autolítico y exacerbación de la patología de base.

Chinchilla Moreno y cols. [2000] revisan los ingresos de un año (362), separando un grupo de 55 pacientes que habían ingresado anteriormente en la unidad. Describen sus características sociodemográficas y clínicas, especialmente los diagnósticos frecuentes de psicosis afectivas y esquizofrénicas, patología dual, comorbilidad e incumplimiento terapéutico. Señalan como motivos de reingreso la mala evolución de la enfermedad, los empeoramientos y reactivaciones y concluyen que en un alto porcentaje de casos influyen en los reingresos el apoyo social, el cumplimiento terapéutico y

el enlace entre los distintos niveles asistenciales, que deberían tenerse presentes a la hora de abordar este complejo tema.

Galán Sánchez y cols. [2001] comparan de forma prospectiva, pacientes que reingresan a los cuatro meses del alta en una unidad de agudos de salud mental y pacientes que no reingresan en ese período teniendo en cuenta variables sociodemográficas, clínicas, terapéuticas y de uso de los servicios sanitarios. Entre los reingresadores encuentran mayor presencia de jóvenes, solteros, que conviven con la familia de origen, pensionistas y desempleados, trastornos de personalidad, conductas autolíticas, uso de otros dispositivos asistenciales que los ordinarios, ingresos por iniciativa del propio paciente y envío tras el alta a otros dispositivos distintos a su CSM.

Pena Andreu y cols. [2001] estudian 676 pacientes ingresados a lo largo de un año en una unidad de psiquiatría, distinguiendo los que reingresaban en ese período una sola vez (77,7%), los que reingresaban 2-3 veces (12%) y los que reingresaban más de 3 (4,4%). Tan solo para la estancia encuentran diferencias para los pacientes con más reingresos (estancias más largas) concluyendo que

deberán ser factores sociales y no solo los propiamente psiquiátricos, los que expliquen los reingresos.

Sipos y cols. [2001] hacen un seguimiento durante tres años de pacientes con un primer episodio psicótico y que contactan por primera vez con los servicios especializados (n = 166) con el objetivo de identificar los patrones y predictores de hospitalización de los mismos. Encuentran que un 53% fueron hospitalizados en el término de una semana tras el contacto, un 19% no fueron ingresados en los tres años siguientes y el resto ingresaban a lo largo de los tres años de seguimiento. Se asociaban con riesgo global y riesgo de ingreso rápido aumentados los síntomas maníacos y con riesgo de ingreso tardío la duración más larga de la enfermedad y el no haberla tratado.

I-1.5. Planteamientos formulados en estos trabajos

La mayoría de los estudios se plantean el papel que juega alguna variable concreta o algún grupo de variables en la determinación de reingresos bien sea en poblaciones globales de pacientes psiquiátricos o en subpoblaciones definidas.

Así es el caso del papel de las siguientes variables:

- Estancia
- Sexo
- Duración del tratamiento hospitalario
- Involuntariedad del primer ingreso
- Incumplimiento terapéutico
- Régimen ambulatorio involuntario
- Variables asistenciales y de asistencia comunitaria
- Factores psiquiátricos y sociales
- Variables sociodemográficas empleadas para tipificar aquellos áreas más desfavorecidas *deprivation measures* extraídas de datos censales
- Tasa de desempleo y *Underprivileged area score*
- Comportamiento violento y conducta temeraria

En la Tabla IV referimos las variables y autores que las han estudiado.

TABLA IV**VARIABLES RELACIONADAS CON REINGRESOS POR ALGUNOS AUTORES**

VARIABLES	AUTORES
Estancia	Moon y Patton., 1965; Gorwitz y Mendel., 1966; Weinstein y cols., 1973; Altman y cols., 1973; Lieberman y Wiitala, 1998
Sexo	Brenan y cols., 2000
Duración del tratamiento hospitalario	Applebay y cols., 1993
Involuntariedad del primer ingreso	Fenning y cols., 1999
Incumplimiento terapéutico	Green, 1988
Régimen ambulatorio involuntario	Zanni y cols, 1986; Swartz y cols., 1999
Variables asistenciales	Klinkenberg y cols., 1996; 1998 y 1999
Factores psiquiátricos y sociales	Vogel y Huguélet, 1997
<i>Deprivation measures</i> extraídas de datos censales	Hirsch 1988; Tornicroft, 1991; Jarman., 1992; Harrison., 1995
Tasa de desempleo y <i>Underprivileged area score</i>	Kammerling y O'Connor, 1993
Comportamiento violento y conducta temeraria	Rossi y cols., 1985

Otro planteamiento tan común como el anterior es la búsqueda de variables predictoras de ingreso entre las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales del paciente.

En un intento de descifrar los factores con los que tendría relación el hecho de reingresar en múltiples ocasiones se ha estudiado el papel de infinidad de variables sociodemográficas, psicopatológicas, clínicas, familiares, socioambientales, de apoyo, asistencias, etc.

Resumimos a continuación las que, de entre ellas, se han propuesto como predictoras de recaída, reingreso, número y duración de los ingresos al menos en alguno de los trabajos consultados (tablas V-VIII). Remitimos además a la tabla-revisión que Vogel y Huguelet [1997] hacen en su estudio al respecto.

Variables sociodemográficas (Tabla V)

- Edad, edad joven
- Sexo, sexo femenino, sexo masculino
- Estado civil: Soltero, separado o divorciado
- Vivir solo y desempleo en no psicóticos

- Situación laboral y fuente de ingresos: pensionista y desempleado
- Alto nivel de estudios disminuye el riesgo de rehospitalización.

Variables de diagnóstico (Tabla VI)

- Diagnóstico psiquiátrico –psicosis, afectivos, trastornos por uso de sustancias-
- Abuso de sustancias, sobre todo en comorbilidad
- Diagnóstico en el Eje II
- Conducta depresiva o agitada al alta, inestabilidad en los días previos al alta
- Ideación suicida
- Anorexia, síntomas psicóticos y riesgo de suicidio en pacientes con trastorno límite de personalidad
- Exacerbación de la patología de base (síntomas psicóticos)

Variables referidas a otras connotaciones de la patología (Tabla VII)

- Número de ingresos previos
- Estancia

- Peligrosidad para uno mismo y para otros
- Comportamiento violento y conducta temeraria
- Mayor gravedad de los síntomas
- Mayor duración de la enfermedad
- Factores relacionados con las enfermedades físicas
- Prescripción de antipsicóticos convencionales y de antipsicóticos atípicos (éstos negativamente)
- Nula conciencia de enfermedad
- Abandono del tratamiento

Problemática social, apoyo y asistencia (Tabla VIII)

- Problemas conyugales y sociales
- Ajuste psicosocial; nivel de funcionamiento global bajo
- Escasa supervisión posterior
- Dificultades para autocuidado
- Ausencia de soporte y compromiso familiar
- Sistemas de apoyo social pobres
- Variables relacionadas con el sistema de asistencia y de apoyo comunitario.
- Alta no deseada.

- Alta voluntaria, abandono del hospital sin consentimiento.
- Antecedentes de arrestos y problemas de interacción con el sistema legal.
- Tratamiento ambulatorio obligado.
- Variables obtenidas a través de datos censales, empleadas para tipificar aquellos áreas más desfavorecidas: porcentaje en población general de minoría étnica, hacinamiento, desempleo, familias monoparentales, cambios de domicilio, ancianos que viven solos, niños menores de 5 años, etc.

TABLA V

Variables sociodemográficas predictoras de reingresos según autores

Variables	Autores
Edad Edad joven	Woogh y cols., 1977; Carpenter y cols., 1985; Surber y cols., 1987; Green, y cols., 1988; Appleby y cols., 1993; Haywood y cols., 1995; Vogel y Huguelet, 1997; Oiesvold y cols., 2000; Galán y cols., 2001
Sexo Sexo femenino Sexo masculino	Carpenter y cols., 1985; Vogel y Huguelet, 1997; Daniels y cols., 1998
E. civil soltero, separado o divorciado	Franklin y cols., 1975; Galán y cols., 2001
Vivir solo y desempleo en no psicóticos	Oiesvold y cols., 2000
Situación laboral y fuente de ingresos: pensionista y desempleado	Franklin y cols., 1975; Galán y cols., 2001

Alto nivel de estudios disminuye el riesgo de rehospitalización	Figuerido y cols., 1997
---	-------------------------



TABLA VI**Variables diagnósticas predictoras de reingresos según autores**

Variables	Autores
Diagnóstico psiquiátrico: psicosis, trastornos afectivos, trastornos por uso de sustancias	Woogh y cols., 1977; Carpenter y cols., 1985; Surber y cols., 1987; Green y cols., 1988; Lewis y cols., 1990; Goodpastor y cols., 1991; Kent y cols., 1994; Lyons y cols., 1997; Mercer y cols., 1999
Abuso de sustancias, sobre todo en comorbilidad	Franklin y cols., 1975; Carpenter y cols., 1985; Harris y cols., 1986; Surber y cols., 1987; Green, y cols., 1988; Kent y cols., 1994; Haywood y cols., 1995; Sullivan y cols., 1995; Vogel y Huguélet, 1997; Olfson y cols., 1999; Brenan y cols., 2000
Conducta depresiva o agitada al alta, inestabilidad en los días previos al alta	Monnelly, 1997; Mercer y cols., 1999
Ideación suicida	Kent y cols., 1994
Anorexia, síntomas psicóticos y riesgo de suicidio en pacientes con trastorno límite de personalidad	Hull y cols., 1996
Exacerbación de la patología de base (síntomas psicóticos)	Harris y cols., 1986
Diagnóstico en el Eje II	Séller y cols., 1986; Galán y cols., 2001

TABLA VII**Otras connotaciones de la patología como predictores de reingresos**

Variables	Autores
Estancia	Carpenter y cols., 1985; Surber y cols., 1987; Green y cols., 1988; Goodpastor y cols., 1991; Appleby y cols., 1993; Daniels y cols., 1998; Ruiz y cols., 2001
Número de ingresos previos	Franklin, 1975; Woogh, 1977; Geller, 1986; Surber y cols., 1987; Appleby y cols., 1993; Figuerido y cols., 1997; Monnelly, 1997; Daniels y cols., 1998; Olfson y cols., 1999
Peligrosidad para sí mismo y para otros	Kent y cols., 1994
Comportamiento violento y temerario	Surber y cols., 1987
Mayor gravedad de los síntomas	Lyons y cols., 1997
Mayor duración de la enfermedad	Vogel y Huguelet, 1997 ; Lyons y cols., 1997
Factores relacionados con las enfermedades físicas	Harris y cols., 1986; Surber y cols., 1987; Kent y cols., 1994
Prescripción antipsicóticos convencionales y atípicos (éstos negativamente)	Doering y cols., 1998; Olfson y cols., 1999; Conley y cols., 1999
Nula conciencia de enfermedad	Kent y cols., 1994
Abandono del tratamiento	Carpenter y cols., 1985; Surber y cols., 1987; Green y cols., 1988; Kent y cols., 1994; Sullivan y cols., 1995; Haywood y cols., 1995

TABLA VIII	
VARIABLES DE APOYO Y ASISTENCIA IMPLICADAS COMO PREDICTORES DE REINGRESOS	
VARIABLES	AUTORES
Problemas conyugales y sociales	Kent y cols., 1994
Ajuste psicosocial; nivel de funcionamiento global bajo	Vogel y Huguélet, 1997; Mercer y cols., 1999
Alta voluntaria, abandono del hospital sin consentimiento	Carpenter y cols., 1985
Alta no deseada	Kinard, 1981
Escasa supervisión posterior	Solomon y cols., 1984 Mercer y cols., 1999; Galán y cols., 2001
Dificultades para autocuidado	Lyons y cols., 1997
Ausencia de soporte y compromiso familiar	Sullivan y cols., 1995; Olfson y cols., 1999; Galán y cols., 2001
Sistemas de apoyo social pobres	Kinard, 1981; Surber y cols., 1987; Mercer y cols., en 1999
VARIABLES RELACIONADAS CON EL SISTEMA DE ASISTENCIA Y DE APOYO COMUNITARIO	Green y cols., 1978; Caton, 1981; Peper y cols., 1981; Dickey y cols., 1981; Kinard, 1981; Harris y cols., 1986; Goodpasture y cols., 1991; Klinkenberg y cols., 1996; Klinkenberg 1998 y 1999
Arrestos e interacción sistema legal	Surber y cols., 1987
Tratamiento ambulatorio obligado	Zanni y cols., 1986; Hiday y cols., 1989
<i>Deprivation measures</i> extraídas de datos censales	Hirsch y cols., 1988; Tornicroft, 1991; Jarman, 1992; Kammerling y O'Connor, 1993; Harrison, 1995

Relaciones encontradas mediante análisis de árboles de clasificación y regresión (CART) por Doering y cols., 1998 y que estructuran de la siguiente manera:

- Comienzo y curso previo (factores precipitantes, primera manifestación, hospitalizaciones en el año anterior, intentos de suicidio)
- Psicopatología (tipo residual, esquizoafectivos)
- Adaptación social (estado civil, empleo, intensidad de vida)
- Experiencias previas (traumáticas, alteraciones psiquiátricas en la infancia)
- Biológicas (edad, género)

Otros planteamientos que encontramos en los artículos revisados

(Tabla IX)

- Definición del perfil del paciente ingresador crónico
- Tipificación de reingresadores.
- Patrón común de reingresos en pacientes con ingresos múltiples.
- Comparación de predicciones de reingreso (reales versus opiniones del personal sanitario).
- Estudio de los reingresos como índice de calidad asistencial.

- Relación entre las tasas de reingreso y las variables sociodemográficas extraídas de los datos censales.
- Factores de riesgo de reingreso, susceptibles de modificación, a través de medidas extrahospitalarias centradas en la comunidad.
- Detección de casos que se convertían en pacientes de “puerta giratoria”.
- Influencia de las características clínicas y de comportamiento de los reingresadores sobre el tratamiento y manejo de los mismos.
- Factores de riesgo de reingreso (psiquiátricos y no psiquiátricos) en una población de pacientes crónicos.
- Estudio de los pacientes con más reingresos dentro del grupo de los reingresadores.
- Factores que determinan el tiempo de estancia ingresado.
- Estudio del incremento de los reingresos en términos absolutos y relativos en los últimos 15 años.
- Deseo de reingreso en el hospital.
- Estudio de los pacientes con alto riesgo de reingreso identificados en razón del número de ingresos/ periodo de tiempo.

TABLA IX**Otras planteamientos en el estudio de los pacientes reingresares múltiples**

Variables	Autores
Definición del perfil del paciente ingresador crónico	Martín Calvo y cols., 2000
Tipificación de reingresadores	Casper y cols., 1990
Patrón común de reingresos en pacientes con múltiples reingresos	Casper y cols., 1991
Comparación de predicciones de reingreso (reales vs opiniones del personal sanitario)	Olfson y cols., 1999
Reingresos como indicador de calidad asistencial	Lyons y cols., 1997
Relación entre las tasas de reingreso y las variables sociodemográficas extraídas de los datos censales	Hirsch, 1988; Tornicroft, 1991; Jarman, 1992; Kammerling y O'Connor, 1993; Harrison., 1995)
Factores de riesgo de reingreso, susceptibles de modificación, a través de medidas extrahospitalarias centradas en la comunidad	Sullivan y cols., 1995
Detección de casos que se convertían en pacientes de “puerta giratoria”	Kastrup, 1987
Influencia de las características clínicas y comportamentales de los reingresadores sobre el tratamiento y manejo de los mismos	Surber y cols., 1987
Factores de riesgo de reingreso (psiquiátricos y no psiquiátricos) en una población de pacientes crónicos	Harris y cols., 1986

TABLA IX (Continuación)	
Otras planteamientos en el estudio de los pacientes reingresares múltiples	
Variables	Autores
Estudio de los pacientes con más reingresos dentro del grupo de los reingresadores	Geller y cols., 1986
Factores que determinan el tiempo de estancia ingresado	Mezzich y cols., 1985
Estudio del incremento de los reingresos en términos absolutos y relativos en los últimos 15 años	Weinstein, 1983
Deseo de reingreso en el hospital	Kinard, 1981
Estudio de pacientes de alto riesgo de reingreso identificados como <u>número ingresos / periodo de tiempo</u>	Voineskos y cols., 1978

I-1.6.-Aspectos metodológicos de estos estudios

Tan heterogéneos como las propias delimitaciones del término y los planteamientos de investigación han sido los métodos empleados en el abordaje del tema. Podemos tener en cuenta los errores metodológicos que Pfeiffer [1990] señalaba a propósito de una revisión de más de 70 estudios longitudinales sobre pacientes ingresados en unidades de psiquiatría: información insuficiente de la población de pacientes examinada, descripción inadecuada de los tratamientos psiquiátricos recibidos antes o durante la hospitalización, diseños de investigación poco consistentes, falta de análisis doble ciego, recogida poco sistemática de los datos y empleo de técnicas estadísticas más potentes.

Seguiremos con los criterios o caprichos de selección de pacientes motivados al estudiar distintos diagnósticos, distintos grupos de edad, gravedad y cronicidad de las patologías, presencia de determinado rasgo como conductas violentas; exclusión de determinados tipos de estancias, disponibilidad de datos en estudios retrospectivos (que conforman la mayoría de los trabajos), pérdida de sujetos en el seguimiento, etc.

Aunque la mayoría de los estudios que recogemos presentan numerosos aspectos propios de los estudios de seguimiento, longitudinales o de cohortes y así pueden clasificarse (identificación sobre registros a lo largo de los años, selección de los mismos, seguimiento hasta convertirse en casos, hasta recaídas o reingresos, seguimiento una vez identificados, etc.), normalmente se acaba identificando una cohorte de estudio y se pasa a describir sus características, sin existir comparaciones con otro grupo que pueda hacer de control. Así tenemos en la Tabla X un resumen de algunos de estos trabajos:

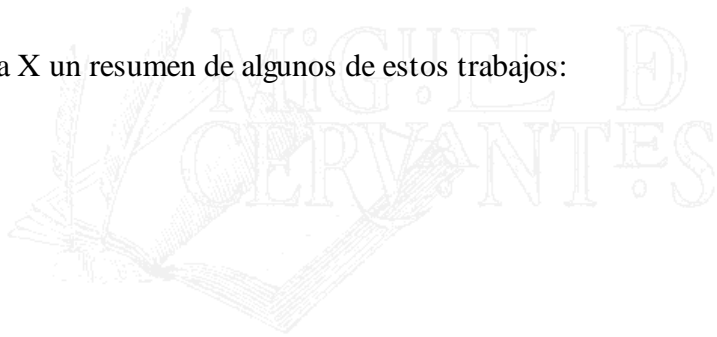


Tabla X**Resumen de algunos estudios longitudinales de tipo descriptivo**

Autores	Pacientes	Características del estudio
Altman y Sletten, 1973	3.521 pacientes	Descriptivo, tasas recaída, correlación estancia
Dickey y cols, 1981	27 desinstitucionalizados	Descriptivo
Rossi y cols, 1985	1.087 + 200 + 200 + 200 registros conductas violentas	Descriptivo, complicado en selección, comparación tasas entre subgrupos
Geller, 1986	12 grandes "recidivistas"	Descriptivo
Harris y cols, 1986	31 crónicos	Descriptivo
Zanni y de Veau, 1986	42	Descriptivo breve, comparación nº hospitalizaciones antes / después RAO
Surber y cols, 1987	99 reing → 35 estudiados	Descriptivo
Casper, 1990	94 reing	Descriptivo, subtipos
Goodpastor y Hare, 91	207 reing	Descriptivo

Reing = reingresadores; RAO = Régimen ambulatorio obligado

Otros muchos pasan a seleccionar además de una cohorte de estudio otra u otras que de alguna manera satisfagan las características de grupo control: controles apareados o sin emparejar de la misma población, varios grupos de estudio según niveles de ingresos, comparación de los casos con el resto de ingresos, etc. Por otra parte algunos emplean estadísticas básicas a la hora de tratar los datos y en otros se emplean pruebas de mayor envergadura sobre todo a la hora de intentar buscar predictores de la medida de resultado que en la mayoría de los casos es el número de reingresos. Tal es el caso de las regresiones múltiples empleando diversos métodos y variables como predictores.

En la Tabla XI reseñamos algunos trabajos de este tipo:

Tabla XI**Resumen de algunos estudios de tipo comparativo**

Autores	Pacientes	Características del estudio
Woogh y cols, 1977	1436 ingresos (982/ 454/ 115)	Alguna medida comparativa entre subgrupos resultantes; estadística básica
Voineskos y Denault, 1978	78 reing./ 494 no reing. / 138 con único ingreso	Comparativo de estos tres grupos, estadísticas básicas
Carpenter y cols, 1985	113/ 113	Comparativo casos-controles, estadística básica
Kastrup, 1987b	12.737 registro danés Grupo control n?	Comparativo, características, análisis contigencia múltiple, predictores.
Green, 1988	25 reing/ 25 contr/ 698 ingresos	Comparativo reing/ contr/ ingresos mismo tiempo. Estadística básica
Hiday y cols, 1989	11/ 38/ 50	Comparativo tres grupos (tras sucesivas restricciones de todo tipo)
Casper y Pastva, 1990	23-15 <i>heavy</i> / 61-25 contr	Comparativo, estadística básica
Sullivan y cols, 1995	101 reing/ 101 contr	Comparativo, regresión logística para predictores de reingresos
Haywood y cols, 1995	135 (15/ 44/ 33/ 43)	Comparativo no reing/ 3 grupos reing. Regresión múltiples para predictores

Tabla XI (Continuación)		
Resumen de algunos estudios de tipo comparativo		
Autores	Pacientes	Características del estudio
Vogel y Huguélet, 1997	1.034/ 257/ 284	Comparativo, regresión logística en busca predictores de reingresos
Lyons y cols, 1997	45 reing/ 210 ingr 6 meses	Comparativo de algunas medidas y regresión logística y múltiple jerárquica para predictores
Lieberman y cols., 1998	206 depresivos (82 + 33 + 91)	Comparativo para disminución de estancia

Sgto = Seguimiento; Reing = reingresadores; Contr = controles

En otros casos se trata del seguimiento de una cohorte una vez identificada, de manera prospectiva en busca de reingresos en un tiempo determinado y con pruebas más sofisticadas o apropiadas a los datos longitudinales, como los análisis de supervivencia con regresión de Cox en busca de variables predictoras, o como análisis mediante árboles de clasificación y regresión (CART). En la Tabla XII resumimos algunos ejemplos:

Tabla XII

Algunos trabajos de seguimiento de cohorte y estadística más compleja

Autores	Pacientes	Características del estudio
Solomon y cols, 1984	550 desinstitucionalizados	Sgto. predictivo días de permanencia sin ingresar. Regresión múltiple jerárquica por bloques y pasos
Applebay y cols, 1993	1500 pacientes 10 hospitales	Sgto-predictivo recaídas. Regresión de Cox
Figuerido y cols, 1997	60 esquizofrénicos	Sgto-predictivo recaídas. Regresión de Cox
Doering y cols, 1998	354 psicóticos	Sgto-predictivo, análisis de árboles de clasificación y regresión (CART)
Sipos y cols, 2001	166 psicóticos	Sgto-predictivo recaídas. Supervivencia Kaplan-Meier. Regresión de Cox

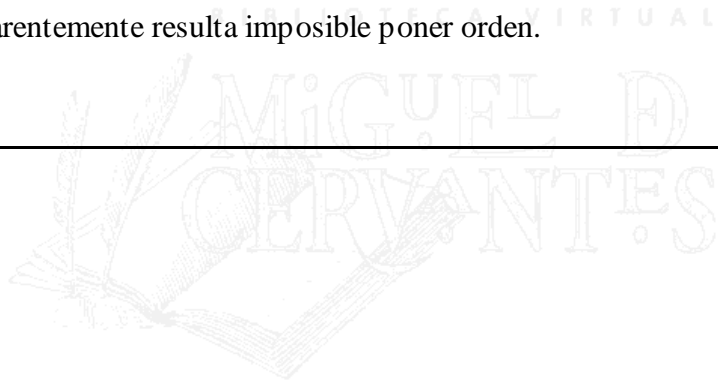
Sgto = Seguimiento

Además, hay otros tipos de estudios variados que resumimos en la Tabla XIII y que abarcan desde encuestas a pacientes sobre sus preferencias y al personal que trabaja con enfermos mentales sobre sus percepciones o intuiciones acerca de alguna cuestión, a consultas de registros nacionales de enfermos sobre tasas y cálculos e interpretaciones y previsiones que se pueden realizar a partir de ellas.

Tabla XIII**Algunos ejemplos de estudios heterogéneos**

Autores	Pacientes	Características del estudio
Franklin y cols, 1975	107 (36 reing/ 71 no reing)	Encuesta personal; comparación subgrupos resultados; estadística básica
Kinard, 1981	176 pacientes encuestados	Encuesta sobre preferencias ingreso
Mezrich y Coffman, 85	139 encuesta, 97 responden	Encuesta, descripción de resultados
Kastrup, 1987a	12.737 registro danés, 10 años	En busca pacientes " <i>revolving door</i> ", tasas
Jarman y cols, 1992	168.652 ingresos	Investigación de tasas (observadas/ esperadas) ingresos en toda Inglaterra, 1 año y correlación con otras variables
Casper y cols, 1991	Tasas reingresos	Comparación tasas anuales reingresadores varios hospitales
Kammerling y O'Connor, 1993	6.096 episodios	Investigación tasas de ingresos en dos años y correlación con tasas de desempleo y escala de privación social
Harrison y cols, 1995	8.132 episodios	Investigación tasas ingresos en 19 distritos y correlación con variables privación social y tasas de mortalidad
Weinstein, 1983	Tasas de reingresos	Interpretación de tasas y sus errores estadísticos

Si tenemos en cuenta que cada trabajo se ha basado en una definición distinta del fenómeno que se quiere explorar, que se ha analizado desde perspectivas diferentes, empleando tiempos de observación dispares, parámetros de exploración diversos (cálculo de porcentajes, tasas, índices, medidas de resultados heterogéneas), con métodos estadísticos muy desiguales y con distintas finalidades comprenderemos que tenemos delante un panorama donde aparentemente resulta imposible poner orden.



I-1.7.-Otros hallazgos destacados en los trabajos

Aparte de los rasgos diferenciales de los reingresadores y de las distintas características o circunstancias que de una manera u otra se ha ido señalando en los estudios comentados como factores de riesgo o protección de los reingresos, que constituyen la dirección de la mayoría de los estudios y que quedaron señaladas en el apartado (I-1.5), se han destacado otros resultados.

Como ocurre con:

-
- los porcentajes de pacientes de cohortes específicas que recaen en un período considerado.
 - los tipos de reingresadores en función de este tiempo que tardan en recaer aunque los períodos observados son en general cortos y además distintos en cada autor lo que cuestionaría la aplicación de los términos:
 - ✓ reingresadores "rápidos" y los "lentos"
 - ✓ reingresadores "rápidos" e "irregulares"
 - ✓ seis clases de reingresadores susceptibles de distintos tratamientos
 - tasas de reingresos comunes a las de otros hospitales

- patrones comunes de reingreso para dos cohortes

En la Tabla XIV recogemos algunos de estos hallazgos

TABLA XIV

Reingresadores múltiples en la literatura, otros resultados

Autores	Material; método	Otros hallazgos
Olson y cols, 1999	262 psicóticos	24,3% reingresaron en tres meses.
Brenan y cols, 2000	12.417 supervivientes de 22.768 pacientes con TUS	73% pacientes vs 69% controles reingresaron en 4 años.
Figuerido y cols, 1997	60 esquizofrénicos, sgto 18 meses	Dos patrones de reingreso: "rápido" e "irregular"
Daniels y cols, 1998	Tasas de reingresos para esquizofrenia, bipolar y depresivos en 5 años	Reingresaban 71% de los esquizofrénicos; 59% de los bipolares y 48% de los depresivos
Woogh y cols, 1977	1436 pacientes en 4 años	31% reingresaron alguna vez
Casper y cols, 1990	94 reingresadores, análisis cluster	Distinguen 6 subgrupos de reingresadores, susceptibles de distinto tratamiento
Casper y cols, 1991	422 reingresadores, sgto 6 años; tasas reingresos	Presentan tasas de reingresos en los seis años que comparten los reingr de otros hospitales pudiéndose hablar de características comunes
Casper y Pastva, 1990	Dos cohortes de reingresadores	Un patrón común de reingresadores para las dos cohortes y probables subgrupos que se

		apartan de este patrón
--	--	------------------------

Reing = reingresadores, SGTO = seguimiento

I-2. EVOLUCION DE LOS PACIENTES CON INGRESOS MULTIPLES

Desde otro orden de cosas, poco se ha dicho de las posibilidades de que una persona que comienza a ingresar frecuentemente en un momento dado y sea cual sea la patología que presenta, deje de hacerlo, desaparezca de la lista de habituales, pese a ser otro fenómeno observable en la clínica diaria, trátase de frecuentadores de hospitalización o frecuentadores de consultas. Si no frecuente, es reconocible en la práctica que un frecuentador de los servicios psiquiátricos, que aparentemente presenta una mala evolución durante años, de pronto desaparezca de nuestras consultas o de la hospitalización. Este suceso podría en teoría estar relacionado con una remisión espontánea, inesperada (mejoría notable, curación, cambio de factores psicosociales o ambientales), así como con otro tipo de eventos casuales (accidentes, incapacidades, fallecimientos naturales por interurrencia de enfermedades físicas o por la edad del paciente) o derivados de la propia patología y su manejo (autólisis, complicaciones

médicas). Quizás también el paciente haya podido cambiar de residencia o de especialista/ centro de ingreso, etc.

Los datos al respecto en la literatura aparecen muy parcelados y esparcidos entre estudios de curso y pronóstico de determinadas patologías pero no explorados siquiera mínimamente como en el caso de los ingresos en los pacientes frequentadores de servicios psiquiátricos hospitalarios.

Podemos suponer que un porcentaje de los pacientes con el tiempo irán falleciendo por la causa que fuere (¿dada una cohorte de sujetos de edades relativamente jóvenes, en cuántos años de seguimiento comprobaríamos el fenómeno?) y podemos también aceptar como punto de partida no contrastado suficientemente la regla genérica de los tres tercios por la que auguraríamos una buena evolución en el peor de los casos a un tercio de ellos aproximadamente (¿cuántos años tardaría en producirse esta mejoría notable y estable?).

Este aspecto complementario al problema de los ingresos múltiples podría acercarnos también a la estimación de recursos que precisarían estas personas a lo largo de su vida y deberíamos tenerlo en cuenta en nuestro trabajo.





II. PLANTEAMIENTOS OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Tras contemplar esta panorámica de la literatura y haber hecho algunas exploraciones previas sobre el tema en una cohorte de ingresadores múltiples (Linares y cols. [2002 a, b, c]) convinimos en estudiar el tema tal como había sucedido en la realidad de nuestro servicio de Psiquiatría, incluyendo todos los años de existencia del servicio como período de observación e incluyendo como pacientes a los que mayor número de veces hubiesen ingresado. Contábamos con el registro de ingresos psiquiátricos desde que se abrió la unidad de psiquiatría y por tanto lo más atractivo era seleccionar a todos los pacientes que cumplieran ya la condición de caso, es decir de "ingresador múltiple" a través de la historia de nuestro propio Servicio.

Para ello, había que decidir qué cantidad de ingresos consideraríamos como "múltiples". Por una parte, no podíamos exigir un número tan excesivo como para que la muestra se redujese a una nimiedad y no pudiésemos extraer ninguna conclusión al respecto, y por la otra, no podían ser tan pocos como para que diluidos a través de los 18 años que íbamos a considerar perdiese representatividad del fenómeno. Finalmente, explorando estos dos extremos decidimos considerar *ingresador múltiple* al paciente que dispusiera de al menos 9 ingresos (un primer ingreso índice y ocho reingresos) a sabiendas de que se trataba de un número arbitrario, como igualmente es arbitrario el número de años explorado (18 años) pero en cualquier caso igual de caprichoso resultaría otro número en ambas circunstancias. Como hemos visto

previamente, cada autor se ha planteado unas definiciones operativas del fenómeno que quiere estudiar para hacerlo desde las perspectivas que ha considerado más convenientes teniendo en cuenta sus objetivos. En este caso nosotros queríamos estudiar qué había ocurrido con este fenómeno en nuestro servicio, en qué medida podíamos dar fe de la existencia del mismo, a quién había afectado, qué características tenían, qué evolución habían tomado a lo largo de los años, etc., toda vez que parece haber sido un evento llamativo a lo largo de la historia reciente de la psiquiatría y que si bien afecta a un número reducido de pacientes les hace responsables de un gran número de ingresos y del consumo por tanto "excesivo" de recursos del sistema sanitario.

Como dijimos anteriormente, ya disponíamos de algunos escarceos previos en el tema (descripción de una pequeña muestra y estudio de algunas de las relaciones entre sus variables) y por ello, en esta ocasión nos planteamos el estudio contrastado con otro grupo de pacientes no ingresadores, que usaban la hospitalización de manera "estándar", que sirviera de control y en busca de posibles características diferenciales y factores de riesgo o condiciones que abocasen a este fenómeno y así mismo de la evolución que se podía esperar del hecho una vez producido; la permanencia de estos enfermos ingresando a lo largo de los años.

Especialmente, el grupo o cohorte de estudio habría de ser seguido bajo dos perspectivas: el rastreo desde el primer ingreso hasta que se convierte en caso, investigando qué condiciones reunía desde el principio hasta ese momento

en comparación con los controles que le hiciesen aspirante al título de frecuentador de la hospitalización, y el seguimiento posterior para ver su permanencia en el tiempo.

Es decir, que sin renunciar a las ventajas de un estudio de tipo casos y controles pretendíamos utilizar el potencial de los estudios longitudinales en cuanto a la exploración de cómo han ido apareciendo estos casos de ingresadores múltiples a lo largo del tiempo y cual se espera que pueda ser su curso.

El objetivo general de este trabajo es la investigación del fenómeno de la hospitalización múltiple en cuanto a sus facetas de aparición de casos, características diferenciales respecto a un grupo control, posibles factores de riesgo que lleven a esta condición y evolución posterior del mismo, a través de la comparación de dos cohortes de pacientes; una de frecuentadores de la hospitalización psiquiátrica y otra de utilizadores "estándar" de estos servicios.

Como objetivos específicos nos planteamos los siguientes:

- 1) Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los reingresadores que por sí mismas o por sus implicaciones (manejo terapéutico, apoyo sociofamiliar y ambiental) propician los ingresos frecuentes y les diferencian del resto de pacientes psiquiátricos (representados aquí en la cohorte control).
- 2) Analizar qué características presentes en el reingresador múltiple en el primer ingreso, pueden influir en que le hagan candidato a convertirse en "caso" con el paso del tiempo y si sirven para predecirlo y tomar medidas preventivas.
- 3) Estudiar la evolución en los ingresos de los "casos" en cuanto al número total de ingresos, número de años utilizado en realizar los mismos y estancia total acumulada y determinar su relación con el resto de variables, controlando el efecto cohorte.
- 4) Interpretar el comportamiento de variables clínicas y sociodemográficas de los casos a lo largo del tiempo de ingreso para conocer si aportan información nueva que nos ayude a entender mejor el fenómeno del reingreso.
- 5) Finalmente, como punto clave de nuestra investigación, hemos valorado los motivos que han influido de manera específica en que al final del periodo de observación los pacientes persistan o no en el

reingreso. Esto podría aportarnos a la vez una visión práctica sobre el empleo de recursos sanitarios necesarios para su asistencia.

El logro de éstos objetivos nos ayuda a responder a las siguientes hipótesis:

-
- 1) ¿Existen diferencias en la distribución de las variables clínicas y sociodemográficas analizadas en nuestro estudio entre los pacientes reingresadores y aquellos otros que ingresan de forma estándar en las unidades de Psiquiatría de un Hospital General?
 - 2) ¿Existe alguna variable que pueda servir como predictora de posibles ingresos múltiples en el futuro?
 - 3) Si definimos a los reingresadores en función del número total de ingresos, el número de años empleados y la estancia total acumulada, ¿existen diferencias sustanciales en el número de ingresos entre ambas cohortes en relación con la interacción de las “variables definidoras de caso” con el resto de las variables del estudio?
 - 4) ¿Se observan diferencias entre los factores que condicionan el cese o la permanencia como reingresador?

BIBLIOTECA VIRTUAL



III.- MATERIAL Y MÉTODOS

III-1. PACIENTES

Hemos identificado en nuestro fichero de pacientes hospitalizados un grupo de 81 que, a lo largo de los años de existencia de la Sección–Servicio de Psiquiatría del INSALUD de Burgos (1983-2000), ingresaron al menos 9 veces (un ingreso y 8 reingresos), seleccionándolos por esta condición y constituyendo este grupo la cohorte de estudio. Igualmente, del mismo fichero hemos seleccionado otros 81 pacientes que no disponían de esa condición, formando éstos el grupo o cohorte de control.

Hemos de explicar de entrada que nuestro servicio nació como Sección de Psiquiatría (con su unidad de hospitalización) en el Hospital “General Yagüe” de Burgos el año 1983 y se mantuvo en él hasta el año 1995, período durante el cual algunos pacientes pudieron ingresar alternativamente en el Servicio de Psiquiatría de la Diputación Provincial (Hospital “Divino Valles”) y sesgar a la baja su número de ingresos. A partir del año 1995 la sección del INSALUD y el servicio de la Diputación se unieron, constituyéndose el Servicio de Psiquiatría del Consorcio Hospitalario, localizándose en el Hospital “Divino Valles”, donde se realizan prácticamente el 100% de los ingresos de la provincia. Los últimos años se han aceptado algunos trastornos de la alimentación procedentes de otras provincias y algunas depresiones graves para tratamiento con TEC.

Un problema típico existente durante estos años en nuestra provincia ha sido la mala utilización de los servicios asistenciales de crónicos (hospital psiquiátrico fundamentalmente en la mayoría de los años que abarca este trabajo y últimamente las unidades de media estancia y rehabilitación), que al depender de distintas instituciones operan con criterios de ingreso propios y con una falta de coordinación con el resto de los servicios psiquiátricos digna de encomio si no fuera porque el ya de por sí denostado enfermo mental y su familia son los destinatarios de esta buena gestión. Por lo que respecta al hospital psiquiátrico, y antes de haberse creado otros dispositivos como las unidades de rehabilitación, persiste en sus coletazos de desinstitucionalización, cerrando sus puertas a la admisión de nuevos enfermos en los primeros años de este estudio. Las unidades de rehabilitación, por otra parte, no se comienzan a utilizar hasta que finaliza el estudio.

Estas circunstancias, en cuanto a los fines que nos interesan para nuestro trabajo, son por sí mismas las que más pueden haber condicionado el número excesivo de reingresos de los pacientes considerados y la disminución observada los dos últimos años. En éstos, especialmente en el último, ha sido posible ingresar algunos pacientes en la unidad de rehabilitación psiquiátrica de estancia media abierta recientemente por lo que podrían haber disminuido los reingresos y reingresadores.

La incidencia de estos acontecimientos se ha podido manifestar de dos formas:

- a) Con un número total de ingresos por debajo de los reales en los pacientes seleccionados como casos ya que estos mismos pacientes podrían haber ingresado alternativamente en los dos servicios de Psiquiatría existentes hasta que se unieron y contabilizar exclusivamente los producidos en el servicio del INSALUD. No cambiaría los resultados en la parte del estudio que se basa en la detección de casos incidentes y su comparación con el grupo control al haber cumplimentado ya un mínimo de 9 ingresos. Podría cambiarlos teóricamente en el seguimiento de los mismos dando la impresión de que ha desaparecido el caso antes de tiempo, pero no es así en la práctica, puesto que el hecho afecta a un número despreciable de pacientes y el funcionamiento de las unidades de rehabilitación fue muy lento en sus comienzos.
- b) Con un número de pacientes seleccionados inferior al real, ya que de haberse contabilizado los ingresos en los dos servicios podría haber habido algún paciente más que hubiese llegado a disponer de los 9 requeridos para ser seleccionado. Este efecto, en lo que hemos podido averiguar consultando el archivo antiguo del Hospital Divino Valles, es excepcional, podría haber sucedido en una proporción insignificante y no alteraría la muestra significativamente ni invalidaría su estudio.

II.-2. TIPO DE ESTUDIO

Iniciamos el estudio con los datos existentes en el archivo de pacientes y en sus historias médicas, de una población de enfermos psiquiátricos que han precisado alguna hospitalización (N = 4.618) a partir de los cuales identificamos los casos de estudio (N = 81), que se van produciendo en distintos momentos a lo largo de los años (1983-2000) al desarrollar la "enfermedad" o condición de tener 9 ingresos (casos incidentes) constituyendo hasta aquí una cohorte de estudio dinámica retrospectiva. De esa misma población de pacientes psiquiátricos que precisaron alguna hospitalización seleccionamos, ordenando los pacientes por fecha de ingreso en hospitalización y mediante muestreo aleatorio, un grupo igual de numeroso (N = 81) por el procedimiento *sample* del paquete estadístico SPSS, constituyendo éstos la cohorte de comparación o control. La selección de los grupos se produce, pues, en razón de la "enfermedad", no de la exposición o factor(es) de estudio que de momento resultan desconocidos.

Después de identificar estas dos cohortes completamos la información de las variables con la existente en las historias clínicas respectivas y elaboramos otras variables que se analizarán más adelante y que contienen información global relativa al total de los ingresos. Comparamos los dos grupos bajo la perspectiva de un estudio casos–controles en busca de sus características

diferenciales y de factores que puedan relacionarse con la condición de ingresador múltiple, analizando por otra parte sus cualidades como predictores (regresión logística).

En los pasos siguientes consideramos tres variables (número de reingresos, número de años empleados en los ingresos y estancia total), como representativas o definitorias del concepto de reingresador múltiple. A través de ellas, y controlando el efecto cohorte –incluyéndolo en análisis factoriales de varianza– estudiamos la influencia que ejercen las demás sobre el paciente ingresador múltiple (así redefinido).

Posteriormente contemplamos algunos aspectos evolutivos y patrones de reingresos sólo explorables en el grupo de estudio.

Finalmente, determinamos la supervivencia de estas dos cohortes desde la comparación de los casos y controles bajo dos perspectivas:

- a) Supervivencia medida en años que emplean realizando ingresos los casos (después de ser así declarados) frente a los controles
- b) Supervivencia de casos y controles medida sobre las tres variables (y en toda su continuidad) en que descomponemos el concepto "reingresador" o "usuario intensivo" de la hospitalización psiquiátrica.

A su vez, este análisis de supervivencia contempla la simple constatación de las tablas de supervivencia y la búsqueda de variables

predictoras que la condicionen (regresión de Cox). En el momento de cerrar el estudio en el año 2.000 nos tropezaríamos con varios tipos de pacientes, habituales por otra parte en los estudios longitudinales. Por una parte, los que habrían fallecido y que habrían contribuido al estudio durante los años que habían estado presentes. Otros, los pacientes que seguían presentes (es decir que figuraban con uno o varios ingresos en el año de cierre) y por tanto contribuían como elementos activos del estudio desde su incorporación hasta el final. Por último, pacientes que no estaban presentes el año de cierre y sobre los cuales cabrían dos suposiciones independientemente de las causas que hubiesen motivado su ausencia: que ya no volviesen a ingresar más o que lo volvieran a hacer en años sucesivos.

El estudio, aún abarcando diversas facetas y paradigmas estadísticos, y disponerse sobre datos retrospectivos, podría estar enmarcado dentro de los denominados de **diseño híbrido, ambidireccionales, o estudio anidado de casos–controles**, que combina algunas ventajas de los estudios de seguimiento con las propias de los estudios de casos–controles y que posibilita hacer inferencias de tipo etiológico y preferentemente en casuísticas más bien raras (el ingresador múltiple aunque omnipresente por sus frecuentes hospitalizaciones, en relación a toda la población psiquiátrica es poco frecuente).

En razón de las hipótesis planteadas realizaríamos:

- 1) Un **estudio comparativo casos–controles**, en búsqueda de las notas diferenciales de los enfermos frecuentadores de la hospitalización
- 2) Un **estudio predictivo**, explorando factores de riesgo que abocasen a esa condición de ingresador múltiple.
- 3) Plasmando el fenómeno de los ingresos múltiples en tres de sus variables definatorias (número de ingresos, número de años ingresando y estancia total), investigaríamos las relaciones que mantienen con éstas el resto de las variables en estudio una vez controlado el efecto grupo o cohorte.
- 4) Estudiaríamos el comportamiento de algunas variables que cambian en cada hospitalización a través de los sucesivos ingresos para captar **características evolutivas** propias de la cohorte de estudio. Igualmente, describiríamos mediante gráficas secuenciales de los sucesivos ingresos el comportamiento individual de algunos casos como ejemplos de patrones típicos de ingreso.

5) Finalmente, y ésta consideráramos la parte más específica de nuestro trabajo, y dando por sentado que los estudios longitudinales requieren tratamientos estadísticos específicos, abordáramos su estudio y contraste estadístico con un **análisis de supervivencia** en las diversas condiciones que se mostrarán más adelante.



III-3. VARIABLES

Las variables objeto de estudio han sido:

- ✓ *Edad, sexo, estado civil* (Soltero, Casado / pareja, Viudo / separado).
- ✓ *Estudios* (Instrucción básica / obligatoria; Bachillerato / Estudios medios / Estudios superiores).
- ✓ *Residencia* (Urbana, Suburbana, Rural).
- ✓ *Número de ingreso* de que se trate, *número de reingresos*.
- ✓ *Motivo de ingreso*: En esta variable hemos distinguido una serie de circunstancias que acabamos englobando para su estudio en dos polos: a) *empeoramiento de la patología diagnosticada* al paciente (independientemente del porqué); y b) *otros problemas*, entre los que recogimos demandas o presiones del propio paciente o de su familia para ingresar aunque no quedaba claro el empeoramiento de la patología, gestos y chantajes autolíticos u otras maniobras parecidas con el mismo objetivo, problemas socio-familiares que abocaban a la misma situación, hospitalismo, simulación, problemas facticios, etc. Además, en cada persona la hemos reducido empleando la información de todos los ingresos a que predominara en la mayoría un aspecto u otro.

- ✓ *Involuntariedad* del ingreso. Distinguimos una variable cuantitativa con el número de veces que un paciente concreto ha ingresado por ese procedimiento a lo largo de todos sus ingresos (que no usamos) y una variable categorial, a partir de ella, que constata simplemente la existencia o no del hecho para un paciente.
- ✓ *Estancia en días* para cada ingreso y para el total de los ingresos (estancia total).
- ✓ *Diagnóstico DSM-IV* en sus 5 ejes (actualizamos todos los diagnósticos existentes en la base a esta terminología): Eje I (Diagnóstico principal y Comorbilidad), Eje II (existencia o no de un diagnóstico de personalidad), Eje III (No condiciones físicas, Condiciones derivadas del padecimiento psiquiátrico, Condiciones físicas aparentemente independientes), Eje IV (existencia o no de problemas psicosociales o ambientales), Eje V (EEAG al ingreso)
- ✓ *Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas* (No consumo, Consumo de alcohol, Consumo de otras sustancias solas o en combinación con alcohol).
- ✓ Existencia de *tentativas autolíticas* como variable continua en número para cada paciente a lo largo de todos sus ingresos (no la usamos en los cálculos) y como variable categorial, existencia o no del hecho sin anotar número de veces.

- ✓ *Tratamiento en unidades de larga estancia o instituciones.* Nos referimos en nuestro caso al hecho de que algún paciente haya recibido internamientos prolongados en el hospital psiquiátrico, tratamientos en el hospital de día o, incluso, en los dos últimos años, en las unidades de larga estancia recientemente puestas en funcionamiento, así como internamientos en instituciones de menores y otro tipo de dispositivos sociales. (Igualmente como variable cuantitativa que no usamos y como cualitativa).

Según el tipo de análisis, algunas de estas variables se individualizan para los nueve ingresos en el grupo de ingresadores múltiples (edad, porcentajes para los diagnósticos agrupados del Eje I en sucesivos ingresos, si existe o no diagnóstico en los ejes II y IV, Eje V ó EEAG, estancia para cada ingreso).

Se han derivado otras variables calculadas a partir de las originales y tipificadas como sigue:

- ✓ *Tipo de estancia.* Se ha distinguido entre estancias cortas (las menores de 10 días); estancias medias (entre 10 y 30 días) y estancias largas (las que pasan de 30 días). En razón de esto y del patrón que sucede en los pacientes, se les ha tipificado como: 0) sujetos en los que sólo se dan estancias cortas; 1) sujetos en los que sólo se dan estancias medias; 2) aquellos que tienen estancias cortas y medias; 3) pacientes que tienen estancias medias y largas; y 4) los que tienen estancias de los tres tipos: cortas, medias y largas.

- ✓ *Período 1 (años empleados para los 9 ingresos)*. Variable continua con el número de años en que un paciente determinado ha realizado los nueve ingresos requeridos para tipificarlo de ingresador múltiple. Se contabiliza el primero y el último en que están presentes como años completos.
- ✓ *Período 2 (años empleados en el total de ingresos disponibles)*. Idem para el total de sus ingresos disponibles.
- ✓ Para Período 1 y 2 además hemos contemplado su categorización (*Ciclo 1 y Ciclo 2*) en razón de los patrones evolutivos que observamos en los ingresos con las siguientes categorías: 0) Los que emplearon menos de 3 años en sus ingresos; 1) los que emplearon de 3 a 7 años; 2) los que completaron sus ingresos en 8-12 años; 3) los que lo hicieron en 13-18 años. Ello se ha decidido a la vista de las gráficas secuenciales según se razonará más adelante en el estudio evolutivo de los pacientes.
- ✓ *Densidad de ingresos*. Hemos llamado así a una variable continua resultado de calcular el número de ingresos del paciente dividido entre el número de años que utilizó para realizarlos (inclusive primero y último). Igualmente la anotamos para los 9 ingresos exigibles y para todos los ingresos (*Densidad 1 y Densidad 2*)
- ✓ *Intervalo sin ingresar*. Le hemos dado este nombre a otra variable, resultado de dividir los años en que no se producen ingresos en un paciente entre el número de años que empleó para completar sus ingresos. De la misma

forma, la medimos para los nueve primeros ingresos y para el total (*Intervalo 1 e Intervalo 2*)

- ✓ *Cierre.* En esta variable hemos puesto la información de los años que transcurren desde el último ingreso del paciente hasta el momento de cierre del estudio (año 2000). La manipulamos de diversas formas cuando consideramos en el estudio de supervivencia distintos puntos de corte y la información de los fallecidos.
- ✓ *Diagnóstico principal por grupos.* Hemos agrupado los diagnósticos de estas 162 personas de dos formas, en cuanto a grado de compactación de los datos. En la primera obtenemos cuatro categorías: 1) Trastornos mentales orgánicos y por uso de sustancias; 2) Psicosis; 3) Afectivos (trastorno bipolar y depresión mayor); 4) "Otros" (Distimias / Ansiedad / T. Adaptativos / T. de la conducta alimentaria / Otros). En la segunda hemos distinguido 9 categorías con el fin de perder menos información: 1) Trastornos orgánicos, en los que además de los consabidos contabilizamos algunos casos de retraso mental; 2) Trastornos por uso de sustancias, que, como decimos, se reducen en su mayor parte a casos de alcoholismo; 3) Psicosis "típicas", cualquier caso de psicosis bien caracterizado; 4) Psicosis "atípicas", cualquier caso de psicosis sin especificar, atípica, trastorno esquizofreniforme o esquizoafectivo; 5) Trastornos bipolares; 6) Trastornos depresivos mayores; 7) Trastornos distímicos y adaptativos; 8) Trastornos neuróticos (de ansiedad, fóbico, obsesivo, somatomorfos, de personalidad,

facticio y otros); 9) Trastornos de la alimentación (es un diagnóstico frecuente en la actualidad y que en sus formas graves requiere muchos ingresos o larga estancia)

- ✓ *Cambio del diagnóstico principal* a lo largo de los ingresos: 1) sin cambio diagnóstico; 2) cambio mínimo, dentro del grupo de trastornos; 3) cambio importante, diagnósticos no relacionados, o muchos diagnósticos.

En alguno de los análisis estadísticos, según se verá más adelante, hemos categorizado algunas variables numéricas en 3 categorías, tipo "bajo / medio / alto" o similar, para estudiar conjuntamente con el efecto cohortes (estudio y control) en un análisis factorial de la varianza.

III-4. PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Para todos los cálculos empleamos el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS v.10.0) con sus módulos básicos y avanzados y los textos acompañantes de Marija J. Norusis.

En el **estudio comparativo de casos y controles** utilizamos para contraste de medias en las variables numéricas el test de la *T de dos colas*,

empleando de las dos computadas por el procedimiento *T-test* del programa la adecuada a la igualdad o desigualdad de varianzas en cada variable analizada, y para las variables categoriales la tabla de contingencias con la χ^2 y *test exacto* de Fisher en su caso.

Empleamos la **regresión logística** en el mismo contexto para analizar las posibilidades de predicción de pertenencia a los grupos casos o controles. Codificamos variables *dummy* según se irá diciendo en cada caso y empleamos el método de selección de variables por pasos adelante condicional. La regresión logística es un procedimiento de análisis adecuado para estudiar relaciones multivariantes de una serie de variables independientes o explicativas (que pueden ser numéricas o categoriales), con una dependiente dicotómica (existencia o no de la condición de ingresador múltiple en cada individuo; probabilidad de que ocurra ese hecho o no), o si se quiere, para predecir una variable dependiente binaria a partir de una serie de independientes, con la particularidad de que tiene menos restricciones que el análisis discriminante. En la regresión logística se estiman directamente las probabilidades de que un suceso ocurra o no, se estiman los parámetros del modelo usando el método de la máxima verosimilitud (en lugar del método de los mínimos cuadrados de la regresión lineal), esto es, se seleccionan los coeficientes que hacen más “probables” nuestros resultados observados. Los coeficientes positivos tendrían el significado de aumentar las probabilidades de

que ocurra el hecho (serían factores de riesgo en otros términos), los negativos de disminuir esas probabilidades (factores de protección).

Una vez realizado el estudio comparativo casos–controles, y para investigar el influjo sobre las variables más definitorias de los ingresos múltiples (dependientes) del resto de las variables (independientes), empleamos un **análisis factorial de la varianza** utilizando como primer factor fijo el grupo o cohorte con sus categorías de casos y controles y como segundo, en análisis sucesivos, cada una de las variables consideradas independientes. Esto nos permite, además de tener en cuenta el efecto cohorte o grupo (casos–controles), la posibilidad de detectar interacciones entre el mismo y cada una de las variables independientes a estudiar.

Empleamos el procedimiento de Anova factorial simple con evaluación jerárquica de los efectos (cohorte / "variable x" / interacción). En alguna de las comparaciones escasamente realizables por falta de representantes en diversas categorías computo por separado en el grupo de estudio y en el de control una correlación bivariada (r de Pearson) entre la "variable x" en su formato original y la dependiente de que se trate para poder interpretar mejor los resultados.

Para el estudio de supervivencia utilizamos las tablas de Kaplan–Meier con la función de supervivencia acumulativa, la supervivencia media y el estadístico Mantel–Cox para investigar diferencias entre las cohortes.

Igualmente, utilizamos la regresión de Cox para investigar supervivencia en razón de variables predictoras o covariables.

Los métodos de **análisis de supervivencia** son procedimientos específicos para el estudio de datos longitudinales en los que nos encontramos casos con distintos tiempos de observación y con distintas condiciones en el momento de cerrar el estudio (vivo, muerto, desaparecido). Ideadas en un principio para calcular la supervivencia (de ahí su nombre) o longevidad de pacientes con determinada enfermedad enseguida se generalizaron para el estudio de otros datos, médicos o no, en los que aparecían implicados estos aspectos. Los ingredientes básicos necesarios para el cálculo de la tabla de longevidad son las evaluaciones de los índices de mortalidad para cada período de tiempo observado.

Precisan de unos requisitos, comunes a algunos de estos métodos y que en esencia son:

- a) La definición de un punto de partida (evento inicial) y de un punto final claro (evento final).
- b) Por definición los pacientes se incluyen en la observación en momentos diferentes y al final del estudio han sido observados durante períodos diferentes de tiempo.
- c) En el momento de la terminación del estudio se desconocen los puntos finales correspondientes a algunos pacientes. Los casos en

los que no se ha producido el punto final se llaman observaciones censuradas. Los casos en los que ya se ha producido, observaciones no censuradas.

- d) No deben cambiar las condiciones de supervivencia ni las observaciones censuradas con respecto a las que no lo son.

El método propuesto por **Kaplan–Meier** divide el tiempo total del estudio en intervalos irregulares definidos por los propios fallecimientos sucesivos y utiliza el concepto de probabilidad condicionada para sus cálculos. Algunos cálculos obtenidos por este método son la supervivencia acumulativa (proporción de pacientes que van sobreviviendo a lo largo del tiempo observado sin que presenten el evento final), su error estándar y los intervalos de confianza; la supervivencia media (no representa adecuadamente la prognosis o supervivencia, queda muy afectada por el número de años observados, más bien se interpretaría como la duración media de la observación de los pacientes) y diversos índices de mortalidad. Además permite estudiar diferentes curvas de supervivencia por categorías de una variable, por ejemplo una para cada grupo (casos y controles) o agrupaciones diagnósticas, y contrastar sus diferencias con varios estadísticos, entre ellos el Mantel–Cox o el Log–Rank.

Respecto a la **regresión de Cox**, siendo un método de análisis de curvas de supervivencia, se puede utilizar en el mismo contexto que los modelos de regresión, en tanto puede predecir una variable dependiente (tiempos hasta la

ocurrencia de un suceso) en función de una o una serie de variables independientes o predictoras (que aquí toman el nombre de covariables). Pasa el problema de las regresiones lineal o logística con este tipo de datos longitudinales. Igualmente permite que las covariables sean numéricas o categoriales y también considerar las diferencias entre subgrupos o categorías de una variable.

A la hora de plantearnos el análisis de supervivencia respecto al grupo de estudio consideramos evento inicial el hecho de cumplir 9 ingresos, evento final el hecho de “no volver a ingresar”. Este hecho requiere una definición a la que no es fácil llegar. Está claro en el caso de que un enfermo que seguimos fallezca, pero no lo está en los demás casos, es decir; no podemos saber a priori, aunque hayan pasado uno o varios años sin ingresos si un paciente determinado no va a volver a ingresar nunca más. De hecho en nuestra muestra dos pacientes, después de su primer o primeros ingresos estuvieron ausentes hasta 8 años y después volvieron a ingresar. Pero, por otra parte, no hubo ninguno con un tiempo de ausencia mayor que éste.

Cualquier aproximación a este punto podría ser poco real. Es evidente que para algunos pacientes de esta cohorte el primer año de ausencia tras un período de ingresos fue el definitivo para ser considerado “de baja”; no volvieron a aparecer más, a pesar de haber transcurrido muchos años. De hecho entre los fallecidos (considerados observaciones no censuradas) sólo 1 superaba los 8 años de ausencia en el momento del cierre; los demás estaban por debajo

de esa cifra y alguno falleció en el mismo año del cierre. Así que decidimos, dado que el tiempo de observación era suficientemente amplio, acordar el punto final del estudio como evento final y bajo esa perspectiva declarar que el paciente “no volvería a ingresar más” (observación no censurada) cuando el mismo no figuraba ingresado en el último año. Las observaciones censuradas serían aquellos casos que están presentes con algún ingreso en el último año de observación y cierre del estudio.

Por otra parte, en lugar de ceñirnos a una representación temporal aséptica de los dos grupos, en cuando a su permanencia en años ingresando, hacemos actuar, por aportar mayor información y obtener perspectivas complementarias, a las tres variables que más caracterizarían a los ingresadores múltiples como variables dependientes que, debidamente controladas por la variable cierre, nos irían detallando una supervivencia medida en número de ingresos, en número de años empleados para realizarlos y en días de hospitalización acumulados por el paciente, en este caso en términos absolutos, sin tener en cuenta en qué momento el "caso" adquiere tal condición.

En lo que toca a la regresión de Cox, empleamos estas mismas variables como dependientes y como predictores o covariables investigamos, dentro de las disponibles y eliminando algunas redundantes, todas las que pudieran tener relación con ellas.

En el modelo de regresión de Cox hay que distinguir dos términos: a) la función de supervivencia basal, que no depende de la o las covariables, sino exclusivamente del tiempo (se parece en cierta manera al término “constante” de los modelos habituales de regresión múltiple); y b) un segundo término de la ecuación que no depende del tiempo sino del valor de la o las covariables y del valor del coeficiente de regresión B.

En las tablas correspondientes de resultados se da cuenta de los coeficientes B (Coef. B), sus errores estándar (E.E.), el estadístico Wald (cuadrado del cociente coeficiente B / error estándar, con una distribución bajo hipótesis nula igual a la del χ^2), con sus grados de libertad (normalmente 1 salvo cuando se trata de variables categoriales) y su nivel de significación observado para la covariable en cuestión. Esto permite rechazar o confirmar la hipótesis nula de que el valor del coeficiente para la población es 0. El estadístico R es una evaluación de la correlación parcial de cada variable independiente con la dependiente. La columna Exp (B) es el logaritmo neperiano e elevado al coeficiente B de regresión que representa la razón de predominio (*Odds Ratio* = OR). En términos generales y cuando se están estudiando factores de riesgo en epidemiología, si no existe relación entre el factor y la enfermedad la OR es igual a 1; un número significativamente mayor que 1 indica que el factor que evaluamos es un factor de riesgo; un número significativamente menor que 1 indica que se trata de un factor de protección. En algunos casos prácticamente se considera igual que el otro gran índice de

riesgo: el riesgo relativo (RR), pero no siempre es lo mismo, sobre todo conceptualmente, ni se pueden aplicar indistintamente a diferentes tipos de estudio. En nuestro caso esta lectura de los riesgos no favorece la comprensión de los resultados que se expresan mejor en porcentajes de supervivencia y su complementario probabilidades de no ingresar, por lo que no insistimos en el asunto. Respecto a los intervalos de confianza al 95% permiten rechazar la hipótesis nula de que la variable no se relaciona con la supervivencia si no incluyen el valor 1.

Como en la regresión lineal y logística, el valor de los coeficientes de regresión y su significación depende no sólo de la fuerza de correlación de las variables individualmente consideradas con la dependiente sino también de las otras variables independientes que estén dentro del modelo. Usando la ecuación del modelo de regresión de Cox, la función de supervivencia basal y el coeficiente de regresión se puede estimar la función de supervivencia acumulativa para personas en diferentes puntos de una variable independiente o predictora. En el modelo de regresión habitual se genera un valor de predicción para cada caso. En el modelo de Cox se genera toda una curva para cada valor de la variable independiente (en nuestro trabajo lo hemos calculado para la media de la covariable o las covariables implicadas en el modelo).

Hemos escogido la función de supervivencia para expresar nuestros resultados porque nos parece que es un modo más claro o intuitivo de comprenderlos. Otras funciones relacionadas con ella y que se podían usar como la función aleatoria (o función de riesgo o impacto proporcional) nos daría una “tasa de mortalidad al tiempo t ” (probabilidad de que un caso dado experimente un evento final, dado el hecho de que ha sobrevivido hasta ese tiempo; en nuestro planteamiento probabilidad de que un caso deje de ingresar dado que lo ha estado haciendo hasta el tiempo estudiado) y creemos que el índice resultante sería más confuso de interpretar que un simple porcentaje.

Todas estas pruebas estadísticas se fundamentan en el texto de Armitage y Berry [1992].

III-5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Queremos señalar algunos aspectos metodológicos que nos han preocupado a lo largo de nuestro trabajo:

- a) La elección del número de ingresos que exigiríamos para definir la muestra de estudio podía ser totalmente arbitraria y no tener sentido. Pensamos que el número de años observado era muy grande y que sólo asegurándonos un número representativo, suficientemente equilibrado, de ingresos (no tan alto que nos tuviésemos que limitar a un estudio de casos aislados, ni tan bajo que con el reparto entre tantos años de observación se diluyese el fenómeno en sí) podíamos hablar con propiedad de lo que queríamos estudiar. La selección debería producir a su vez un número muestral asumible, no tan pequeño como para ser incapaz de concluir nada ni tan grande que distorsionase por exceso los resultados de las relaciones investigadas.
- b) Nos cuestionamos si existiría una estabilidad suficiente de las observaciones para abordar un análisis de supervivencia. Somos conscientes de los altibajos que se producen en todo el tiempo explorado, que obedecen a causas reconocibles y que influyen tanto

en el número general de ingresos, como de reingresos, y por tanto de nuestra pequeña muestra de ingresadores múltiples. Así se producen los hechos derivados de las sucesivas mejoras en la organización de la asistencia a los enfermos mentales y sólo podíamos aceptarlos pensando que no serían demasiado drásticos o abandonar las ventajas que nos ofrecía el análisis de supervivencia.

- c) Sabíamos igualmente de la imposibilidad de definir un punto de corte para el evento final “no ingresar más”, clave en este tipo de análisis. Pero también se asume frecuentemente que el fin del estudio es ese evento final, sobre todo si se dispone de suficientes años de observación.
- d) Probablemente hubiese sido deseable el incluir mayor número de variables a la hora de intentar buscar predictores de reingresos. La limitación obedece al carácter retrospectivo de la investigación no disponiendo de más datos que los consignados en los archivos médicos. De ahí que en el modelo de regresión de Cox sólo pudiésemos investigar entre las covariables disponibles.

BIBLIOTECA VIRTUAL



IV.- RESULTADOS

Antes de iniciar el capítulo de resultados, hemos considerado oportuno señalar de forma sucinta el contenido de cada uno de los apartados que componen nuestros resultados con el fin de facilitar su comprensión.

En el primer apartado del capítulo, denominado datos previos, procedemos a la identificación de los casos de estudio y el grupo control.

En un segundo apartado mostramos un estudio comparativo casos–controles, en busca de las características diferenciales y factores que puedan relacionarse con la condición de ingresador múltiple.

En un tercer apartado, procedemos a la realización de un estudio predictivo explorando los factores de riesgo que influyan en la condición de reingresador múltiple para lo que emplearemos una regresión logística.

En un cuarto apartado, consideramos tres variables representativas o definitorias de ingresador múltiple (número de ingresos, número de años empleados en los mismos, estancia total) y a través de ellas, controlando el efecto cohorte, investigamos las relaciones que mantienen éstas con el resto de las variables de estudio mediante un análisis factoriales de varianza.

En el apartado que hemos denominado aspectos evolutivos, contemplaremos el comportamiento de algunas variables que cambian en cada hospitalización a través de los sucesivos ingresos para captar características evolutivas de la cohorte de estudio. Mediante gráficas secuenciales de los sucesivos ingresos, describimos el comportamiento individual de algunos casos como ejemplos de patrones de reingreso.

Para finalizar, determinamos la supervivencia de ambas cohortes desde la comparación de casos y controles bajo tres perspectivas. Una primera, en la que investigamos la persistencia ingresando del grupo de estudio frente al control, utilizando como primera aproximación la variable periodo 3 y empleando las variables definitorias de reingresadores como segunda aproximación. Bajo otra perspectiva tratamos de comparar la supervivencia distinta entre casos–controles y posibles predictores, empleando las mismas aproximaciones que en el apartado anterior. Y por último, nos centramos en la supervivencia y posibles predictores en el grupo de estudio.

IV-1. DATOS PREVIOS

El número de personas que ingresaron desde el año 1.983 al 2.000 fue de 4.617 pacientes nuevos hospitalizados sucesivamente. De ellos, 3.031 (65,6%) no reingresaron ni una sola vez y el resto, es decir 1.586 que representan el 34,3% de la muestra total originaron 5.766 ingresos que sobre el total de 8.797 ingresos suponían el 65,5%.

Nuestro grupo de estudio, como queda dicho, consta de 81 pacientes entre 4.617 nuevos (es decir el 1,75%) que ingresaron (primer ingreso + sucesivos reingresos) 9 o más veces, originando 1.002 ingresos de los 8.797 totales (11,3%) en el período 1.983-2.000. Podemos ver estos datos y la distribución de reingresos en la Tabla XV.

Tabla XV.

Número de pacientes e ingresos / reingresos que originaron

en los años 1983-2000

Categorías de pacientes (no excluyentes)	N° pacientes	% pacientes	N° ingresos	% ingresos
Pacientes nuevos sucesivos	4617	100,0	8797	100,0
Pacientes con un solo ingreso, sin reingresos	3031	65,7	3031	34,5
Pacientes con 1 reingreso	726	15,7	1452	16,5
Con 2 reingresos	337	7,3	1011	11,5
Con 3 reingresos	180	3,9	720	8,2
Con 4 reingresos	104	2,2	520	5,9
Con 5 reingresos	72	1,6	432	4,9
Con 6 reingresos	59	1,3	413	4,7
Con 7 reingresos	27	0,6	216	2,5
Con 8 reingresos	23	0,5	207	2,3
Con 9 reingresos	16	0,3	160	1,8
Con 10 reingresos	8	0,2	88	1,0
Con más de 10 (11-30)	34	0,7	547	6,2
Total reingresadores múltiples	81	1,7	1002	11,3
Reingresos sucesivos	1586	34,3	5766	65,5

IV-2.-ESTUDIO COMPARATIVO CASOS- CONTROLES

Comparando variable a variable este grupo de estudio con el grupo de controles seleccionado obtuvimos los siguientes resultados.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.– (En las Tablas XVI y XVII resumimos los resultados)

Edad en el ingreso índice.– El grupo de estudio tiene una media de edad muy inferior (35,02 años) a la del grupo control (44,56 años), siendo significativa estadísticamente esta diferencia ($t = -3,85$; $p = 0,000$). Véase la tabla XVI, donde se resumen también otras variables numéricas.

Sexo.– Existen más mujeres y menos varones de lo esperable en el grupo de estudio ($\chi^2 = 4,93$; p con test exacto de Fisher = 0,019). Véase Tabla XVII para esta variable y las siguientes.

Estado civil.– Las diferencias en esta variable no llegan a ser significativas aunque se aproximan ($p = 0,066$)

Estudios.– No hay diferencias significativas.

Residencia.– No existen diferencias respecto a esta variable.

Tabla XVI

**Resumen comparativo casos–controles
respecto a algunas variables numéricas**

Variable	CASOS Media (D.T.)	CONTROLES Media (D.T.)	t	p	I.C. 95%
Edad (años)	35,0 (14,3)	44,6 (17,1)	-3,85	0,000	-14,4; -4,7
Número de reingresos	11,3 (03,7)	0,8 (1,4)	24,03	0,000	9,6; 11,4
Ingresos involuntarios	0,8 (1,7)	0,06 (0,2)	3,82	0,000	0,4; 1,1
Estancia episodio índice	16,7 (13,3)	15,1 (13,8)		NS	
Estancia total	161,9 (71,0)	27,3 (29,3)	15,8	0,000	117,7; 151,6
EEAG al ingreso	33,8 (13,1)	34,76 (13,3)		NS	
Intentos autolíticos	1,1 (1,5)	0,20 (0,4)	5,02	0,000	0,5; 1,2
Ttos. larga estancia	0,91 (1,6)	0,16 (0,4)	4,17	0,000	0,4; 1,1

Otras variables numéricas.– (Tabla XVI)

Número de reingresos.– El grupo de estudio tuvo una media de 11,27 reingresos frente a los 0,76 del grupo control ($t = 24,03$; $p = 0,000$).

Número de ingresos involuntarios.– El grupo de estudio ingresaba involuntariamente más número de veces (0,80) que el grupo control (0,06) siendo significativa la diferencia ($t = 3,82$; $p = 0,000$). Véase la Tabla XVI. Corregido este mismo parámetro para que significase el hecho de tener o no algún ingreso involuntario y poder ser comparado con el grupo control sin tener en cuenta el número de ingresos las diferencias seguían siendo significativas: había un número mayor del esperado entre los casos (y menor del esperado

entre los controles) que tenían algún ingreso involuntario ($\chi^2 = 16,36$; p con test exacto de Fisher = 0,000). Véase más adelante la Tabla XXI.

Tabla XVII					
Resumen comparativo casos-contróles de las variables sociodemográficas					
Variable	Categorías	Porcentaje		χ^2	p
		Casos	Control		
Sexo	Varón	34,6	51,9	4,93	0,02
	Mujer	65,4	48,1		
Estado civil	Soltero	50,6	55,6	5,43	0,066
	Casado / Pareja	44,4	30,9		
	Viudo / Separado	04,9	13,6		
Estudios	Mínima; obligatoria	81,5	85,2	NS	
	Bach. / Medios / Sup	18,5	14,8		
Residencia	Urbano	56,8	49,4	NS	
	Suburbano	8,6	9,9		
	Rural	34,6	40,7		

Estancia en el episodio índice.– No hay diferencias significativas.

Estancia total (hasta el ingreso 9 en el grupo de estudio, lo disponible en el grupo control).– Hay grandes diferencias, significativas estadísticamente. Los casos tienen una media de estancia acumulada en los nueve primeros ingresos de 161,93 días frente a los 27,28 días del grupo control al que se le contabilizan los ingresos que tenga disponibles ($t = 15,77$; $p = 0,000$).

Variables diagnósticas.– (Tablas XVIII-XX)

Eje I.– La agrupación diagnóstica más compactada (en cuatro grupos: TMO / TUS, psicosis, afectivos y otros) no revela diferencias entre los grupos de estudio y control. De la misma forma, si agrupamos los diagnósticos en los nueve grupos señalados previamente tampoco detectamos diferencias significativas estadísticamente. A pesar de ello, existe un predominio de algunos trastornos en uno u otro grupo como es el caso de los TMO y TUS entre los controles y las psicosis típicas y trastornos bipolares entre los casos (ver resultados en la Tabla XVIII).

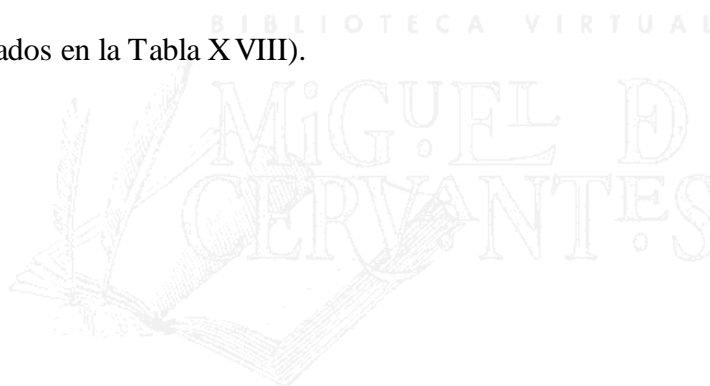


Tabla XVIII

**Resumen comparativo casos–controles
de la variable diagnóstico agrupado del Eje I**

Variable		Porcentaje		chi ² ; p
		Casos	Control	
Diagnóstico Eje I (4 grupos)	TMO /TUS	13,6	16,0	NS
	Psicosis	29,6	23,5	
	Afectivos	29,6	23,5	
	Otros	27,2	37,0	
Diagnóstico Eje I (9 grupos)	TMO	1,2	6,2	NS
	TUS	6,2	13,6	
	Psicosis típicas	23,5	11,1	
	Psicosis atípicas	8,6	12,3	
	Depresiones mayores	12,3	7,4	
	T. Bipolares	19,8	16,0	
	T. Distímicos / Adaptativos	12,3	19,8	
	T. Neurót. / Personal / Otros	12,3	8,6	
T. Alimentación	3,7	4,9		

Listamos también en la Tabla XIX todos los primeros diagnósticos del Eje I en ambos grupos para hacernos una composición más precisa de este particular.

Tabla XIX

Diagnóstico principal Eje I para grupo de estudio y control

Nº pacientes		Diagnóstico principal Eje I en el primer ingreso
Casos	Control	
0	1	Demencia vascular con ideas delirantes
1	0	Trastorno mental no especificado debido a traumatismo craneoencefálico
7	10	Dependencia del alcohol y manifestaciones agudas de la misma
0	1	Dependencia de varias sustancias
13	8	Esquizofrenias
4	3	Trastorno esquizofreniforme
0	1	Trastorno delirante
1	0	Trastorno psicótico breve
1	0	Trastorno esquizoafectivo
4	7	Trastorno psicótico no especificado
10	6	Trastornos bipolares
18	13	Trastornos depresivos mayores
5	8	Trastornos distímicos
2	0	Trastornos obsesivo-compulsivos
5	8	Trastornos adaptativos
0	1	Trastorno disociativo no especificado
1	1	Trastorno de somatización
0	1	Trastorno por dolor
1	0	Trastorno de despersonalización
3	4	Trastorno de la alimentación
1	0	Trastorno fácticio
1	0	Trastorno disocial
1	0	Simulación
2	8	SD Eje I (Gesto autolítico) T. límite personalidad Eje II Aplazado

Comorbilidades y otros ejes.– (Tabla XX)

No existían diferencias entre ambos grupos en lo que toca a *comorbilidad en el Eje I*. Existía un segundo diagnóstico en dicho Eje en un porcentaje aproximado del 27% para el grupo de estudio y 22% del grupo control. Este segundo diagnóstico en algunas ocasiones venía representado por una segunda condición del primer diagnóstico como en los alcoholismos (abstinencia–dependencia) o de una doble depresión (depresión mayor–distimia) y un tercer diagnóstico en un número insignificante de personas 3,7% y 1,2% respectivamente.

A pesar de no encontrar diferencias en términos generales, exploramos detenidamente dos condiciones de las posibles comórbidas puesto que se habían señalado en la literatura como posibles factores de riesgo de ingresos múltiples el abuso de alcohol o sustancias psicoactivas solas o en conjunción con el alcohol y la existencia de intentos de autolisis con los siguientes hallazgos (véase Tabla XX)

Tabla XX**Comorbilidad y diagnóstico en otros ejes. Comparación casos-contróles**

Variable	Categorías	Porcentaje		chi ²	p
		Casos	Control		
Comorbilidad Eje I	Sí	27,2	22,2	NS	
	No	72,8	77,8		
Abuso alcohol / drogas	No	58,0	71,6	6,02	0,049
	Alcohol	25,9	23,5		
	Otras drogas / + alcohol	16,0	04,9		
Intento autolisis	Sí	46,9	19,8	13,44	0,000
	No	53,1	80,2		
Diagnóstico Eje II	Sí	40,7	24,7	4,73	0,021
	No	59,3	75,3		
Diagnóstico Eje III	No condiciones físicas	59,3	56,8	NS	
	Cond. físicas ajenas a enf.	27,2	27,2		
	Cond. físicas derivadas enf	13,6	16,0		
Diagnóstico Eje IV	Probl. psicosociales y amb.	67,9	53,1	3,72	0,038
	Sin problemas	32,1	46,9		

Abuso de alcohol u otras drogas.– Existían diferencias significativas estadísticamente ($\chi^2 = 6,02$; $p = 0,049$) que hablaban de que en el grupo de estudio había un mayor número de personas que usaban sustancias psicoactivas solas o con alcohol que en el grupo control y un mayor número de personas en el grupo control que no usaban ni alcohol ni otras drogas.

Tentativas autolíticas.– El número de intentos autolíticos es mayor en el grupo de estudio (media de 1,09) que en el grupo control (media de 0,20), siendo las diferencias significativas ($t = 5,02$; $p = 0,000$; véase la Tabla XVI).

Reconvertida en categorial (existencia o no del hecho) para comparar los grupos las diferencias siguen siendo significativas (χ^2 cuadrado = 13,44; p con test exacto de Fisher = 0,000). Hay un exceso de personas con intento autolítico en el grupo de estudio con respecto al de control. (Tabla XX)

Eje II.– Había diferencias para los grupos ($\chi^2 = 4,73$; p con test exacto de Fisher = 0,019): Los casos tenían diagnóstico de personalidad más de lo esperable y los controles menos.

Eje III.– No había diferencias en cuanto a esta variable (categorizándola en los tres grupos explicados: no condiciones físicas, condiciones derivadas de su patología psiquiátrica y condiciones a priori independientes de la misma).

Eje IV.– Los grupos difieren significativamente en cuanto a la existencia de problemas psicosociales y ambientales ($\chi^2 = 3,72$; p con test exacto de Fisher = 0,038). Estos están sobrerrepresentados en el grupo de estudio y ocurren menos de lo esperable en el grupo control.

Eje V. Actividad global.– No hay diferencias significativas para estos dos grupos en cuanto a su nivel de funcionamiento medido por la EEAG a la hora de realizarse el ingreso índice (Tabla XVI)

Otras variables clínicas .– (Tablas XXI-XXII)

Motivo del ingreso.– Hay diferencias significativas ($\chi^2 = 3,89$; p con test exacto de Fisher = 0,037): en el grupo de estudio están sobrerrepresentados otros problemas distintos de la patología como motivo de ingreso (Tabla XXI)

Tipo de estancia.– Había diferencias significativas entre los dos grupos ($\chi^2 = 65,26$; $p = 0,000$): Había una sobrerrepresentación entre los casos de tener estancias de tipo cortas-medias y de tipo cortas-medias-largas y entre los controles de tener estancias de tipo exclusivamente cortas (Tabla XXI).

Tabla XXI

**Resumen comparativo casos-controles de las variables categoriales
motivo de ingreso, ingreso involuntario y tipo de estancias**

Variable	Categorías	Porcentaje		χ^2 ; p	
		Casos	Controles		
Motivo de ingreso	Empeoramiento patología	74,1	86,4	3,89	0,037
	Otros problemas	25,9	13,6		
Ingreso involuntario	Sí	30,9	6,2	16,36	0,000
	No	69,1	93,8		
Tipos de estancia	Cortas sólo	4,9	46,9	65,26	0,000
	Medias sólo	19,8	33,3		
	Cortas-Medias	33,3	4,9		
	Medias-Largas	21,0	14,8		
	De todo tipo	21,0	0,0		

Cambio diagnóstico.– Existen diferencias importantes, estadísticamente significativas, en cuanto a esta variable entre los casos y los controles ($\chi^2 = 49,44$; $p = 0,000$): Los cambios de diagnóstico tanto mínimos como importantes están sobrerrepresentados en el grupo de estudio mientras que en el grupo control hay un exceso de la opción "sin cambios" (el 100% de los mismos).

Tratamiento en unidades de larga estancia.– Existe en el grupo de estudio un mayor número de tratamientos en unidades de larga estancia (media de 0,91) que en el grupo control (media de 0,16), siendo significativas las diferencias ($t = 4,17$; $p = 0,000$; Tabla XVI). Cuando reconvertimos en categorial esta variable (existencia de tratamiento o no en un individuo concreto en lugar de número de ellos) las diferencias continúan siendo significativas ($\chi^2 = 13,22$; $p = 0,000$): en el grupo de estudio hay más personas que han recibido tratamiento en unidades de larga estancia (Tabla XXII).

Tabla XXII

**Otras variables categoriales:
cambio diagnóstico y tratamiento larga estancia**

Variable	Categorías	Porcentaje Casos–Controles	χ^2 ; p
Cambio diagnóstico principal	Sin cambios	53,0 - 100,0	49,64; 0,000
	Mínimo /“dentro espectro”	23,5 - 0,0	
	Cambio importante / muchos	23,5 - 0,0	
Tto. Larga estancia	Sí	42,0 - 16,0	13,22; 0,000
	No	58,0 - 84,0	

VARIABLES TEMPORALES DERIVADAS .– (Tablas XXIII y XXIV)

Como dijimos en el apartado de metodología derivamos de los datos e historias de los pacientes algunas variables e índices con el objeto de intentar penetrar en el problema planteado por el tiempo de observación, los intervalos

que emplea un sujeto entre ingresos, incluso las reapariciones no esperadas tras largos años sin ingresar, etc.

Período 1 (número de años empleados ingresando; hasta noveno ingreso en los casos; los disponibles en los controles).– Las diferencias son significativas: El grupo de estudio emplea una media de 8,1 años hasta completar esos nueve ingresos, mientras que el grupo control empleó una media de 2,27 en hacer los suyos ($t = 10,49$; $p = 0,000$).

Período 2 (número de años totales ingresando en los casos frente al número empleado por los controles).– Cuando los comparamos así las diferencias son todavía mayores que en la variable anterior, naturalmente. La media de años ingresando para el grupo de estudio es de 10,04 frente a la de 2,27 de los controles ($t = 13,48$; $p = 0,000$).

Período 3 (años que permanecen hospitalizándose tras el noveno ingreso).– Es una variable que solo afecta al grupo de estudio que como grupo permanece ingresando una media de 1,95 años después del noveno ingreso. Una vez que se confirman como casos según nuestra definición estos pacientes continúan haciendo uso de los servicios de hospitalización psiquiátrica durante un tiempo que intentaremos determinar en posteriores análisis de seguimiento pero una primera aproximación es esta media de prácticamente 2 años.

Tabla XXIII

**Resumen comparativo casos-contróles
de las variables numéricas temporales derivadas**

Variable	CASOS Media (D.T.)	CONTROL Media (D.T)	t	p	I.C. 95%
Período 1 (años hasta 9 ing)	8,1 (3,8)	2,3 (3,2)	10,49	0,000	4,72; 6,91
Período 2 (años totales ing)	10,0(4,1)	2,3 (3,2)	13,48	0,000	6,63; 8,90
Cierre (años desde último ing)	1,9 (2,7)	5,5 (5,1)	-5,65	0,000	-4,87; -2,34
Densidad 1 (ing / año hasta 9º)	1,4 (0,7)	1,1 (0,5)	3,19	0,002	0,12; 0,52
Densidad 2 (ing / año totales)	1,5 (0,9)	1,1 (0,5)	3,52	0,001	0,18; 0,63
Intervalo 1 (años ausencia 9º)	0,3 (0,2)	0,1 (0,2)	5,31	0,000	0,11; 0,25
Intervalo 2 (años ausencia tot)	0,3 (0,2)	0,1 (0,2)	5,93	0,000	0,13; 0,27

Densidad 1 (densidad de ingresos; hasta el noveno en el grupo de estudio; los disponibles en el grupo control).– La densidad de ingresos es diferente desde el punto de vista estadístico en los dos grupos: en los casos es de 1,43 ingresos / año de media y en los controles de 1,11 ($t = 3,19$; $p = 0,002$). Calculando lo mismo con densidad 2 (densidad teniendo en cuenta todos los ingresos) en el grupo de estudio las diferencias son ligeramente mayores (1,51 ingresos / año para el grupo de estudio frente a 1,11 del grupo de controles; $t = 3,52$; $p = 0,001$).

Intervalo 1 (años en los que no está presente; durante los 9 primeros ingresos en el grupo de estudio, durante los disponibles en el control).– Las diferencias respecto a este parámetro son significativas. El grupo de estudio tiene una media de ausencia de 0,26 años durante los 9 primeros ingresos frente a 0,08 años del grupo control ($t = 5,31$; $p = 0,000$). Cuando el parámetro lo referimos a los ingresos totales en el grupo de estudio las diferencias continúan siendo significativas estadísticamente: el grupo de estudio está ausente una media de 0,28 años frente a los 0,08 del grupo control ($t = 5,93$; $p = 0,000$).

Cierre (años transcurridos desde el último ingreso registrado de un sujeto).– La diferencia entre los dos grupos es significativa estadísticamente: el grupo de estudio tiene una media de 1,86 años transcurridos desde el último ingreso frente a 5,47 años del grupo control ($t = -5,65$; $p = 0,000$).

Ciclo 1 (Periodo 1 categorial).– Hay diferencias entre los dos grupos estadísticamente significativas ($\chi^2 = 115,24$; $p = 0,000$): En el grupo de estudio están sobrerrepresentados los ciclos largos (de 3 años en adelante) y en el grupo de controles está sobrerrepresentado el ciclo más corto (menos de 3 años). Refiriéndonos a *Ciclo 2* (Período 2 categorial) las diferencias se mantienen ($\chi^2 = 116,14$; $p = 0,000$) con el mismo sentido.

Tabla XXIV

**Resumen comparativo casos-contróles de las
variables categoriales ciclo 1 y ciclo 2**

Variable	Categorías	Porcentaje		chi ²	p
		Casos-Contróles			
Ciclo1 (Período1 categorial)	< 3 años	0,0	82,7	115,2	0,000
	3-7 años	48,1	9,9		
	8-12 años	39,5	3,7		
	13-18 años	12,3	3,7		
Ciclo2 (Período2 categorial)	< 3 años	0,0	82,7	116,1	0,000
	3-7 años	30,9	9,9		
	8-12 años	40,7	3,7		
	13-18 años	28,4	3,7		

IV.3.- CAPACIDAD DE PREDICCIÓN DE LAS VARIABLES.

Hemos investigado en el contexto de un estudio casos–controles y en su papel de diferenciadoras de ambos grupos dos conjuntos de variables: uno que se encontraba presente en el episodio índice (edad, sexo, estado civil, estudios, residencia, estancia del primer ingreso, diagnóstico principal Eje I (agrupado de dos maneras y por códigos), comorbilidad Eje I, existencia o no de diagnóstico en Eje II y IV, diagnóstico Eje III y V), y otro de variables que contienen información relativa al total de los ingresos (motivo de ingreso, involuntariedad del ingreso, estancia en días para el total de los ingresos, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, existencia de tentativas autolíticas, tratamiento en unidades de larga estancia o dispositivos semejantes y además, las que hemos llamado derivadas: tipo de estancia, período 1, período 2, ciclo 1, ciclo 2, densidad 1, densidad 2, intervalo 1, intervalo 2, cierre y cambio de diagnóstico principal).

Con la información del primer conjunto podemos preguntarnos en un análisis más complejo si alguna de esas variables o alguna agrupación de ellas hubiese preconizado quien habría de convertirse en caso y quien en control. Estudiadas individualmente hemos visto ya las que resultaban distintas en los

casos que en los controles (edad, sexo, estado civil, existencia o no de diagnóstico en Eje II y IV), y de ellas partimos (eliminamos las que en la estadística univariada no demostraron relación) para investigar su comportamiento como predictores de la frecuentación de la hospitalización.

Procedimos para ello, a realizar un análisis de regresión logística por pasos adelante condicional (entrada 0,05; salida 0,10) con el primer conjunto de variables reconvirtiendo la categorial estado civil en variable *dummy* indicadora tomando como categoría referencia el estado civil "soltero". La solución final a la que se llegó puede verse en las Tabla XXV.

Tabla XXV							
Regresión logística por pasos sobre grupo (casos-contróles): variables en la ecuación							
Variab	B	SE	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
Edad	- 0,06	0,015	17,557	1	0,0000	- 0,263	0,938
Ecivil			11,911	2	0,0026	0,188	
Ecivil (1)	- 0,69	0,344	4,002	1	0,0455	- 0,094	0,503
Ecivil (2)	0,88	0,31	8,109	1	0,0044	0,165	2,415
Constante	2,56	0,694	13,579	1	0,0002		

La *edad* mostraba un nivel de significación alto, un coeficiente de regresión negativo y una razón de prevalencia (OR) de 0,94, inferior a 1, que la convertiría en todo caso en un factor de protección de reingresos. El *estado civil* casado en relación al de soltero se portaría igualmente como un factor protector (coeficiente de regresión negativo, OR 0,50), mientras que el estado viudo /

separado se portaría, comparado con el de soltero como un factor de riesgo (2,4 veces más de convertirse en reingresador que el estado civil soltero)

El resto de las variables consideradas en el modelo (sexo, Eje II y Eje IV) quedaban fuera de la ecuación y no parecían tener ningún papel en el fenómeno.

El poder de pronosticar casos y controles sirviéndonos de estas dos variables llegaría a un 64,81% de acuerdo según puede verse en la Tabla de clasificación XXVI.

Tabla XXVI			
Clasificación de grupo (casos–controles)			
PREDICHO			
OBSERVADO	Grupo control	Grupo estudio	
Grupo control	47	34	58,02%
Grupo de estudio	23	58	71,60%
		Total	64,81%

Y con la información del segundo conjunto de variables, intentaríamos captar a posteriori, de adelante a atrás, qué factores condicionan a lo largo del tiempo el haber acabado convirtiéndose en un frecuentador de la hospitalización. De este conjunto de variables ya hemos visto que diferenciaban los casos y controles las siguientes: *motivo de ingreso*, *involuntariedad* del ingreso, *estancia* en días para el total de los ingresos, período 1, ciclo 1,

densidad 1, intervalo 1, cierre, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, existencia de tentativas autolíticas, tratamiento en unidades de larga estancia o dispositivos semejantes, tipo de estancia y cambio de diagnóstico principal. Teníamos que emplear de todas ellas únicamente las que pudieran tener algún sentido clínico fuera de artificios creados a posteriori. Por ello, no nos pareció conveniente incluir en este análisis las variables estancia total, periodo, ciclo, densidad, intervalo y cierre que nos parecían entenderse mejor como parámetros "consecuencia" que como factores explicativos del fenómeno que queremos explorar. Tampoco utilizamos variables como tipo de estancias y cambio diagnóstico porque en ellas ocurría una falta de representantes de diversas categorías en alguno de los dos grupos lo que oscurecía la interpretación de los resultados.

Con el mismo tipo de análisis y utilizando el resto de variables comentadas (motivo de ingreso, involuntariedad del mismo, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, existencia de tentativas autolíticas y tratamiento en unidades de larga estancia) realizamos la siguiente regresión logística (véase Tabla XXVII). Declaramos categorial la variable abuso de sustancias (*dummy*, indicadora con categoría referencia "No abuso de sustancias") dado que el resto aunque categoriales por ser dicotómicas y codificarse 0-1 en razón de su existencia no ofrecían problemas de interpretación

Tabla XXVII

**Regresión logística por pasos sobre grupo (casos-controles):
variables en la ecuación**

Variables	B	SE	Wald	df	Sig	r	Exp (B)
Ingreso involuntario	1,654	0,551	9,013	1	0,0027	0,1767	5,2263
Intento autolisis	1,340	0,383	12,231	1	0,0005	0,2134	3,8207
Tto. larga estancia	1,106	0,414	7,146	1	0,0075	0,1514	3,0208
Constante	- 1,004	0,251	15,934	1	0,0001		

El modelo resultante selecciona como significativas las variables ingresos involuntarios, tentativa de autolisis y tratamientos en unidades de larga estancia. Las tres generan coeficientes de regresión positivos que junto con la OR nos harían entenderlas como factores de riesgo con una capacidad de 5,2; 3,8 y 3 veces más respectivamente (para el que las tiene como antecedentes) de llegar a convertirse en reingresador múltiple.

El modelo deja fuera de la ecuación las variables motivo de ingreso y abuso de sustancias psicoactivas y acierta a clasificar a un 70,37% de los sujetos como puede verse en la Tabla de clasificación XXVIII.

Tabla XXVIII

Clasificación de grupo (casos-controles)

OBSERVADO	PREDICHO		
	Grupo control	Grupo estudio	
Grupo control	52	29	64,2%
Grupo de estudio	19	62	76,54%
	Total		70,37%

IV-4. EXPLORACION DE VARIABLES DEFINITORIAS DE LA CONDICIÓN DE INGRESADOR MÚLTIPLE

Aparte del hecho forzado de convertir un sujeto mediante una definición más o menos acertada en ingresador múltiple y estudiarlo como caso frente a no caso podemos aprender más de las características de estos pacientes teniendo en cuenta algunas variables que claramente podrían representarlos o acercarse a su esencia y estudiarlas en su relación con el resto de las variables recogidas teniendo de referencia por otra parte lo que sucede con las mismas en el grupo de controles. Estas variables a las que nos referimos serían *número de ingresos* (totales en este caso), *periodo 2* (número de años ingresando, totales también) y *número de días de estancia total* acumulada en los sucesivos ingresos, contabilizando todos los ingresos de los que dispone cada sujeto. Las consideraríamos genuinamente relacionadas con el fenómeno de los ingresos múltiples y nos aportarían información relevante del hecho; sus valores los supondríamos, en principio, muy abultados en los frequentadores de la hospitalización.

En cuanto a la primera, el grupo de estudio contiene información en exceso del parámetro que hemos exigido como definitorio, es decir además de los 9 ingresos requeridos el mismo sujeto puede tener muchos más y, al

contrario, en el grupo control (que representa a los pacientes psiquiátricos que ingresan un número "convencional" de veces) contiene información tal como sucede en el contexto habitual y por tanto es un buen punto de partida para hacer comparaciones.

La segunda variable que consideraremos es la cantidad de años que un reingresador múltiple se pasa realizando sus ingresos. No necesariamente deben de transcurrir muchos años ingresando para haber realizado un mínimo de 9 ingresos; éstos pueden haber sucedido en breve tiempo. Sin embargo, como norma general, sería más lógico pensar que se necesitará más tiempo cuantos más ingresos haya realizado un enfermo. Por otra parte, al contar en este parámetro el número de años transcurrido desde un primer ingreso a otro último, independientemente de si se han realizado muchos en ese intervalo, puede suceder que algunos pacientes con un número de ingresos menor de 9 hayan empleado gran cantidad de años en realizarlos; también como norma pensaríamos que obligadamente dentro de una muestra, por reducida que sea, habrían de ser menos los años empleados cuantos menos ingresos se hayan hecho.

Estos puntos constituyen una debilidad de la variable como representativa del fenómeno ingresador múltiple, pero en la gran mayoría de los casos sabemos que va a suceder como lo presumimos y creemos que merece la pena asumir la exploración en este sentido.

La tercera es la estancia total en días que una persona ha empleado a lo largo de sus ingresos. Con ella sucede aproximadamente el mismo fenómeno que con la anterior y en general sería lógico pensar que a mayor número de ingresos correspondan mayores estancias.

De hecho, ya sabemos por el estudio comparativo del apartado anterior que estas tres variables son netamente diferentes para el grupo de estudio que para el grupo control, se establecen unos promedios muchísimo más grandes para el grupo de estudio en las tres, siendo significativas estadísticamente las diferencias. Por tanto, admitidas estas diferencias no tenemos más remedio que controlarlas haciendo intervenir la variable grupo con sus categorías de estudio y control como un factor fijo al que asociaremos alternativamente en sucesivos análisis factoriales de varianza el resto de variables como segundo factor en la investigación de su influencia sobre las tres dependientes a que hemos aludido.

Esto nos permite, además de tener en cuenta el efecto grupo, la posibilidad de detectar interacciones entre el mismo y cada una de las variables a estudiar, que de otra manera habrían pasado desapercibidas.

Por otra parte, para facilitar el tipo de análisis categorizamos las variables numéricas en "bajo / medio / alto" o similares. En el caso de *periodo 2* ya disponemos de la tipificación en cuatro categorías en la variable *ciclo 2*.

ANALISIS DE VARIANZA FACTORIAL

Vamos a destacar en los siguientes análisis únicamente las combinaciones de factores que conjuntamente con el efecto fijo "grupo" alcanzaron significación estadística y en relación con cada una de las tres variables que tomamos como definitorias del hecho de reingresar múltiples veces.

VARIABLE NÚMERO DE REINGRESOS

Las siguientes combinaciones de factores resultaron significativas:

Grupo—Densidad de ingresos.— Los efectos principales son significativos: *grupo* ($F = 230,55$; $p = 0,000$), *densidad* ($F = 8,92$; $p = 0,000$) así como igualmente lo es su interacción ($F = 6,42$; $p = 0,002$). El grupo de estudio tiene siempre mayor número de ingresos (11,27) que el grupo control (0,77), como ya hemos visto. Por su parte, la densidad de los ingresos en su zona media determina que el número de ingresos sufra una inflexión brusca hacia abajo (2,06) lo que provoca que en conjunción con el grupo de estudio distinga una relación según se trate de los ingresos múltiples o los controles.

En el grupo de estudio, cuando la densidad es alta el número de ingresos es máximo (12,35); existe una tendencia a aumentar el número de ingresos según aumenta la densidad. De hecho, si exploramos separadamente la relación entre estas dos variables en su formato numérico original existe una correlación positiva ($r = 0,29$; $p = 0,008$), mientras que en el grupo control ocurre lo

contrario: existe una tendencia ligera a disminuir el número de ingresos cuando la densidad es mayor (2 ingresos) y bajan especialmente cuando la densidad es media (0,07), no existiendo correlación en ningún sentido explorándola separadamente. (Figura 1)

Influencia de los efectos Grupo y Densidad de ingresos sobre Número de reingresos

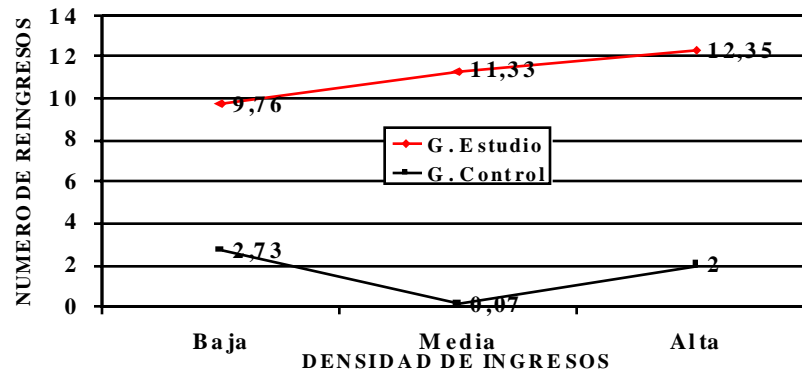


Figura 1

Grupo—Intervalo sin ingresos.— Los efectos principales son significativos: *grupo* ($F = 709,69$; $p = 0,000$), *intervalo* ($F = 15,42$; $p = 0,000$) así como igualmente lo es su interacción ($F = 4,90$; $p = 0,009$).

El efecto grupo se nota como en la anterior variable y en el resto en el mayor número de ingresos que presenta el grupo de estudio.

El intervalo sin ingresos por su parte cuando es medio se corresponde con un número de ingresos máximo (13,11). Y la interacción entre los dos

origina que cuando se trata del grupo de estudio, partiendo de un número de ingresos alto (11,15) en intervalo bajo, sube más en intervalo medio (13,38) y vuelve a descender por debajo del punto de partida (9,77) cuando el intervalo es alto.

Y cuando se trata del grupo control se traza una figura semejante, solo que en el punto de partida (intervalo bajo) el número de ingresos es mínimo (0,46 ingresos; la divergencia entre grupos en este punto es mucho mayor), asciende mucho cuando el intervalo es medio (6 ingresos) y termina descendiendo cuando el intervalo es alto, pero quedando por encima del punto de partida (2,40 ingresos).

De hecho, cuando enfrentamos intervalo sin ingresos con número de ingresos en una correlación bivalente, separadamente en los grupos, en el estudio correlacionan negativamente ($r = -0,29$; $p = 0,008$), mientras que en el control lo hacen positivamente ($r = 0,48$; $p = 0,000$) (Figura 2)

Influencia de los efectos Grupo e Intervalo sin ingresos sobre Número de reingresos

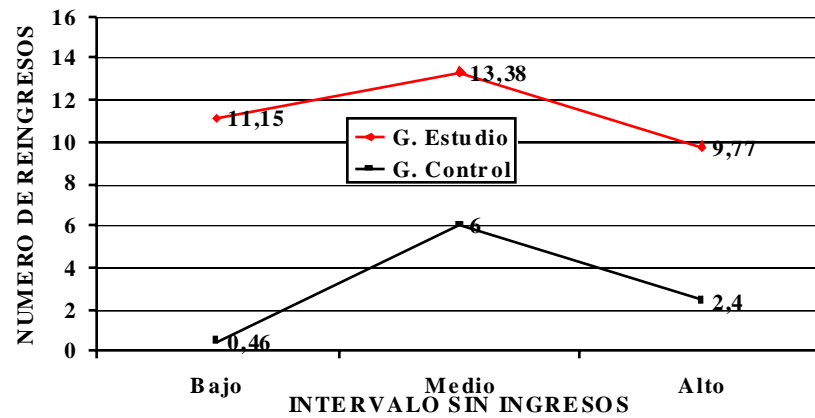


Figura 2

Grupo—Estancia total.— Los efectos principales son significativos: *grupo* ($F = 634,16$; $p = 0,000$), *estancia total* ($F = 8,85$; $p = 0,000$) y no se pueden computar interacciones por falta de representantes en las categorías extremas (estancia total corta para el grupo de estudio y estancia total larga para el grupo control).

El grupo de estudio comienza en 0 porque ningún componente tiene una estancia total corta. El número de ingresos se eleva a 9,88 en la categoría de estancia total media y sube a 11,93 en la categoría estancia total larga.

Por su parte, el grupo control, comenzando en cifras muy inferiores, como siempre, en cuanto a número de ingresos (0,20), se eleva también cuando la estancia total es media (1,89) y baja hasta 0 cuando la estancia es alta, por falta de componentes de esta categoría. Visto desde la perspectiva de correlaciones bivariate computadas por separado en cada grupo, tanto en los frecuentadores de la hospitalización como en los controles, la variable estancia total correlaciona positivamente con el número de reingresos ($r = 0,43$; $p = 0,000$ y $0,74$; $p = 0,000$ respectivamente). Véase la Figura 3.

BIBLIOTECA VIRTUAL

Influencia de los efectos Grupo y Estancia total sobre Número de reingresos

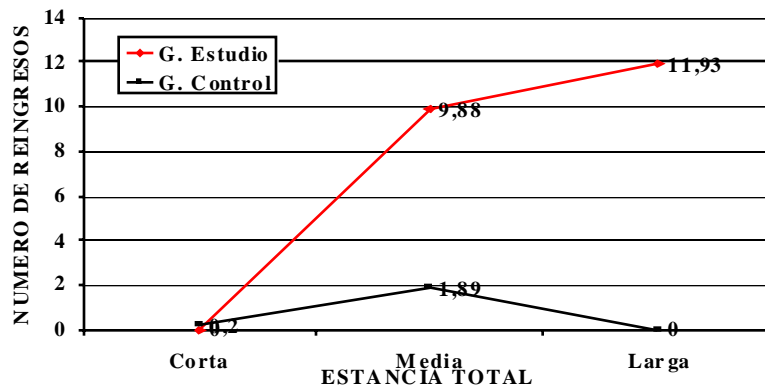


Figura 3

Grupo—EEAG. El efecto *grupo* es significativo ($F = 206,67$; $p = 0,000$), el efecto *EEAG* no lo es y la interacción sí ($F = 4,79$; $p = 0,010$).

El grupo de estudio tiene un promedio de 11,56 ingresos cuando la EEAG es baja, desciende a 9,68 ingresos cuando la EEAG es media y vuelve a ascender hasta 12,38 cuando la EEAG es alta. Sin embargo, esta inflexión de la zona media no se da en el grupo control que comenzando en 0,92 mantienen prácticamente los mismos niveles en la zona de EEAG media (0,91) y los baja (0,44) cuando el nivel de funcionamiento medido por la EEAG es alta. No es, sin embargo, la EEAG como tal la que origina estas diferencias sino el hecho combinado de tener una actividad global media al ingreso perteneciendo al grupo de ingresador múltiple (Figura 4).

Influencia de los efectos Grupo y EEAG sobre Número de reingresos

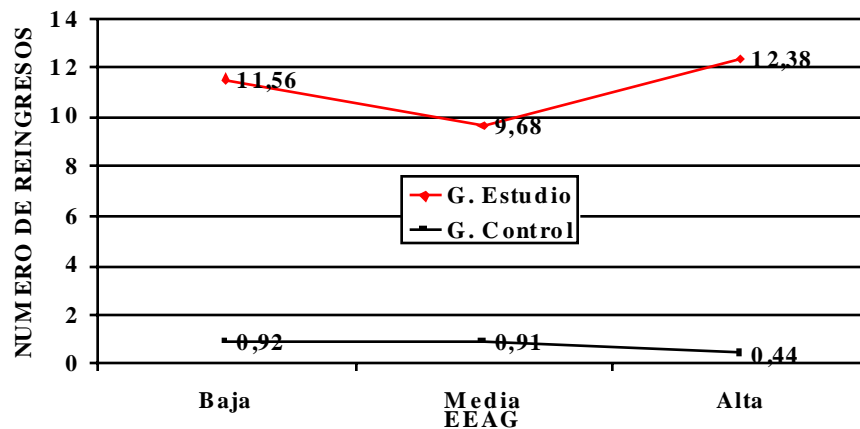


Figura 4

Grupo—Ciclo2.— El efecto *grupo* es significativo ($F = 620,42$;

$p = 0,000$) y el efecto *ciclo2* también ($F = 4,09$; $p = 0,008$). No lo es la interacción.

En el grupo de estudio, partiendo de 0 en la categoría "< 3 años" (porque no hay ningún componente que haya realizado sus ingresos en menos de tres años, no siendo por tanto valorable este punto), se eleva a 11 ingresos en la siguiente categoría (3-7 años) y sufre después pocas variaciones en las siguientes (10,76 y 12,26 ingresos).

En el grupo control, sin embargo, se parte de 0,37 ingresos en aquellos que emplean un período de ingresos < 3 años y se experimentan variaciones

amplias en los siguientes (1,63 ingresos para los que emplean 3-7 años; 5,33 para los que emplean 8-12 años y 2,67 para los que pasan de ese tiempo).

Figura 5.

Influencia de los efectos Grupo y Ciclo sobre Número de reingresos

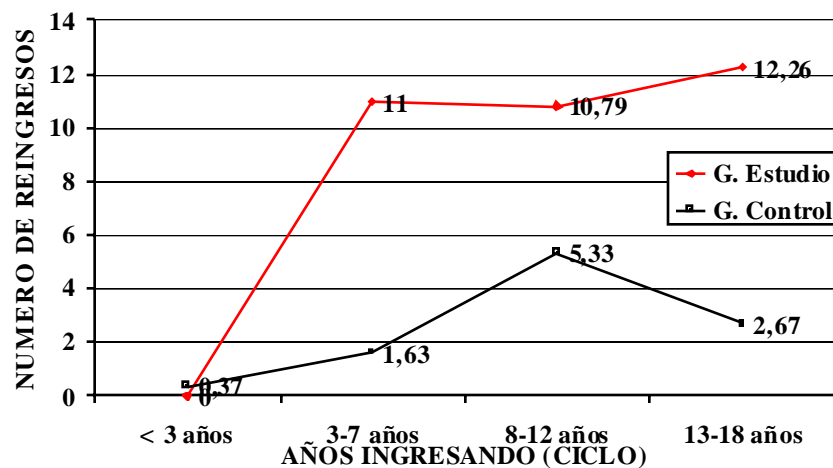


Figura 5

Grupo—Cambio de diagnóstico. Eje I.— El efecto *grupo* es significativo ($F = 607,47$; $p = 0,000$) así como el efecto *cambio de diagnóstico* ($F = 5,15$; $p = 0,007$). No se pueden computar interacciones.

El grupo de estudio partiendo de 10,44 ingresos aumenta su número (11,63 y 12,79 en los puntos siguientes) a la par que se van aumentando los cambios de diagnóstico principal en el Eje I.

En el grupo control, por otra parte, lo que sucede es que no hay representantes de las categorías "mínimos" ni "importantes", no sufren cambios en sus diagnósticos principales. No representamos la figura por ello.

VARIABLE PERIODO 2 (AÑOS INGRESANDO)

Grupo—Edad.— El efecto *grupo* es significativo como ya se ha venido viendo ($F = 188,55$; $p = 0,000$), el efecto *edad* no lo es pero la interacción entre los dos si es significativa ($F = 4,53$; $p = 0,012$).

El número de años empleados por el grupo de estudio para realizar sus ingresos parte de un promedio de 9,92 entre los pacientes con edades no mayores de 29 años; sube a 11,28 años para los sujetos comprendidos entre 30-46 años y desciende a 8,06 para los mayores de 46 años.

Sin embargo, en el grupo control sucede al contrario; el número de años comenzando en 2,47 para los pacientes no mayores de 29 años, desciende a 1,52 en las personas comprendidas entre edades de 30-46 años y vuelve a ascender a 2,68 para los mayores de esta edad. El hecho diferencial, es esta inversión que sucede en las edades medias según se trate de los frecuentadores o del grupo control (Figura 6).

Influencia de los efectos Grupo y Edad sobre Periodo (Años ingresando)

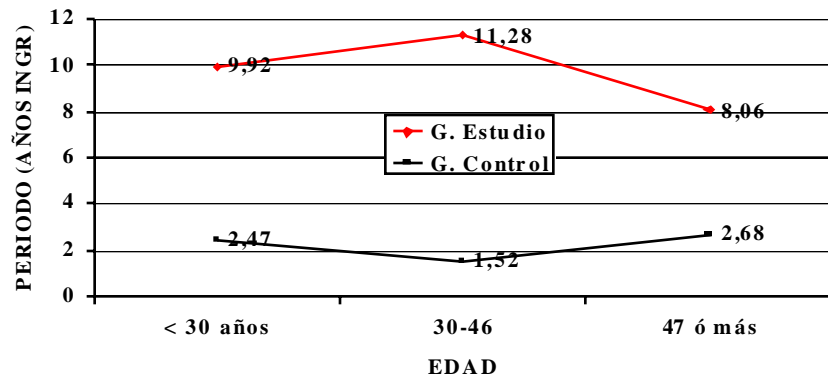


Figura 6

Grupo—Número de reingresos.— El grupo de estudio (reingresadores múltiples) se define a partir de 8 reingresos por lo que no hay representantes de las dos primeras categorías (ningún reingreso y pocos reingresos). Además, en el grupo control no hay representantes de la categoría "muchos reingresos". No representamos por tanto estas relaciones.

En un estudio correlacional bivalente por separado en los dos grupos, sucede que el número de reingresos correlaciona positivamente ($r = 0,65$; $p = 0,000$) en el grupo control con el número de años ingresando; a mayor número de ingresos mayor número de años empleados en realizarlos, mientras que en el grupo de estudio no se detecta correlación.

Grupo—Cierre. El efecto *grupo* es significativo ($F = 189,14$; $p = 0,000$) y el efecto *cierre* también ($F = 58,94$; $p = 0,012$). No lo es la interacción de las dos variables.

En el grupo de ingresadores múltiples, los años empleados para realizar los ingresos van descendiendo según aumenta el número de años transcurridos desde el último alta (10,92; 10; 8,13 respectivamente) como podría parecer obvio, sin embargo en el grupo control no ocurre esto sino que partiendo de 2,69 años empleados en cumplir los ingresos cuando el número de años transcurridos tras el último alta es bajo, sube a 3,23 años cuando éste es medio y baja a 1,55 cuando es alto. Figura 7

Influencia de los efectos Grupo y Cierre sobre Periodo (Años ingresando)

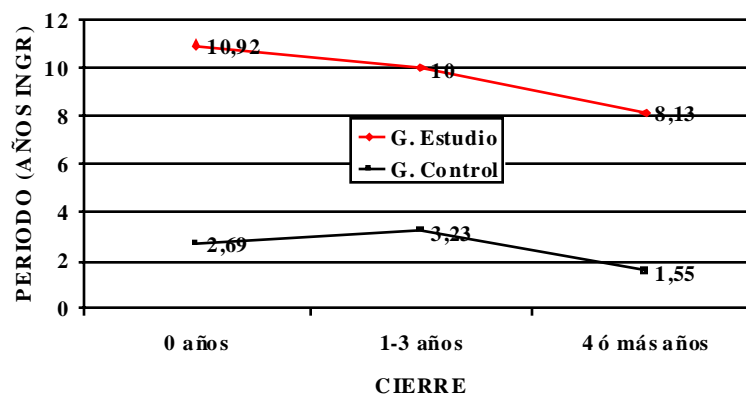


Figura 7

Grupo—Densidad. El efecto *grupo* es significativo ($F = 515,00$; $p = 0,000$) y el efecto *densidad* también ($F = 124,93$; $p = 0,000$) así como su interacción ($F = 23,64$; $p = 0,000$).

El número de años empleados para los ingresos por el grupo de estudio es alto (13,62) cuando la densidad de ingresos es baja, va descendiendo cuando aumenta la densidad (11,75) para bajar al mínimo (6,93) cuando la densidad es más alta.

En el grupo control cuando la densidad es baja el número de años ingresando es muy alto (9,18), desciende hasta 1,04 cuando la densidad es media y vuelve a subir aunque no tan pronunciadamente como descendió (1,79) cuando la densidad es alta.

Los hechos diferenciales y debidos a la interacción de las dos variables son la convergencia de los dos grupos en el punto de partida (densidad baja) y la divergencia en el punto medio (densidad media). Figura 8.

Influencia de los efectos Grupo y Densidad sobre Periodo (Años ingresando)

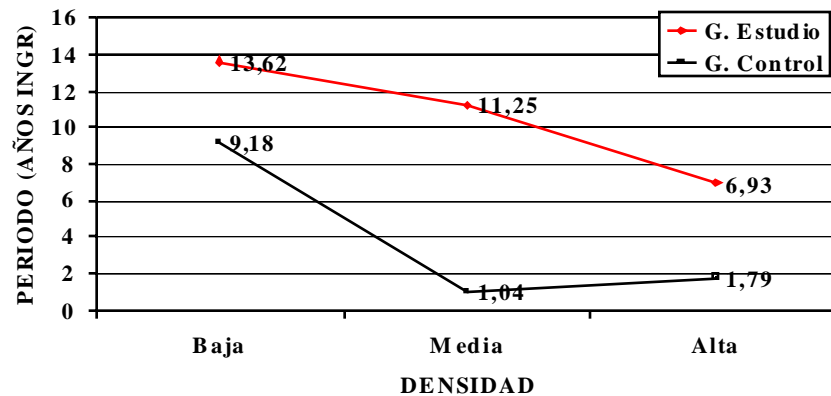


Figura 8

Grupo-intervalo.– El efecto grupo es significativo ($F = 491,38$; $p = 0,000$) y el efecto intervalo también ($F = 137,85$; $p = 0,000$). No lo es la interacción.

En el grupo de estudio se comienza, cuando existe un intervalo (número de años sin ingresos) bajo con un número de años ingresando de 4,82, se sigue en el punto medio con 10,85 y se termina cuando el intervalo es alto con 12,43 años para cumplimentar los ingresos.

En el grupo control existen inflexiones parecidas aunque con un número de años ingresando menor (1,19; 9 y 9,20 respectivamente).

De hecho, en un estudio de correlaciones bivariantes por separado en cada grupo y con las variables numéricas originales las correlaciones entre intervalo sin ingresos y número de años ingresando en los dos grupos son positivas y muy altas ($r = 0,73; p = 0,000$ y $r = 0,89; p = 0,000$)

Véase la Figura 9.

Influencia de los efectos Grupo e Intervalo sobre Periodo (Años ingresando)

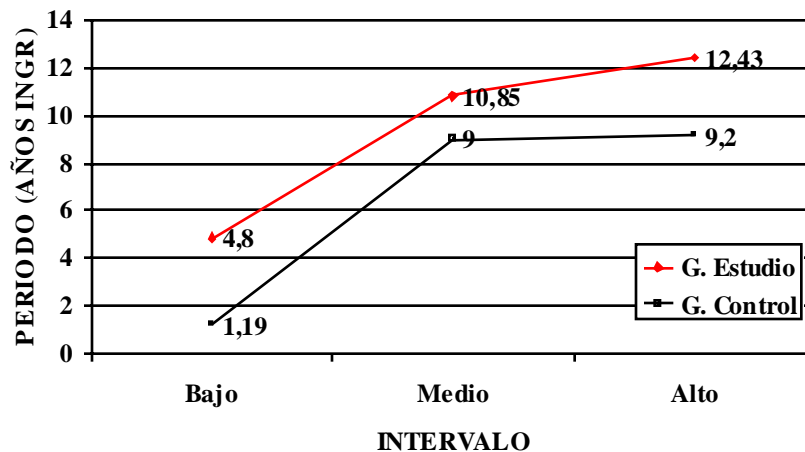


Figura 9

Grupo-Estancia total.– El efecto grupo es significativo ($F = 187,67; p = 0,000$) y el efecto estancia total también ($F = 3,57; p = 0,031$).

Debido a las categorías vacías como ya dijimos anteriormente no se puede computar la interacción. No representamos el resultado por lo mismo.

El grupo de estudio parte de 0 por no tener representantes en la categoría de estancia total corta, en estancias medias emplea un promedio de 10,19 años ingresando y en estancias largas 9,96 años.

En el grupo control se comienza en estancias bajas con 1,52 años, se sigue con 3,78 en estancias medias y no existen representantes para el grupo de estancias largas.

Grupo-Diagnostico9.– El efecto *grupo* es significativo ($F = 193,45$; $p = 0,000$) y el efecto *diagnóstico9* no significativo, pero la interacción de las dos variables sí es significativa ($F = 2,04$; $p = 0,046$).

En el grupo de estudio los valores altos hablando de años ingresando ocurren sobre todo para los diagnósticos "neuróticos–personalidad–otros" (12,60 años) y trastorno por uso de sustancias (12,20 años); en medio quedan las psicosis típicas (10,63, los trastornos bipolares (10,40), depresiones mayores (9,75), psicosis atípicas (9,71) y los más bajos para los trastornos de la alimentación (4,67), trastornos mentales orgánicos (5 años) y distímicos–adaptativos (7,70).

En el grupo control los valores más altos son para las psicosis típicas (4,22 años), los trastornos distímicos–adaptativos (2,75) y las depresiones mayores (2,62), mientras que los más bajos son para los trastornos "neuróticos–personalidad..." (1 año) y las psicosis atípicas (1,30 años) y en el medio quedan

los trastornos orgánicos (2 años), trastorno por uso de sustancias (1,91), trastornos de la alimentación (1,75) y trastornos bipolares (1,67 años).

Las diferencias no están producidas por el diagnóstico como tal sino por pertenecer a uno de los grupos disponiendo del tal diagnóstico. Figura 10.

Influencia de los efectos Grupo y Diagnóstico sobre Periodo (Años ingresando)

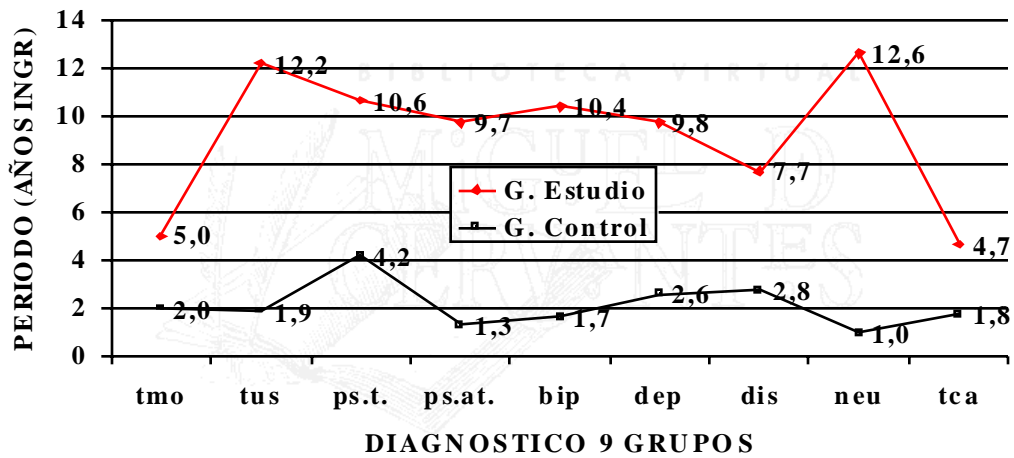


Figura 10

Grupo-Eje IV.– El efecto grupo es significativo ($F = 186,48$; $p = 0,000$), el efecto Eje IV no es significativo pero la interacción grupo–Eje IV sí lo es ($F = 4,18$; $p = 0,043$).

En el grupo de estudio los que tienen diagnóstico en el Eje IV emplean menos años ingresando (9,36 años) que los que no lo tienen (11,46 años).

Mientras que en el grupo control sucede lo contrario: los que tienen Eje IV emplean más años ingresando (2,42 años) que los que no lo tienen (2,11 años).

El hecho significativo no es el que tengan diagnóstico Eje IV, pues, sino el que lo tengan perteneciendo a uno u otro grupo. Figura 11

Influencia de los efectos Grupo y Eje IV sobre Periodo (Años ingresando)

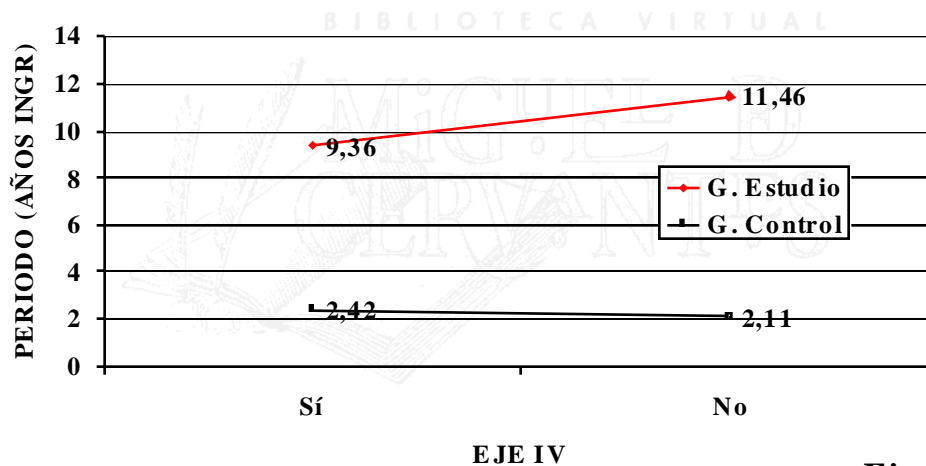


Figura 11

VARIABLE ESTANCIA TOTAL

Grupo–Número de reingresos.– Se da la misma situación que en la variable anterior. El grupo de estudio no tiene representantes de las dos primeras categorías (ningún reingreso y pocos reingresos). No obstante por separado la variable número de ingresos correlaciona positivamente en cada

grupo con la variable estancia total ($r = 0,43$; $p = 0,000$ y $r = 0,74$; $p = 0,000$ respectivamente).

Grupo-Cierre.– El efecto grupo es significativo ($F = 278,44$; $p = 0,000$), el efecto cierre lo es igualmente ($F = 4,88$; $p = 0,009$) y las interacciones quedan en el límite ($F = 2,87$; $p = 0,059$).

En el grupo de estudio se comienza con 243 días de estancia total cuando el cierre (años transcurridos desde último alta) es de 0 años, se continua con unos 176 días cuando el cierre es de 1-3 años y se pasa a 229 cuando el cierre es mayor de 3 años.

En el grupo control no existe la inflexión en la categoría central y la línea es descendente (aproximadamente 42-31-21 días respectivamente).

Al efecto grupo se debe como ya hemos venido diciendo la gran diferencia existente entre los ingresadores múltiples y los controles en cuanto a días de estancia total. Por el efecto cierre se produce un descenso progresivo en las tres categorías "0 años" (189 días), "1-3 años" (107 días), "más de 3" (78 días). Y por la interacción el hecho diferencial de la inflexión hacia abajo del grupo estudio en la categoría de 1-3 años de cierre o zona central (perteneciendo al grupo de estudio, si el cierre es de 1-3 años el número de días de estancia total desciende significativamente). Figura 12.

Influencia de los efectos Grupo y Cierre sobre Estancia total

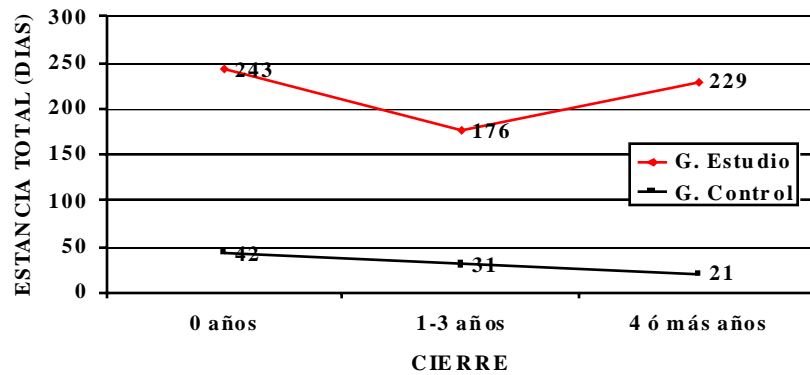


Figura 12

Grupo-Densidad.— El efecto grupo es significativo ($F = 278,62$; $p = 0,000$), el efecto densidad igualmente ($F = 6,35$; $p = 0,002$). No lo es la interacción. Figura 13.

Influencia de los efectos Grupo y Densidad sobre Estancia total

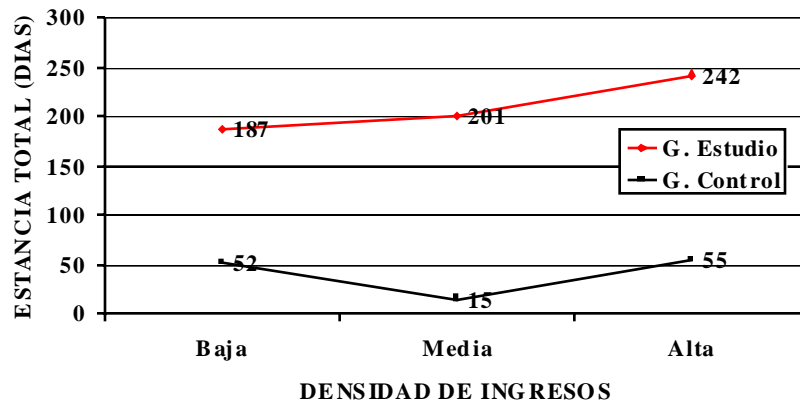


Figura 13

El efecto densidad produce una bajada muy importante de días de estancia cuando es media (48,13 días, habiendo comenzado en 149 días cuando es baja y subiendo a 193 cuando es alta), pero esta inflexión se deja notar más en el grupo control (52-15-55) no afectando prácticamente al grupo de estudio (187-201-242).

Si se estudia por separado en cada grupo las relaciones densidad– estancia total sucede que las dos variables se correlacionan positivamente tanto en el grupo de estudio como en el grupo control ($r = 0,26$; $p = 0,020$ y $r = 0,22$; $p = 0,045$ respectivamente): A mayor densidad mayor estancia total para ambos.

Grupo-Intervalo.– El efecto grupo es significativo ($F = 270,98$; $p = 0,000$), el efecto intervalo no significativo pero la interacción significativa ($F = 3,70$; $p = 0,027$). Figura 14.

Influencia de los efectos Grupo e Intervalo sin ingresos sobre Estancia total

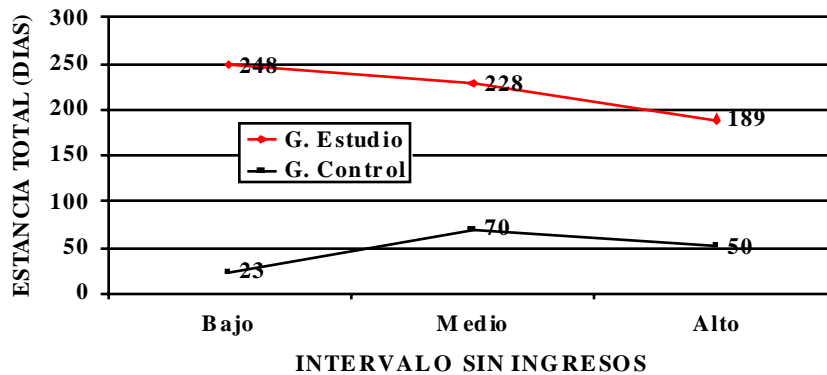


Figura 14

El grupo de estudio comienza con 240 días de estancia total cuando el intervalo sin ingresos es bajo desciende a 228 cuando es medio y baja hasta 189 cuando es alto.

El grupo control comienza en 23 días cuando el intervalo es bajo, sube hasta 70 cuando es medio y acaba en 50 cuando es alto

El hecho significativo es la gran divergencia entre los dos grupos cuando tienen un intervalo sin ingresos bajo; para el grupo de estudio es la

máxima estancia mientras que para el control es la mínima; y el que con intervalo medio el grupo de estudio baja la estancia mientras el grupo control la sube.

Dado que se categoriza mal la variable estudio las relaciones por separado en cada grupo de la variable intervalo sobre la estancia total resultando que se correlacionan negativamente en el grupo de estudio ($r = -0,32$; $p = 0,003$), mientras que en el grupo control lo hacen positivamente ($r = 0,27$; $p = 0,015$).

Para el grupo de estudio cuantos menos años se haya estado ausente mayor es la estancia total mientras que en el grupo control cuantos menos años se haya estado ausente mayor es la estancia total.

Grupo-Estancia en el primer ingreso.– El efecto grupo es significativo ($F = 281,37$; $p = 0,000$), el efecto estancia en el primer ingreso también ($F = 8,04$; $p = 0,000$) y no lo es la interacción de ambas variables.

En general, cuanto mayor es la estancia en el primer ingreso mayor es la estancia total en los dos grupos.

En la Figura 15 podemos ver cómo las dos líneas que representan a los grupos, aunque a distinta altura (efecto grupo) presentan una tendencia ascendente (efecto estancia al primer ingreso).

Influencia de los efectos Grupo y Estancia en el primer ingreso sobre Estancia total

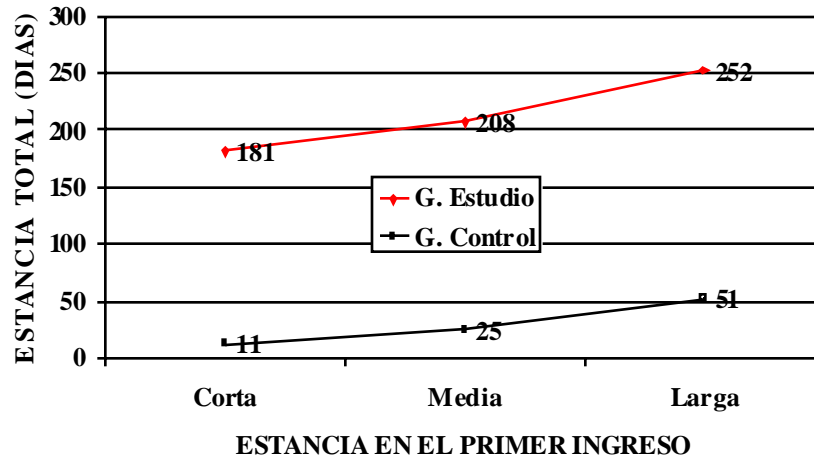


Figura 15

Grupo-estado civil.– El efecto grupo es significativo ($F = 275,06$; $p = 0,000$), el efecto estado civil no significativo pero la interacción entre ambos significativa ($F = 4,90$; $p = 0,009$).

Influencia de los efectos Grupo y Estado civil sobre Estancia total

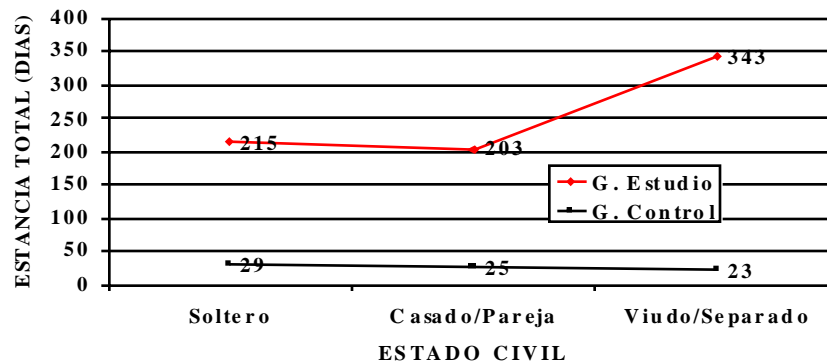


Figura 16

Como puede verse en la Figura 16 el hecho diferencial que presenta la interacción es que si se es viudo / separado y se pertenece al grupo de estudio la estancia total se dispara (343 días) siendo máxima, pero con el mismo estado civil de viudo / separado si se pertenece al grupo control la estancia resulta ser la mínima (23 días); el efecto estado civil no es determinante en condiciones "normales" pero cuando se es ingresador múltiple con este estado civil la estancia se hace más alta que con cualquier otra condición.

Grupo-tipo estancia.– El efecto grupo es significativo ($F = 475,35$; $p = 0,000$), el efecto tipo de estancias también ($F = 23,83$; $p = 0,000$) y la interacción de ambas variables igualmente ($F = 14,83$; $p = 0,000$).

En general, el efecto tipo de estancias, cuando se consideran los dos grupos en conjunto, hace que se refleje en la estancia total subiendo ésta progresivamente según van pasando de cortas (15 días) a medias (102 días), cortas–medias (147 días), medias–largas (218 días) y de todo tipo (220 días).

Influencia de los efectos Grupo y Tipo de estancias sobre Estancia total

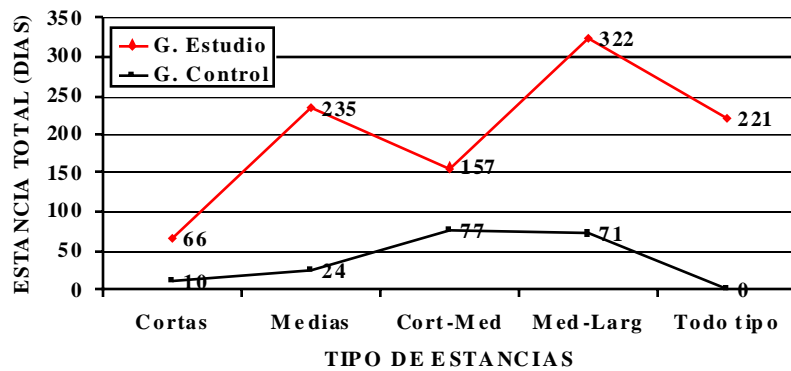


Figura 17

Pero con la interacción entre grupo y tipo de estancia suceden unas distribuciones poco uniformes de los sujetos en cada grupo y amplias variaciones según se pertenezca a un grupo o a otro siendo lo más llamativo las convergencias gráficas en estancias "cortas" (mínima estancia total para ambos grupos) y "cortas–medias" (estancia máxima para el grupo control y muy pequeña para el grupo de estudio), así como la falta de representantes de estancia "de todo tipo" en el grupo control. Véase la Figura 17.

Grupo-diagnóstico4.– El efecto grupo es significativo ($F = 305,91$; $p = 0,000$), el efecto diagnóstico en 4 agrupaciones también lo es ($F = 7,15$; $p = 0,000$) y la interacción entre ambas lo es igualmente ($p = 4,32$; $p = 0,006$).

Influencia de los efectos Grupo y Diagnostico (4) sobre Estancia total

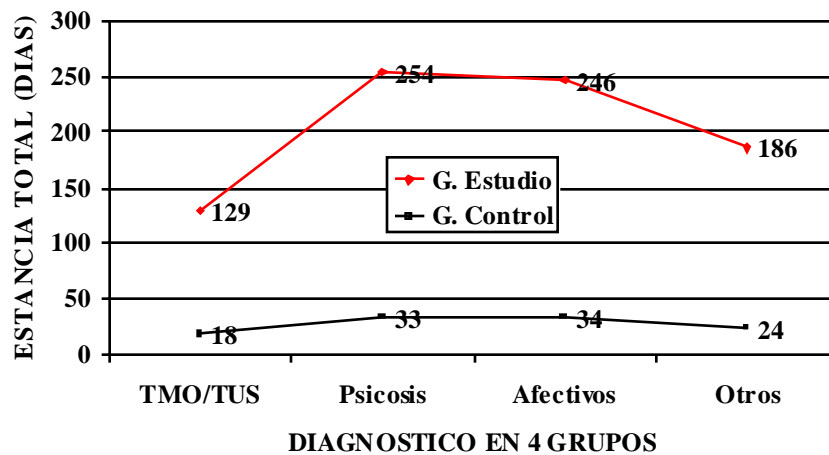


Figura 18

El efecto genérico del diagnóstico en cuatro agrupaciones se basa en la estancia total mayor que precisaron los trastornos psicóticos (159 días) y afectivos (152 días) frente a los TMO / TUS (69 días) y "otros" (92 días). Este efecto produce una divergencia gráfica, como puede verse en la Figura 18, entre los grupos más notoria en virtud de la interacción de las variables: cuando se pertenece al grupo de reingresadores las psicosis acumulan 254 días de estancia

total frente a los 33 días del grupo control y los trastornos afectivos 246 días frente a los 34 del grupo control.

Grupo-comorbilidad Eje I.– El efecto grupo es significativo ($F = 269,04$; $p = 0,000$), el efecto comorbilidad también lo es ($F = 5,59$; $p = 0,019$). No lo es la interacción entre ambas.

En general, el efecto comorbilidad Eje I se porta como un reductor de la estancia total, tanto en el grupo de estudio como en el grupo control; cuando existe comorbilidad el grupo de estudio utiliza 180 días de estancia total, frente a los 230 si ésta no existe, sucediendo en el grupo control algo parecido (19 días frente a 30). Figura 19.

Influencia de los efectos Grupo y Comorbilidad Eje I sobre Estancia Total

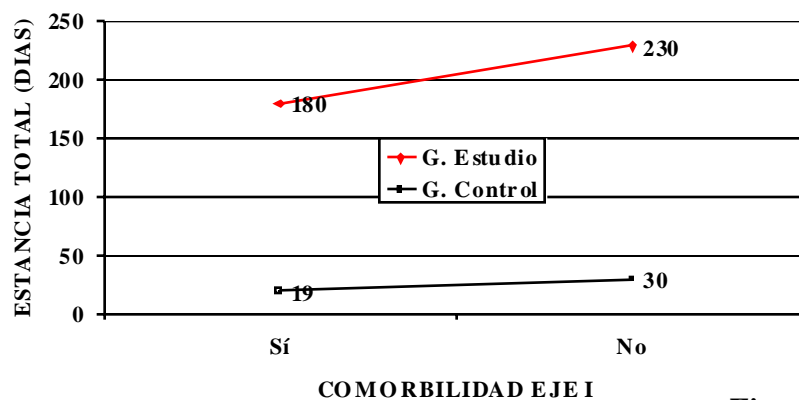


Figura 19

Grupo-Abuso de sustancias.– El efecto grupo es significativo ($F = 271,70$; $p = 0,000$), el efecto consumo de sustancias también ($F = 4,10$; $p = 0,018$) y la interacción entre ambas no. Figura 20.

Influencia de los efectos Grupo y Consumo de sustancias sobre Estancia total

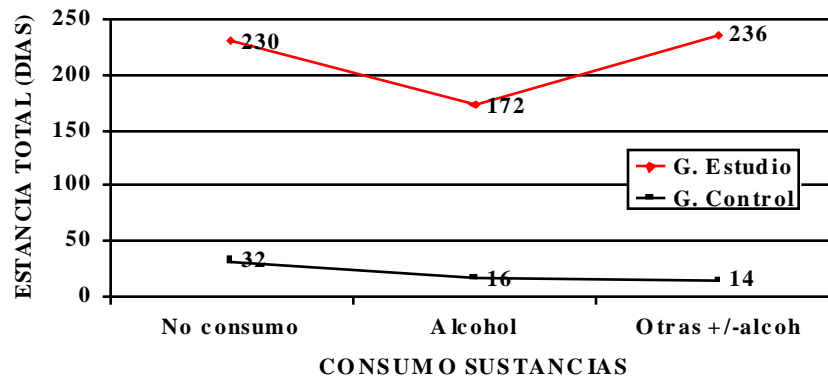


Figura 20

El efecto consumo de sustancias psicoactivas hace que, cuando se consideran los dos grupos juntos, descienda la estancia total en el caso de que el consumo sea de alcohol (de 121 días 98 días) y que aumente cuando el consumo es de otras drogas psicoactivas solas o con alcohol (184 días).

Este efecto genérico cuando se consideran los reingresadores supone un descenso más notable aún en el caso de consumo de alcohol (de 230 a 172 días) y un leve aumento en el caso de otras sustancias (236).

Los controles, por su parte, disminuyen la estancia total a la mitad en caso de consumo de alcohol y siguen disminuyéndola en el caso de otras sustancias (32-16 y 14 días respectivamente)

Grupo-tratamiento en unidades de larga estancia.— El efecto grupo es significativo ($F = 270,32$; $p = 0,000$), el efecto larga estancia también ($F = 4,78$; $p = 0,030$) y la interacción entre ambas variables queda en el límite ($F = 3,72$; $p = 0,056$).

El efecto de haber sido tratado en alguna ocasión en unidades de larga estancia cuando se consideran el grupo de estudio y el grupo control conjuntamente hace que la estancia total en la unidad de agudos sea mayor también (183 días frente a 97).

Este efecto se mantiene en los reingresadores, (244 días de estancia total para los que han realizado este tratamiento frente a 196 de los que no han sido tratados en unidades de larga estancia).

Sin embargo, en los controles está invertida esta relación; si se ha recibido un tratamiento de este tipo la estancia total en la unidad de agudos ha sido menor (23 días) que si no se ha recibido (28 días). Puede verse en la Figura 21 el distinto sentido de las líneas representativas de ambos grupos.

Influencia de los efectos Grupo y Tratamiento larga estancia sobre Estancia Total

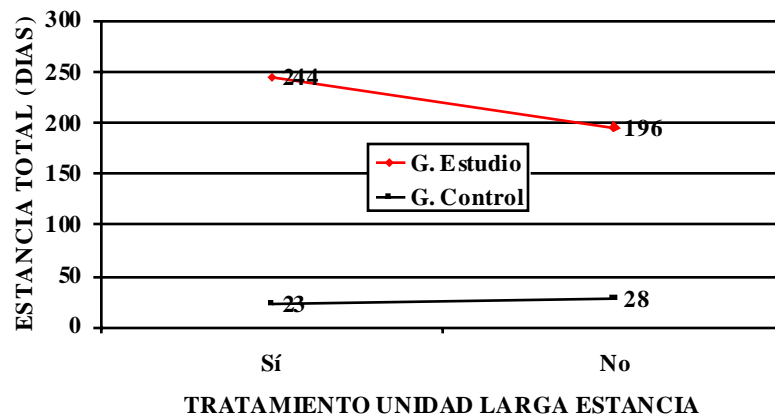


Figura 21

IV-5. ASPECTOS EVOLUTIVOS

Nos ocupamos en este apartado de algunos aspectos evolutivos del grupo de estudio como tal, ya que no pueden tener su paralelo en el grupo control al no disponer éstos de ingresos sucesivos mínimos.

IV-5.1. Evolución general del número de ingresos en el servicio de Psiquiatría

En la Figura 22 observamos la evolución global de ingresos nuevos / reingresos en el Servicio de Psiquiatría en los años estudiados: Teniendo en cuenta el número total de ingresos se evidencia:

- Una primera fase (años 83-88) en que se manifiesta el crecimiento de la unidad de Psiquiatría; formación, asignación de 8 camas en un principio junto a otros servicios, asignación posterior de una planta con 16 camas.
- Una segunda fase (89-94) corresponde a la estabilización y leve descenso de los ingresos en la unidad de hospitalización con la creación y pleno funcionamiento de los equipos de salud mental ambulatorios.

- Una tercera fase a partir del año 95 en que se unifican los servicios de hospitalización INSALUD–Diputación con el correspondiente incremento drástico de los ingresos y tendencia posterior a la estabilización.

La línea de reingresos sucesivos en general marca las mismas inflexiones.

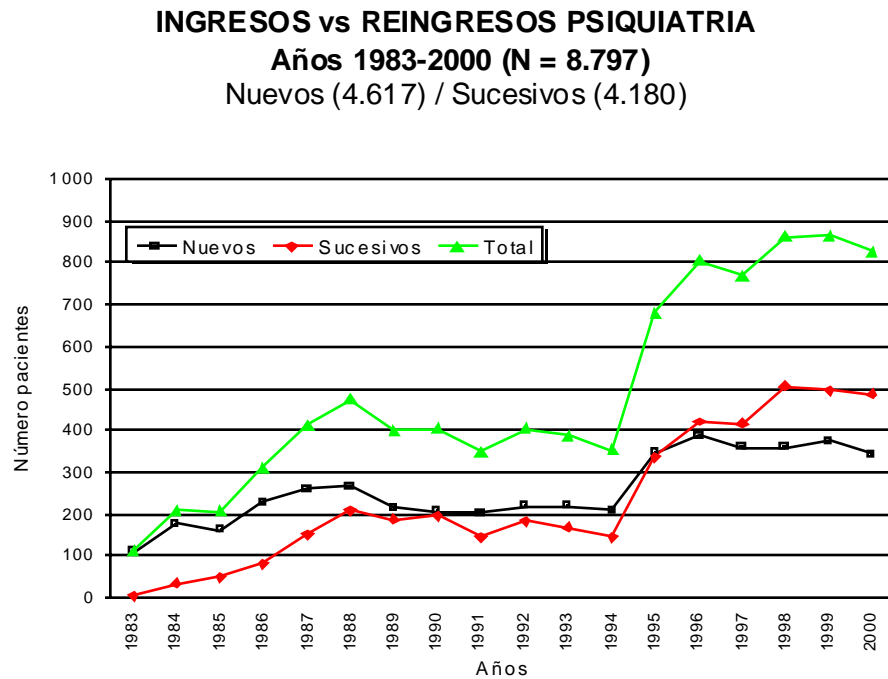


Figura 22

Si desglosamos el número de nuevos vemos que existe una tendencia continua al alza y que en el año 96 comienzan a superar los reingresos el número de nuevos (aunque ya hemos visto la manera de considerar en nuestro

fichero el reingreso por el sólo hecho de figurar el nombre de una persona previamente y sin tener en cuenta si se trata de la misma patología o de otra la que origina el ingreso).

Por otra parte, en la Figura 23 observamos la evolución de la serie estudiada de pacientes ingresadores múltiples.

Las líneas correspondientes al total de ingresos y a reingresos sucesivos se parecen un tanto a la de ingresos / reingresos globales incrementándose los casos de ingresadores múltiples con el crecimiento global de casos atendidos, marcándose el mismo tipo de inflexiones, correspondientes a la historia del servicio. Únicamente al final caen de forma más brusca.

INGRESADORES MULTIPLES (=>9 ingresos)
Años 1983-2000 (Ingresos = 1002)
 Nuevos (81) / Sucesivos (921)

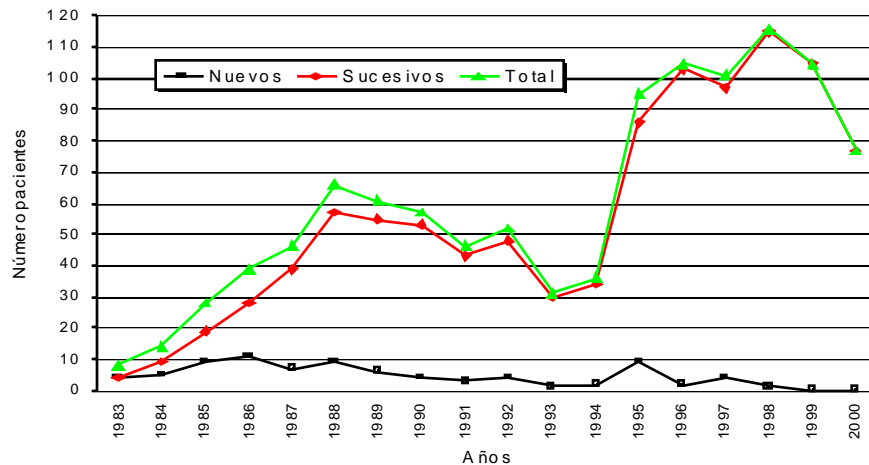


Figura 23

Sin embargo, notamos una gran diferencia al considerar sólo la línea que representa los casos nuevos de personas con ingresos múltiples, que después del crecimiento esperable va experimentando un descenso progresivo a lo largo de los años, un repunte de escasa relevancia en el año 95 cuando se unifican los servicios y un franco decremento hasta desaparecer en los dos últimos años, al contrario de lo que ocurre con el número de ingresos globales nuevos que siempre va en ascenso.

IV-5.2. Evolución de los pacientes estudiados

Nos detenemos aquí en la evolución que sufrieron algunas variables, por definición cambiantes en cada ingreso a lo largo de los nueve primeros que constituían la definición de caso y considerando sólo el grupo de estudio dado que son datos no disponibles en el grupo control. En la Tabla XXIX resumimos los resultados.

La edad media va ascendiendo lentamente en cada ingreso comenzando en 35 años en el primero y terminando en 42 en el noveno, estableciéndose diferencias significativas (análisis de varianza *oneway* $F = 2,15$; $p = 0,029$), distinguiéndose en la prueba *post hoc* de Bonferroni dos *subset* de medias; en el primero están comprendidas las edades de los 5 primeros ingresos y en el segundo las de los 4 restantes.

La estancia media sufre altibajos en los sucesivos ingresos siendo las distancias más marcadas la del cuarto ingreso (estancia media de 16,1 días) con la del octavo (21,5 días), pareja que sería significativamente distinta desde el punto de vista estadístico aplicando una *t* de Student para muestras relacionadas pero que estudiada en el conjunto de los 9 ingresos (*Anova Oneway*) no lo es. No se evidencia por otra parte ningún tipo de tendencia con el incremento de ingresos.

El porcentaje de personas que tienen diagnóstico de personalidad igualmente oscila entre límites del 28,4% en los ingresos quinto y séptimo y el 40,7 del primero y del tercero. Aparecen porcentajes más altos en general en los cuatro primeros ingresos descendiendo posteriormente. Las diferencias (χ^2) no son significativas.

El porcentaje de ingresadores múltiples que tienen problemas psicosociales y ambientales fluctúa entre un máximo de 67,9% señalado en los ingresos primero y séptimo y un mínimo de 59,3% en el quinto. No parece marcarse ninguna tendencia según crece el número de ingresos. Las diferencias contrastadas con el test χ^2 no son significativas desde el punto de vista estadístico.

El nivel de actividad global al tiempo del ingreso no experimenta grandes diferencias de un ingreso a otro, siendo mínimo para el quinto ingreso (32,9) y máximo para el segundo (36). Tampoco se intuye ninguna tendencia

según se va incrementando el número de ingresos. Las diferencias contrastadas con un Anova de un factor no son significativas estadísticamente.

Tabla XXIX.					
Evolución de algunas variables en sucesivos ingresos					
Nº Ingreso	Edad	Estancia	Eje II (% con dx)	Eje IV (% con dx)	Eje V (EEAG)
1	35,0	17,7	40,7	67,9	33,8
2	36,6	18,6	38,3	66,7	36,0
3	37,5	17,1	40,7	63,0	33,3
4	38,6	16,1	39,5	66,7	35,0
5	39,2	17,5	28,4	59,3	32,9
6	40,0	17,7	29,6	66,7	35,5
7	40,6	18,0	28,4	67,9	34,1
8	41,2	21,5	29,6	63,0	35,2
9	42,0	18,9	32,1	64,2	33,4
Test	F = 2,15				
Significación	P = 0,029	NS	NS	NS	NS

En la Tabla XXX, por otra parte, podemos ver la evolución de los diagnósticos principales del Eje I a lo largo de los 9 primeros ingresos de los reingresadores múltiples.

Aunque no son significativas las diferencias chequeadas con una χ^2 vemos variaciones en los TMO / TUS de 8 a 11 casos según qué ingreso

consideremos; en las psicosis de 24 a 26, en los trastornos afectivos de 24 a 32 personas y en los neuróticos / otros de 15 a 22.

El grupo diagnóstico más estable parece por tanto el de las psicosis, mientras que los otros tres presentan un porcentaje importante de variabilidad diagnóstica.

Tabla XXX

**Evolución de los diagnósticos Eje I del grupo de estudio
a lo largo de los 9 primeros ingresos**

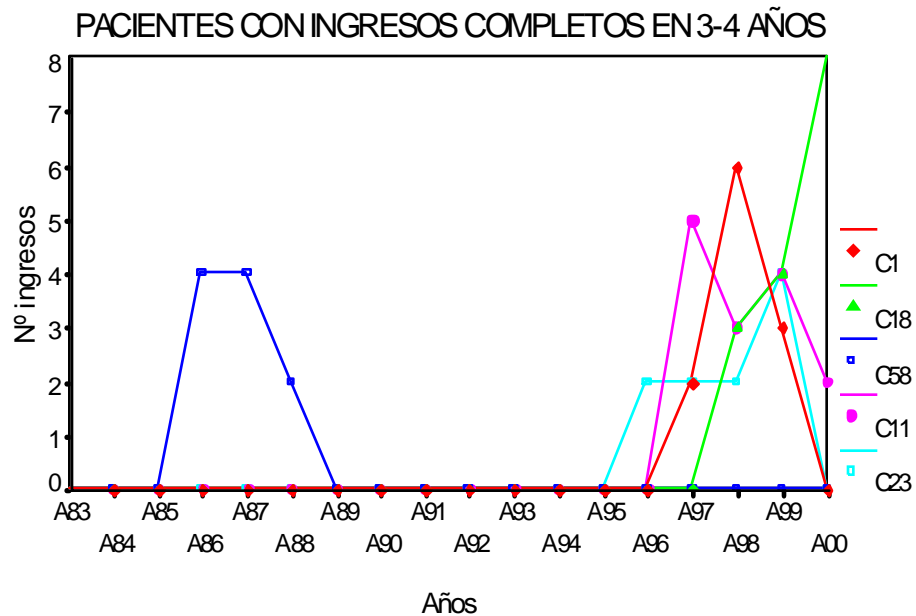
Nº Ingreso	TMO / TUS N (%)	PSICOSIS N (%)	AFFECTIVOS N (%)	NEUROT / OTROS N (%)	TEST chi ²
1	11 (13,6)	24 (29,6)	24 (29,6)	22 (27,2)	NS
2	8 (09,9)	25 (30,9)	30 (37,0)	18 (22,2)	
3	10 (12,3)	26 (32,1)	26 (32,1)	19 (23,5)	
4	11 (13,6)	26 (32,1)	26 (32,1)	18 (22,2)	
5	8 (09,9)	26 (32,1)	32 (39,5)	15 (18,5)	
6	9 (11,1)	24 (29,6)	30 (37,0)	18 (22,2)	
7	11 (13,6)	24 (29,6)	28 (34,6)	18 (22,2)	
8	10 (12,3)	24 (29,6)	30 (37,0)	17 (21,0)	
9	9 (11,1)	25 (30,9)	28 (34,6)	19 (23,5)	

IV-5.3. Patrones de ingresadores múltiples

Observando las gráficas secuenciales de los ingresos de los pacientes a través de los años en que se realizaron podemos distinguir varias características para intentar agrupar a los mismos: acúmulo de ingresos en los años (densidad de ingresos), intervalos en los que no se ingresa, regularidad en el reparto a lo largo del tiempo, etc.

Muchas personas realizan todos sus ingresos en un período de tiempo relativamente corto (las gráficas están abultadas en el Eje de abscisas porque el número de ingresos se acumula en pocos años) y otras en un tiempo más largo; las líneas se hacen más aplanadas, quebradas y menos abultadas (los ingresos se reparten entre más años).

También se ven los intervalos de tiempo en que una persona ha estado sin ingresar. Mostramos en las siguientes figuras lo que podría ser el ejemplo de pacientes que utilizan poco tiempo para realizar muchos ingresos.

**Figura 24**

En la Figura 24 se representa la gráfica secuencial de los casos que completaron sus ingresos en 3-4 años. El número de años empleados es muy reducido, acumulándose 4-5-6 y hasta 8 ingresos en un solo año, no existiendo ningún año sin ingreso desde que empiezan hasta que completan.

El caso número 1 está diagnosticado de una anorexia nerviosa, con algún intento autolítico y un trastorno límite de la personalidad. Se señalan también problemas en el grupo primario de apoyo.

El caso 11 es de una gran variabilidad diagnóstica: junto a un trastorno límite de la personalidad se diagnostican trastorno depresivo mayor, sin especificar, distímico; trastorno de la conducta alimentaria sin especificar,

intento de autolisis y se acaba en los últimos ingresos etiquetándolo de trastorno facticio con predominio de síntomas psicológicos. Además se señalan algunas condiciones físicas (epilepsia, hipoacusia) y problemas en el grupo primario de apoyo.

El caso 18 está diagnosticado de trastorno depresivo mayor y trastorno distímico y se acompaña de trastorno histriónico de la personalidad en algunos ingresos y sucesos vitales relevantes. En el Eje III hipotiroidismo controlado.

El caso 23 es una esquizofrenia sin Eje II y con problemas en el grupo primario.

El caso 58 es una depresión mayor recidivante, con varios intentos autolíticos y personalidad anancástica. Su periplo hospitalario se completó en 3 años y no volvió a ingresar desde 1988.

En la Figura 25 presentamos los casos que completaron sus ingresos en cinco años. Continúa siendo denso el número de ingresos por año; se producen para algunos 4 y 5 ingresos en un solo año. Sólo el caso 19 no ingresa en el 96 pero todo el resto carece de intervalos sin ingresos.

El caso número 4 fue diagnosticado de trastorno obsesivo atípico, trastorno por ansiedad atípico, trastorno depresivo atípico, trastorno distímico, trastorno adaptativo con alteración de las emociones y conducta, intentos

autolíticos repetidos, trastorno de personalidad mixto histriónico-límite y no existían problemas psicosociales y ambientales. Dejó de ingresar en el año 90.

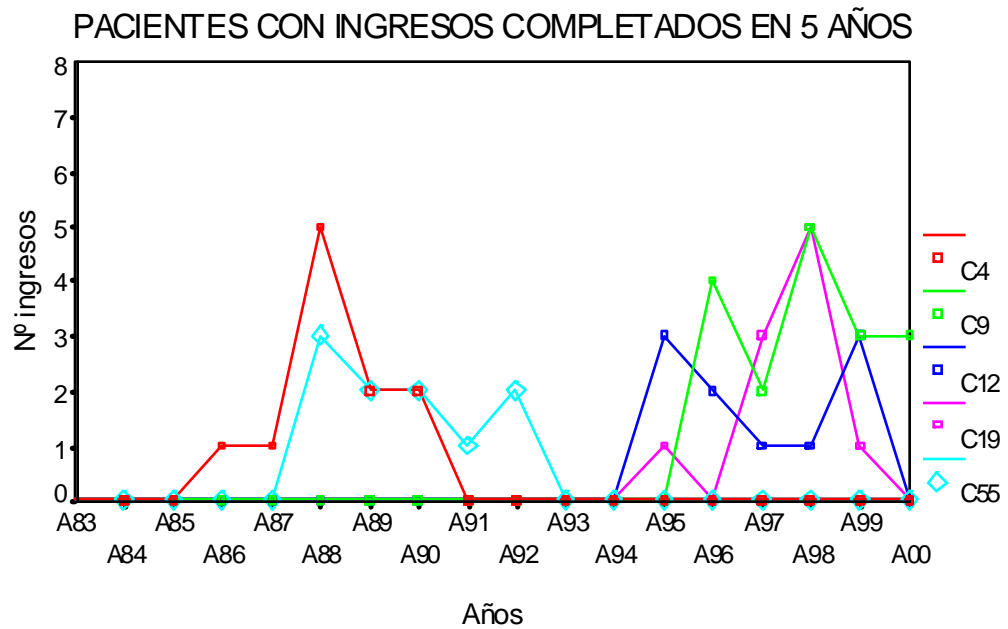


Figura 25

El caso 9 se diagnosticó de trastorno esquizofreniforme, depresión no especificada, abuso de sustancias, trastorno del control de impulsos, intentos autolíticos, para acabar en los últimos ingresos con la etiqueta de trastorno facticio con síntomas psicológicos. En el Eje II trastorno límite de la personalidad, en el IV problemas en el grupo primario de apoyo.

El caso 12 se trataba de un paciente alcohólico, con diagnósticos relacionados con ello, descontrol de impulsos, alteraciones del comportamiento, capacidad intelectual límite y problemas en el grupo primario de apoyo.

El caso 19 es un trastorno mental orgánico secundario a traumatismo craneoencefálico, con problemas familiares y laborales derivados de su situación. El caso 55 se diagnosticó de depresión mayor recidivante psicótica, sin otros acompañantes, sin Eje II, con HTA en Eje III y sin Eje IV.

En las dos siguientes figuras ejemplificamos los pacientes que emplean un período medio de tiempo para cumplimentar sus ingresos.

En la Figura 26 representamos los casos que cumplieron sus ingresos en un período de ocho años. Persiste gran densidad de ingresos aún pero ya comienza a haber muchos casos con intervalos de más de dos años sin ingresos.

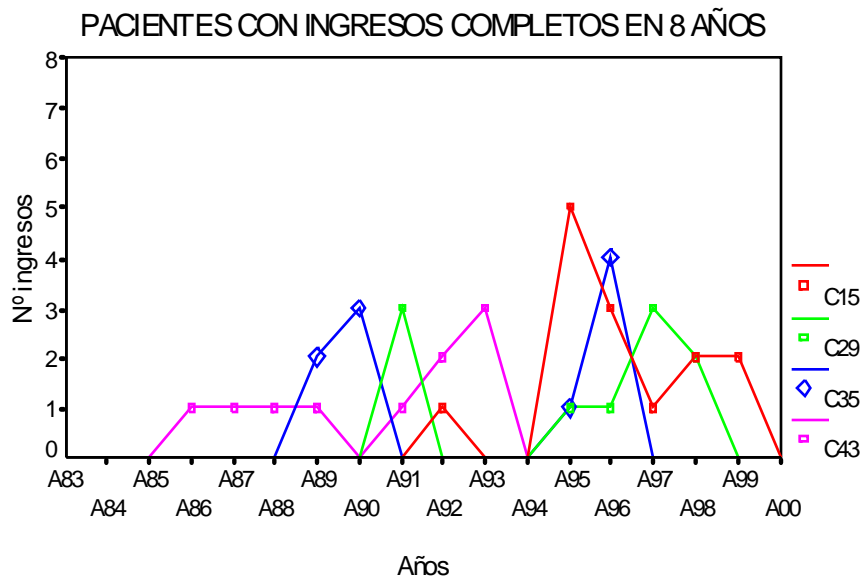


Figura 26

El caso 43 está ausente en el año 90 y entre los ingresos del 89 y el 91 transcurren 18 meses. El resto de los casos se pasan de 2 años de intervalo en algún ingreso. El caso 35 tiene un intervalo de cuatro años sin ingresos después de haber aparecido.

El caso 15 tiene como diagnóstico más persistente un trastorno somatomorfo indiferenciado al que se unen trastorno distímico, trastorno por angustia, trastorno depresivo no especificado y trastorno adaptativo ansioso en los distintos ingresos. En algunos de ellos se señalan rasgos histriónicos de personalidad. En el Eje III alergia al grupo PARA, sulfamidas, pava y bioformo. En el IV se señalan problemas en el grupo primario de apoyo.

El caso 29 es una esquizofrenia sin otros trastornos comórbidos en Eje I ni II, con una anemia ferropénica en el Eje III y en algunos ingresos problemas en el grupo de apoyo.

El caso 35 tiene varios diagnósticos; trastorno depresivo mayor, depresivo distímico, adaptativo emocional mixto con un trastorno de la personalidad por dependencia como más constante a lo largo de los ingresos y la sospecha en uno de ellos de trastorno facticio. No se señalan condiciones físicas ni problemas psicosociales o ambientales.

El caso 43 fue diagnosticado en los distintos ingresos de trastorno esquizoafectivo, bipolar maníaco, esquizofrenia desorganizada, con algún intento autolítico y trastorno esquizoide de personalidad.

En la Figura 27 representamos la gráfica secuencial de los casos que cumplieron sus ingresos en 10 años. Se empieza a definir mejor un patrón distinto; todos los casos caen o varias veces un intervalo de más de un año, o una vez un intervalo de más de dos años, el número de ingresos no suele exceder de dos aunque se producen algunas excepciones de 3 y 4 en algún año.

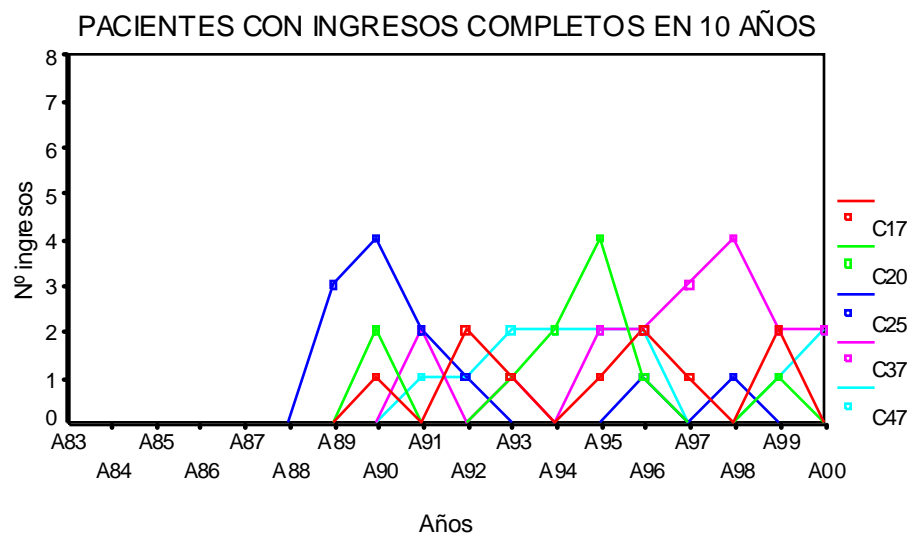


Figura 27

El caso 17 ha presentado diagnósticos en los diversos ingresos de trastorno bipolar y de trastorno esquizoafectivo sin otras condiciones dignas de reseñarse.

El caso 20 presenta un diagnóstico de psicosis atípica o sin especificar en la mayoría de los ingresos que se convierte en depresión psicótica en alguno

y en esquizofrenia indiferenciada en otros y sin condiciones relevantes en el resto de los ejes.

El caso 25 fue diagnosticado en los diversos ingresos de trastorno conversivo, trastorno disociativo no especificado, psicosis no especificada con trastorno histriónico de personalidad en el Eje II y sin otras condiciones.

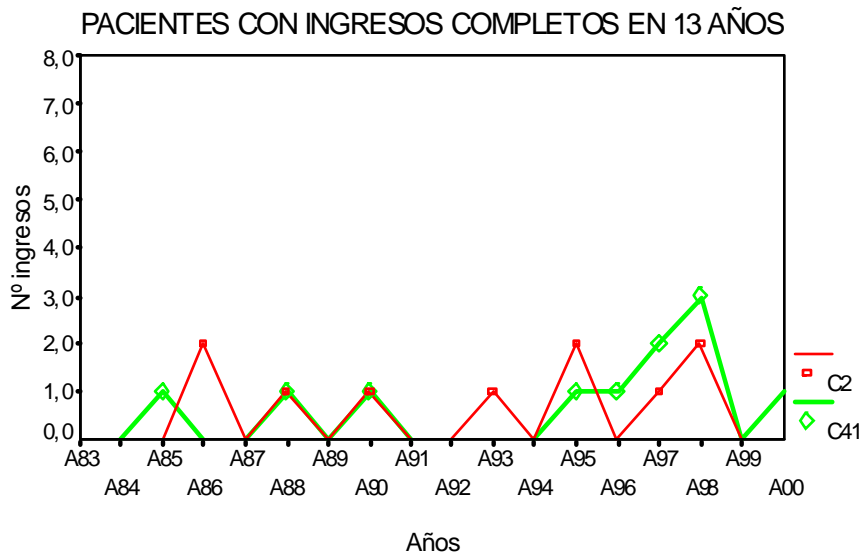
El caso 37 fue diagnosticado de trastorno esquizoafectivo en la mayoría de los ingresos y de esquizofrenia en el resto. Algún ingreso aislado se acompañó de abuso de sustancias y de incumplimiento terapéutico y alguna autointoxicación medicamentosa.

El caso 47 fue una dependencia del alcohol con condiciones como abstinencia y *delirium* en el Eje I y en el Eje III crisis convulsivas y alteraciones analíticas propias.

En las dos siguientes Figuras ejemplificamos los casos que emplearon un período de tiempo largo para cumplimentar sus ingresos

En la Figura 28 representamos los casos que cumplieron sus ingresos en 13 años. Los dos casos tienen un patrón ya claramente más aplanado, con bastantes años de ausencia, irregularidades, etc. El caso 41 tuvo intervalos de uno, dos y cuatro años sin ingresos tras su aparición.

El caso 2 alternó diagnósticos de trastorno bipolar y de trastorno esquizoafectivo durante sus ingresos, tuvo algún intento autolítico y no se le anotaron condiciones en los ejes II, III y IV.

**Figura 28**

El caso 41 fue diagnosticado en sucesivos ingresos de trastorno por ansiedad no especificado, trastorno depresivo no especificado, dependencia de varias sustancias, hipocondrías, abuso del alcohol, trastorno de somatización. Como segunda condición del Eje I se señalaron abuso del alcohol, abuso de ansiolíticos, intento de autolisis, sospecha de trastorno facticio. En el Eje II rasgos neuróticos y límites de personalidad. En el Eje III obesidad, infección de orina. En el IV problemas en el grupo primario de apoyo.

En la Figura 29 mostramos la gráfica secuencial de los casos que más tiempo emplearon en cumplimentar sus ingresos (17-18 años).

El caso 27, se trata de un trastorno bipolar sin más connotaciones, con algunos problemas en el grupo familiar.

El caso 52, de otro trastorno bipolar con un TOC comórbido y rasgos obsesivo-compulsivos de personalidad sin más problemas.

Los dos tienen un intervalo de 4 años sin ingresos después de haber aparecido y alguno más de uno o dos años.

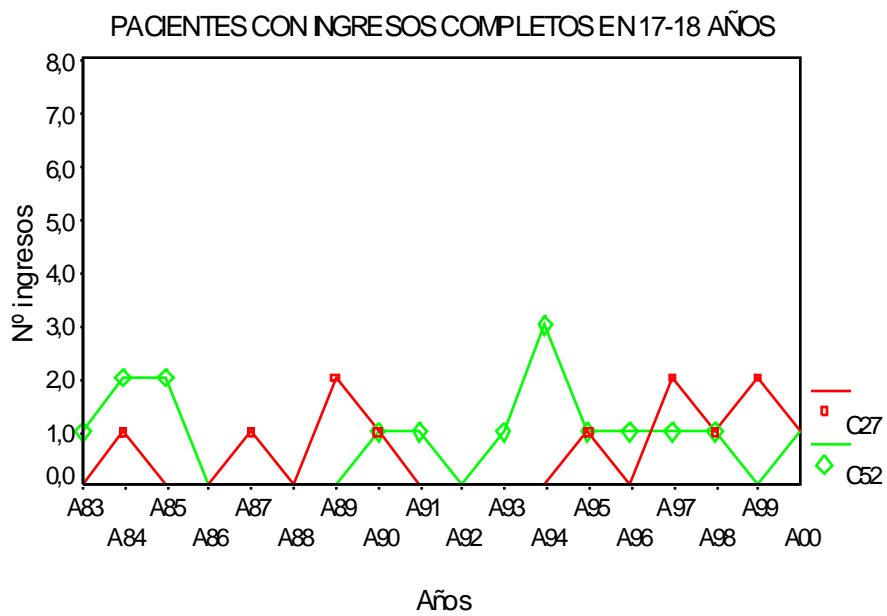
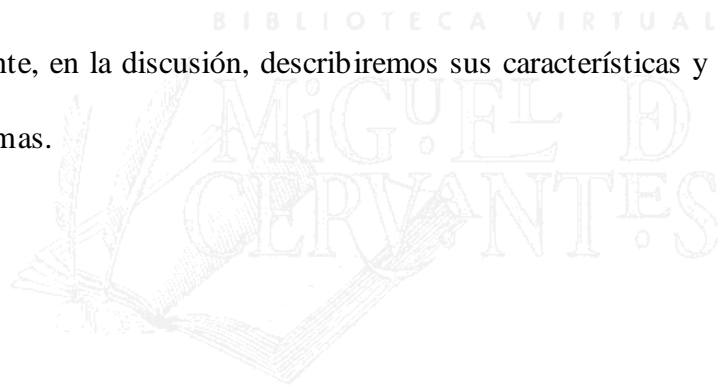


Figura 29

Después de haber trazado gráficamente la secuencia de ingresos de todos los pacientes y observar sus características decidimos, como se enuncia al principio, distinguir tres tipos de pacientes ingresadores múltiples en razón del tiempo que emplean en realizar sus ingresos, que corresponden a: 1) los que realizan sus ingresos en 3-7 años; 2) los que emplean 8-12 años, y 3) los que utilizaron 13-18 años. Puede ser la decisión otra vez un tanto arbitraria, pero mas adelante, en la discusión, describiremos sus características y la pertinencia de las mismas.



IV-6. ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y CONTROL

Abordamos en este apartado el estudio comparativo de supervivencia de estas dos cohortes a lo largo del tiempo. En primer lugar, planteamos la cuestión de cuánto tiempo seguirían ingresando los casos en relación a los controles, como cohortes distintas que eran, y qué incidencias se iban presentando a lo largo de esos años de supervivencia en cuanto a manera de ir reduciéndose los dos grupos. Esto lo averiguamos de dos maneras. En una primera aproximación utilizamos *periodo3* como variable temporal de supervivencia, que contiene la información de los años que persisten ingresando los casos después de haber reunido los criterios de caso (9 ingresos mínimos) con relación a los controles. En sucesivos acercamientos, utilizaremos las variables definitorias: *número de reingresos*, *periodo2* (años empleados en completar los ingresos de que disponga cada sujeto) y *estancia total acumulada* como medida de la supervivencia. En segundo lugar, veremos qué factores de los estudiados podrían ejercer influencia sobre esa supervivencia. De la misma forma, comprobaremos la influencia de posibles covariables o predictores sobre la variable *periodo3* y sobre las variables definitorias.

Desde el punto de vista estadístico, para investigar estas cuestiones hemos escogido dos modelos: el de Kaplan–Meier, como modelo general de

supervivencia comparativa de estos dos grupos y el modelo de regresión de Cox en busca de factores explicativos para la supervivencia.

Para todo este análisis entendemos, además, que el fin del estudio marca el evento final en aquellos pacientes que no se encuentran presentes en ese mismo año de cierre.

IV-6.1.- Persistencia ingresando del grupo estudio frente al grupo control.

Modelo de Kaplan-Meier

- 1) Utilizando la variable *período3* (años que persisten ingresando los casos tras ser declarados como tales)

En la Figura 30 mostramos los resultados. El número de censurados en el grupo de estudio es 35 (43,21%) y en el grupo control 13 (16,05%). El número de eventos finales 46 y 68 respectivamente. La media de supervivencia para el grupo de estudio es de 4 años (CI 95% = 3-5; mediana 3; CI 95% = 1-5) y el grupo control puntuaría 0 en todos estos parámetros. El estadístico de Mantel-Cox es de 42,52; $p = 0,0000$. Por la figura podemos ver que el grupo control cae del 100% al 16% aproximado de la muestra en el punto de partida (por definición no siguen ingresando ningún año tras ser casos porque ninguno llega a ser caso) mientras que el grupo de estudio aún persiste ingresando (tras haberlo hecho el tiempo que sea los 9 ingresos exigidos) en un 67% un año

después, un 57% dos años después, un 52% tres años después, un 45% cuatro años después, un 37% cinco años después, un 34% seis años después, un 24% durante los años séptimo, octavo y noveno y un 12% los años décimo y undécimo.

SUPERVIVENCIA CASOS-CONTROLES EN AÑOS INGRESANDO
TRAS OCTAVO REINGRESO

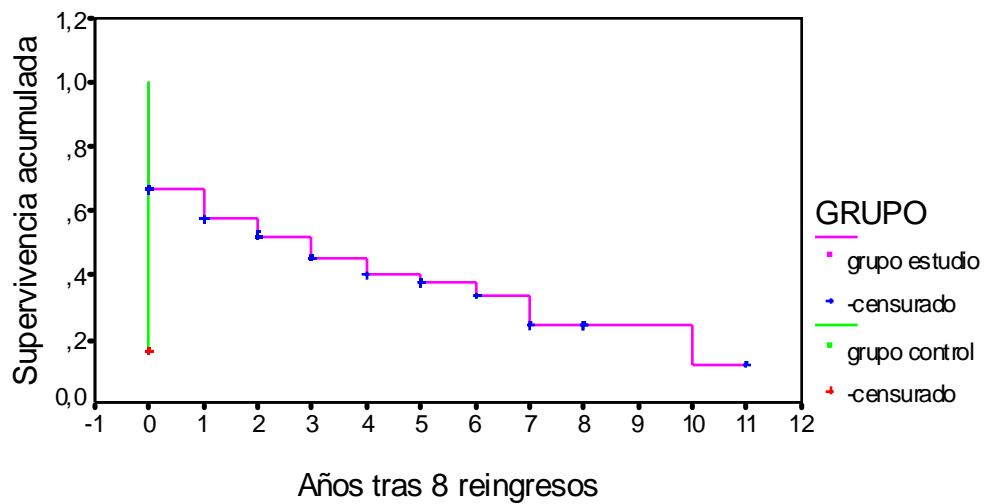


Figura 30

Esta podría ser la visión general de la supervivencia de los casos tras haber pasado el umbral ficticio empleado en su definición.

Pero parece que, visto así, el fenómeno nos ofrece poca información, aunque podemos percibir enseguida que también en este punto, como en anteriores, son muy diferentes los grupos control y de estudio. Las noticias se refieren al período posterior que espera a un reingresador tras ser caso con respecto al control, pero, por otra parte, ese mismo sujeto lleva ingresando ya

mucho tiempo antes hasta completar los nueve y nos gustaría entrever toda la trayectoria seguida desde el principio.

El hecho de haber ingresado nueve veces (definición de caso), aunque operativo para los estudios previos, por arbitrario, es sólo aproximativo, y nos dice poco de la esencia de un frecuentador de servicios que aparecería en general mejor caracterizado como la persona que reingresa "muchas veces" (cuantas más mejor) o durante muchos años (diríamos lo mismo) o que emplea muchos días de estancia (ídem). Y como tal se puede explorar en un continuo con las tres variables consideradas dependientes en contextos anteriores (número de reingresos, años ingresando y estancia total) en un modelo de supervivencia y considerarlo a lo largo de todo el tiempo que dura el estudio en lugar de partir de un punto artificial (noveno ingreso), decidimos explorarlo así.

2) Utilizando las tres variables definitorias

a) *Número de reingresos*

En la Figura 31 representamos la gráfica de supervivencia para las dos cohortes estudiadas en las condiciones señaladas y considerando como parámetro definitorio el número de reingresos.

Los casos censurados para el grupo de estudio serían 35 (43,21%) y los sucesos finales 46 mientras que en el grupo control habría 13 censurados (16,05%) y 68 sucesos finales. La supervivencia media en número de ingresos para el grupo de estudio sería de 15 (IC 95% = 12-18; mediana 12; IC 95% = 10-14). En cambio para el grupo control la media de supervivencia sería de 1 ingreso (IC 95% = 1-2; mediana 0). El estadístico de Mantel-Cox sería 151,47; $p = 0,0000$.

Como podemos ver en la figura el grupo control se extinguiría en el sexto reingreso, siendo lo más llamativo la caída del 100% al 44% (supervivencia acumulativa = 0,44) de la cohorte en el primer ingreso (0 reingresos), mientras que el grupo de estudio partiendo el 100% de 8 reingresos (exigidos por definición), necesita otros 4 ingresos más para quedarse reducidos en la misma proporción (en el ingreso 12) y permanecen como muestra en porcentajes cercanos al 40% hasta llevar realizados 18 reingresos.

SUPERVIVENCIA CASOS-CONTROLES EN N° DE REINGRESOS

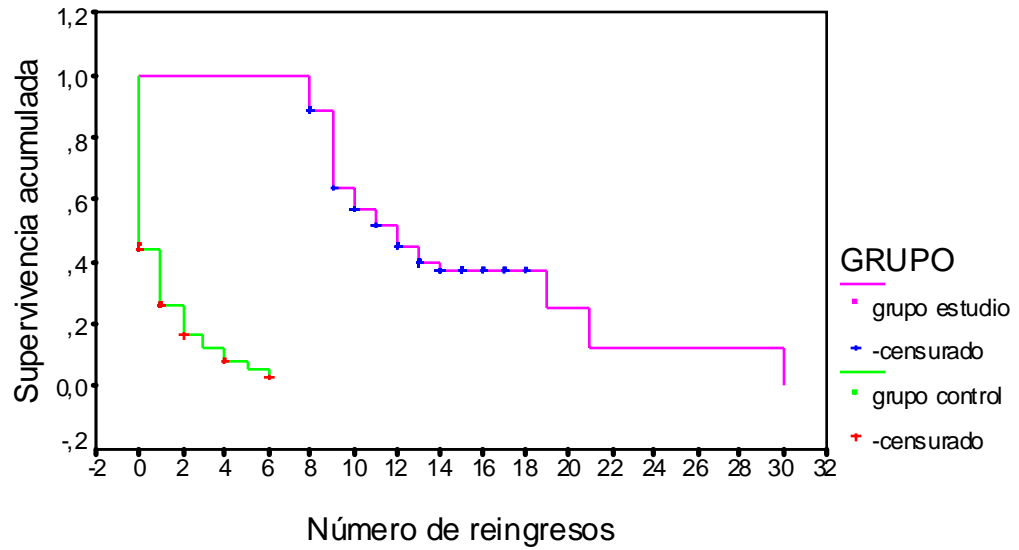
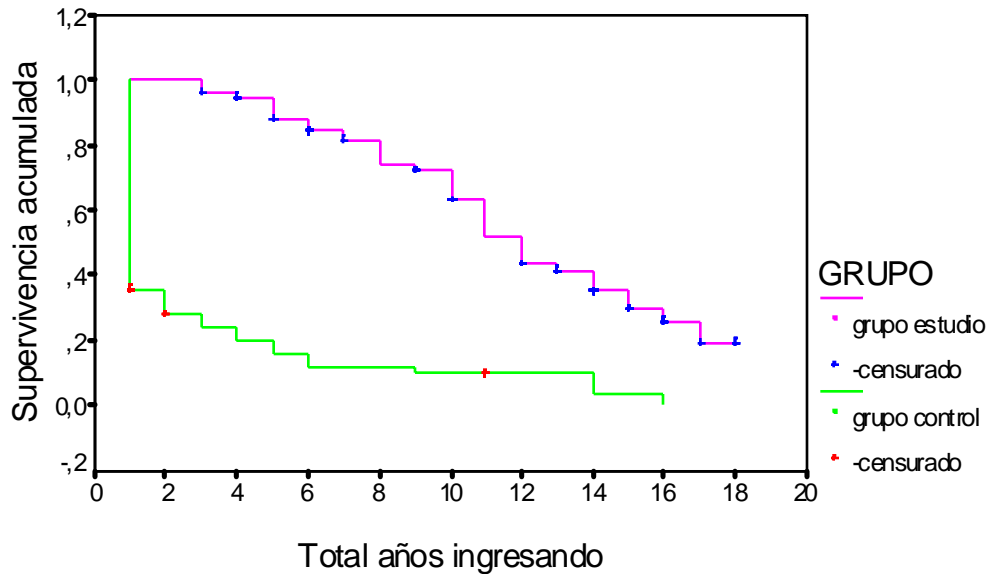


Figura 31

b) Número de años ingresando (periodo2)

En la Figura 32 hacemos el mismo análisis empleando como parámetro definitorio del reingresador la variable periodo2 (número de años totales ingresando).

SUPERVIVENCIA CASOS-CONTROLES EN AÑOS INGRESANDO

*Figura 32*

Los casos censurados para los grupos de estudio y de control no se modificarían. La supervivencia media en número de años realizando los ingresos para el grupo de estudio sería de 12 años (IC 95% = 11-13; los datos de la mediana coincidirían en este caso). En cambio para el grupo control la media de supervivencia sería de 3 años (IC 95% = 2-4; mediana=1). El estadístico de Mantel-Cox sería 82,98; $p = 0,0000$.

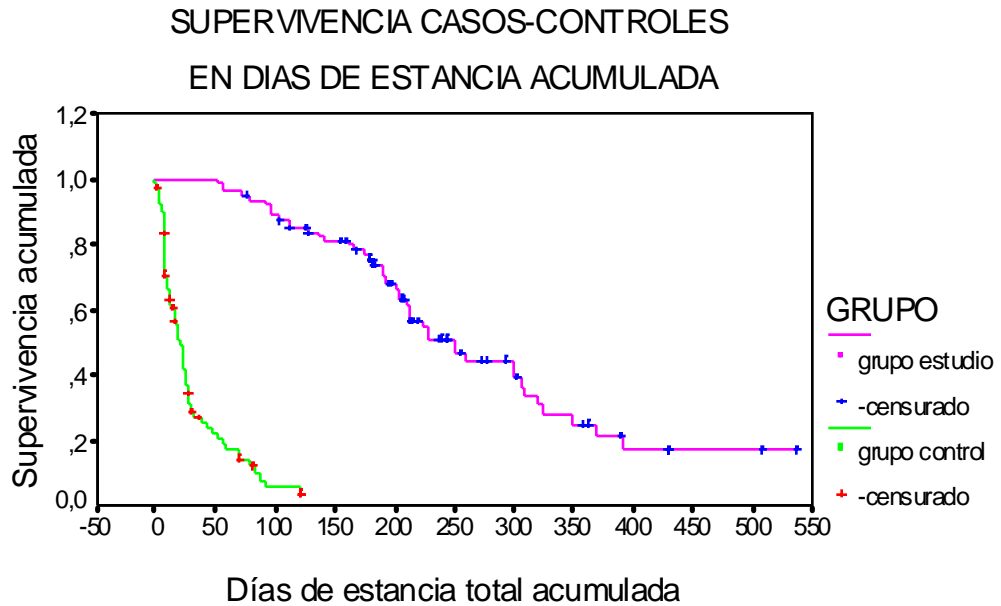
En la figura vemos cómo el grupo control cae en el primer año hasta un porcentaje superviviente del 36% aproximado (supervivencia acumulada = 0,36) que sigue disminuyendo lentamente en los años siguientes hasta reducirse a un 12% hacia el sexto año, a pesar de lo cual quedan algunos componentes ingresando hasta 16 años (sin tener en cuenta el número de ingresos hechos en ese tiempo).

El grupo de estudio sigue otro patrón, que es el de permanecer ingresando la mayoría de ellos durante muchos años no reduciéndose a la mitad el grupo hasta haber transcurrido unos 12 años, llegando a porcentajes de reducción similares a los conseguidos por el grupo control en el primer año tras haber transcurrido unos 14 años y siendo previsible que aún en el último año observado permaneciese un porcentaje del 20%.

c) *Estancia total acumulada*

En la Figura 33 representamos lo mismo empleando ahora como variable definitoria la estancia total acumulada en sucesivos ingresos por ambas cohortes.

La supervivencia media en días de estancia acumulada para el grupo de estudio sería de 279 (IC 95% = 240,3 - 317,8; mediana 250; IC 95% = 202,6 - 297,4). En cambio, para el grupo control la media de supervivencia sería de 32,1 días (IC 95% = 24,4 - 39,9; mediana 21; IC 95% 15,3 - 26,7). El estadístico de Mantel-Cox sería 141,10; $p = 0,0000$.

*Figura 33*

Según vemos en la figura, el grupo control se extingue cuando llega a unos 125 días, habiendo bajado previamente de forma casi brusca (supervivientes por debajo del 30%) hacia el mes de estancia total).

Por su parte, el grupo de estudio está prácticamente entero (por encima del 80%) en el punto en que ya terminó el grupo control (125 días), no llega a reducirse a la mitad hasta que no supera ya los 240 días de estancia acumulada y todavía persiste un porcentaje representativo más allá de 300 y 400 días.

B. Regresión de Cox.

Estudiando posibles covariables que influenciases la supervivencia tal como la valoramos para casos por los años que persisten ingresando tras ser así considerados y específicamente por alguna de las variables definitorias procedimos a seleccionar las variables tal como ya lo hicimos en el análisis de regresión logística (por sus relaciones previas significativas y prescindiendo de variables redundantes y categoriales derivadas de otras numéricas presentes). Utilizamos igualmente el método de selección paso a paso adelante condicional como allí habíamos hecho con criterios de entrada 0,05 y salida 0,10.

IV-6.2.- Supervivencia comparada casos–controles y posibles predictores.

- ✓ Influencia de covariables en la persistencia ingresando (*periodo3*; años ingresando después de los 8 reingresos) tras ser considerado caso:

Ninguna variable de los dos subconjuntos estudiados (véanse definidos en el apartado de la regresión logística) se mostró influyente sobre la supervivencia al ser investigados las dos cohortes conjuntamente.

- ✓ Influencia de covariables sobre variables definitorias:

a) *Número de reingresos*

Igualmente no se encontraron covariables que determinaran en algún sentido la supervivencia.

b) Número de años reingresando

Tampoco ninguna variable se mostró influyente analizando así las cosas

c) Estancia total acumulada

El primer subconjunto de variables (edad, sexo, estado civil, Eje II y Eje IV) no introduce variaciones. El segundo sin embargo sí modifica la supervivencia cuando la medimos en días de estancia. En la Tabla XXXI presentamos los resultados.

Tabla XXXI**Regresión de Cox con las covariables****Motivo de ingreso, uso de sustancias y tratamiento de larga estancia**

Variables	B	E.E.	Wald	GL	P	R	Exp(B)	IC 95%
Motivo de ingreso	0,68	0,31	4,88	1	0,027	0,06	1,976	1,08; 3,62
Uso sustancias			10,24	2	0,006	0,088		
Sus(1)	0,67	0,23	8,37	1	0,004	0,089	1,956	1,24; 3,08
Sus(2)	0,71	0,36	3,79	1	0,052	0,047	2,03	0,99; 4,14
Tto. Larga estancia	- 0,57	0,26	4,85	1	0,028	-0,06	0,568	0,34; 0,94

Quedarían fuera de la ecuación las variables *ingresos involuntarios* e *intentos autolíticos*.

Por el coeficiente B de regresión, el estadístico Wald y su significación podemos deducir que la covariable *motivo de ingreso* se portaría como un factor de riesgo (en este caso para prolongar la estancia total) cuando el ingreso sucede por agravamiento de la patología en sí. *Abuso de sustancias*, al ser tratada como variable *dummy* con referencia a la primera categoría que es el no usar sustancias, en sus opciones de abuso de alcohol y de abuso de otras sustancias, se portaría como factor de riesgo (aproximadamente 2 veces más) de prolongar las estancias. Sin embargo, en el caso de otras sustancias los intervalos de confianza pasan por 1 lo que invalida el resultado. En cuanto a la

variable *tratamiento de larga estancia* se comportaría como factor de protección al ser su coeficiente de regresión negativo y OR por debajo de 1.

En la Figura 34, por otra parte, vemos la influencia en la supervivencia en estas condiciones cuando se toma de referencia la media de las covariables utilizadas. El aspecto es parecido a la Figura 33 salvo que se acortan los días de estancia para el grupo de estudio a menos de 400 como resultado de tener en cuenta la acción de estas variables en su media.

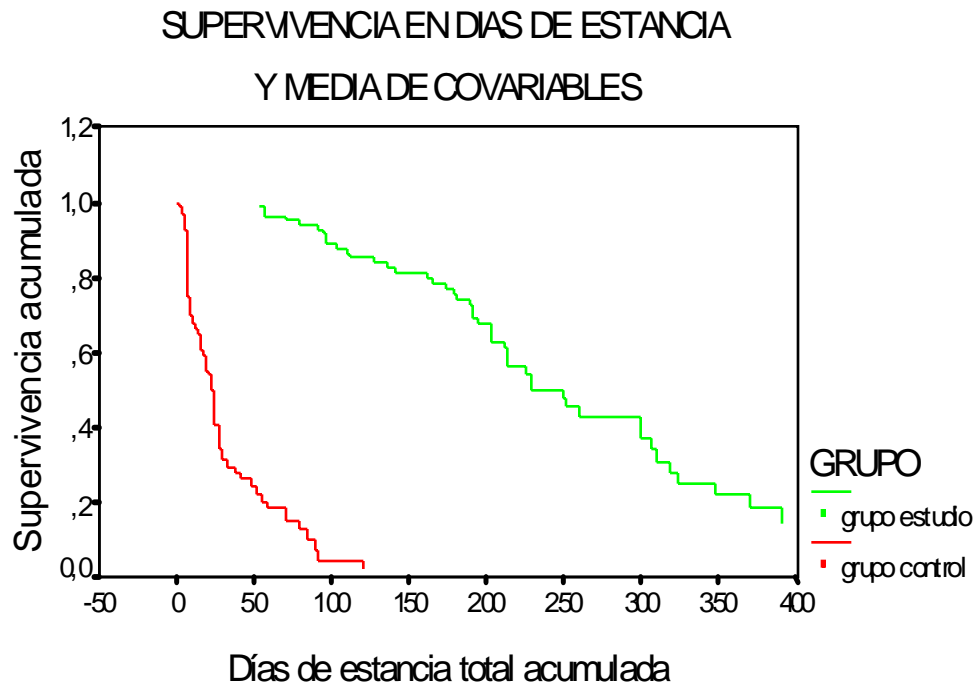


Figura 34

Hasta aquí las condiciones de supervivencia estudiadas cuando tenemos en cuenta el grupo control, pero es posible que el grupo de estudio se rija por sus propias normas de supervivencia y la comparación con el grupo control en

este caso no sea suficientemente explicativa por lo que decidimos practicar los mismos análisis de supervivencia aislando el grupo de estudio.

IV-6.3.- Supervivencia y posibles predictores en el grupo de estudio

- ✓ Influencia de covariables en la persistencia ingresando (*periodo3*; años ingresando después de los 8 reingresos) tras ser considerado caso:

Ninguna variable de los dos subconjuntos estudiados se mostró influyente sobre la supervivencia a ser investigados en el grupo de estudio únicamente

- ✓ Influencia de covariables sobre variables definitorias:

- ❖ *Número de reingresos*

Igualmente no se encontraron covariables que determinaran en algún sentido la supervivencia.

- ❖ *Número de años reingresando*

Sólo la edad entre las del primer subconjunto parecía tener alguna influencia. El resto de las variables quedaba fuera de la ecuación. En las del segundo conjunto de variables ninguna mostraba influencia. En la Tabla XXXII mostramos los resultados. Vemos que en todo caso la edad tendría valor de

cierto riesgo sobre la supervivencia aumentándola según avanza pero es a unos niveles tan cercanos a 1 que no merece la pena considerarla.

Tabla XXXII

Regresión de Cox para la covariable *edad* sobre *número de años ingresando*.

Variabes	B	E.E.	Wald	GL	p	r	Exp(B)	IC 95%
Edad	0,029	0,011	7,280	1	0,007	0,125	1,03	1,008: 1,052

❖ *Estancia total acumulada*

El primer subconjunto de variables (edad, sexo, estado civil, Eje II y Eje IV) no introduce variaciones. Con el segundo sucede algo distinto estudiando sólo el grupo de estudio de lo que sucedía al tener en cuenta también los controles. Sólo la variable tratamiento de larga estancia influye en la supervivencia medida por estancia acumulada.

En la Tabla XXXIII presentamos los resultados.

Tabla XXXIII

Regresión de Cox para la covariable tratamiento de larga estancia sobre estancia total acumulada

Variabes	B	E.E	Wald	GL	p	r	Exp (B)	IC 95%
Tto. Larga estancia	- 0,79	0,32	6,19	1	0,028	- 0,013	0,452	0,242: 0,845

Quedarían fuera de la ecuación las variables *motivo de ingreso, ingreso involuntario, abuso de sustancias e intento autolítico*. En cuanto al tratamiento en unidades de larga estancia se portaría como un factor protector disminuyendo los días de estancia: el hecho de haber realizado algún tratamiento de este tipo disminuiría 0,4 veces la estancia.

BIBLIOTECA VIRTUAL



V.- DISCUSIÓN

Como pudimos ver en el apartado de datos previos del capítulo de resultados, de todos los pacientes psiquiátricos atendidos en régimen de ingreso en nuestro servicio de psiquiatría, sólo 81, un porcentaje reducidísimo (1,7%) que hemos definido como *reingresadores múltiples* (8 o más reingresos) y que podrían representar en términos generales a los que utilizan de forma intensiva los servicios de hospitalización, fueron los responsables de nada menos que 1002 ingresos (11,3% de todos los ingresos).

Nos confirma este dato la gran cantidad de recursos que hay que poner al servicio de una pequeñísima población y por tanto la necesidad de delimitar sus características, detectar a estos pacientes anticipadamente y evitar la posibilidad de tratamientos inadecuados de inicio o manejo hospitalario incorrecto en los primeros ingresos, cuestiones que según señalan Druss y cols. [1998], podrían subyacer al hecho de reingresar continuamente.

Es probable que en estos casos sea fácil admitir con Kastrup [1987] la complejidad que entraña el hecho de reingresar en múltiples ocasiones, siendo como es un fenómeno multifactorial en el que, además de ser importantes las patologías, también lo son otras causas, como la utilización del hospital por motivos no puramente psiquiátricos, el incumplimiento terapéutico, la escasez de dispositivos adecuados dentro de la red de asistencia, los problemas psicosociales y ambientales, con una infrautilización, en caso de existencia, de los recursos extrahospitalarios y, en nuestro caso quizás, un mal uso de los

servicios de crónicos o de las unidades de rehabilitación psiquiátrica, que encarecen de forma sustancial el sistema sanitario.

Estudio comparativo casos-controles

Las primeras diferencias en lo que toca a estos pacientes que hemos definido como ingresadores múltiples, comparados con una muestra seleccionada aleatoriamente de pacientes psiquiátricos procedentes del mismo medio, en cuanto a sus *características sociodemográficas*, son lo distinto de la edad y el sexo. Son personas mucho más jóvenes (más de nueve años menos) y el sexo es predominantemente femenino (casi dos tercios por contraposición a la práctica igualdad entre sexos en la muestra control).

Respecto a la edad, estos hallazgos están en consonancia con lo descrito por autores como Voineskos y cols. [1987], Kastrup [1987], Galán y cols. [2001], mientras que en lo que se refiere al sexo en la mayoría de las muestras estudiadas parece predominar el masculino, según veíamos en las características de los reingresadores (apartado I-1.3), aunque alguno de los trabajos también había citado el sexo femenino (por ej. Vogel y Huguelet [1997]). Posiblemente, estas variables están muy condicionadas por las patologías que presentan los pacientes frequentadores de la hospitalización.

Si nos centramos en los dos grupos diagnósticos más prevalentes dentro de esta población, los trastornos psicóticos y afectivos, sabemos que es típico

del primero el inicio en edades jóvenes y del segundo la alta prevalencia en mujeres. Se añaden el aumento reciente de patologías típicamente jóvenes como los trastornos de la alimentación y las conductas disociales y problemas educativos de los adolescentes.

Las variables *estado civil*, *residencia* y *estudios* no son variables a priori y, según el estudio comparativo casos-contróles, con capacidad de distinguir a estos dos grupos. En principio podrían aportar poca información al fenómeno de los reingresos. Hacemos la salvedad de que el estado civil se acercaba a la significación estadística, y se ha hablado mucho de su papel en la literatura por lo que lo incluiremos en análisis posteriores. Sin embargo, no podemos comprobar en nuestra muestra que predominan los habitantes de ciudad entre los reingresadores o los niveles educativos básicos.

Al investigar algunas *variables numéricas* encontramos que las diferencias en cuanto a *número de reingresos* eran abismales para los dos grupos (más de 11 para los casos y menos de 1 de media para los controles) dado que hemos seleccionado en el de estudio los que disponen de mayor número de ingresos por definición.

No obstante, siendo sinceros, a la vista de otros informes de la literatura y teniendo en cuenta que estamos hablando de 18 años de observación no parece que hayamos encontrado en nuestro servicio reingresadores "exasperantes" o al menos no en gran proporción: nueve ingresos exigidos en

18 años supondría un ritmo de ingresos medio de uno por cada 2 años; más del 55% de la muestra de reingresadores dispone sólo de 10 ingresos y sólo 4 reingresadores (4,8% de los casos) llegaron o sobrepasaron el promedio de un ingreso por año.

Estos datos nos indicarían que muchos de nuestros casos quedarían fuera de los estudios habituales según acotan el término y que se podría intuir que empleando un período de observación suficientemente largo el hecho de ingresar reiteradas veces sea un fenómeno que tienda a autolimitarse en el tiempo, quizás también a emplear temporadas en las que se realizan muchos ingresos frente a otras que no se realiza ninguno. El hecho es que los reingresos "múltiples" así considerados se diluyen mucho en el tiempo, dando al fenómeno una dimensión más modesta.

Determinadas condiciones, como el hecho de *ingresar involuntariamente y la peligrosidad para uno mismo y para los otros o las conductas violentas*, han sido estudiadas bajo la perspectiva de factores de riesgo de mayor número de ingresos, como veíamos en la introducción.

En el primer caso había discordancia en las conclusiones. En sus investigaciones, algunos autores (Galán y cols. [2001]) encontraron que a menudo los reingresadores acudían solos a consulta, por iniciativa propia, e ingresaban voluntariamente, mientras que Chinchilla Moreno y cols. [2001] observaron el fenómeno opuesto: acompañados por algún familiar e ingresos

involuntarios. Fenning y cols. [1999] no pudieron demostrar que se ingresase un número mayor de veces por haberlo hecho de forma involuntaria previamente, pero sí que se siguiera ingresando de forma involuntaria en sucesivos ingresos una vez que había sucedido la primera vez.

En nuestro caso, adecuando el parámetro al número de ingresos, los sujetos de estudio ingresaban más veces de forma involuntaria que los controles. Por otra parte, en la experiencia clínica de cada día es fácil comprobar cómo los mismos pacientes que tienen escasa conciencia de enfermedad y que descuidan los tratamientos ingresan una y otra vez por este motivo, y muchas veces de forma involuntaria ante su resistencia a buscar ayuda.

No nos extrañaría que en esta clase de enfermos coexistiesen las dos facetas. Así lo señalan también autores como Carpenter y cols. [1985], Kent y cols. [1994] y Haywood y cols. [1995], entre otros, que consideran relacionados estos parámetros.

No pudimos detectar diferencias significativas en la *duración de la estancia en el episodio índice*, aunque tendía a ser mayor para el grupo de estudio (contrariamente a la opinión expresada en algunos trabajos).

Como se vio en la introducción, algunos autores teorizaron que las estancias cortas favorecerían el fenómeno de la “puerta giratoria” (Carpenter y cols. [1985]), bajo la perspectiva de que la psicopatología no estaría

suficientemente estabilizada y se produciría antes la recaída. Sin embargo, Lieberman y cols, [1998], tampoco pudieron demostrar que una estancia más reducida condicionara el reingreso.

En nuestro caso, aunque no son significativas las diferencias, parece que la estancia tiende a ser mayor en el grupo de estudio. Unido a la matización que introduce la categorización de esta variable, en el sentido de que es más frecuente encontrar estancias de tipo exclusivamente cortas o como mucho medias en el grupo control, mientras que en el grupo de estudio predominan las medias o combinaciones medias-largas o de todo tipo, iría en contra de que los reingresadores múltiples tuvieran estancias mas cortas, al menos en términos absolutos, y que ello pudiese condicionar el reingreso.

Por otra parte, la *estancia total* contando los nueve primeros ingresos en los casos y los disponibles en los controles, fue, naturalmente, mucho más elevada para los casos. De igual modo que tienen muchos más ingresos por definición les suponemos más días de permanencia en el hospital. Considerando la estancia total acumulada por los reingresadores no sólo en los nueve primeros ingresos sino en todos los disponibles, estas diferencias se hacen mucho mayores como es fácil suponer.

Una vez que estudiamos los *aspectos relacionados con el diagnóstico* encontramos que, si simplificamos excesivamente los grupos de patologías, los diagnósticos principales en el Eje I no presentan diferencias entre casos y

controles. Teniendo en cuenta hasta nueve categorías diagnósticas tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, algunas patologías como las psicosis y los trastornos afectivos considerados globalmente tienden a estar más presentes en los casos que en los controles.

En la agrupación de las nueve categorías podemos observar que las psicosis típicas, los trastornos bipolares y el conglomerado "neurótico-personalidad-otros" predominan más netamente en los casos, mientras que los TMO, TUS, psicosis atípicas y trastornos distímicos / adaptativos tienen mayor presencia entre los controles.

Abundando en la materia, al considerar trastornos concretos, las esquizofrenias, los trastornos bipolares y los depresivos mayores son más frecuentes en el grupo de estudio, mientras que las dependencias del alcohol, con sus consecuencias agudas, el trastorno psicótico no especificado, los trastornos distímicos y adaptativos y las condiciones sin diagnóstico en Eje I, con diagnósticos primarios de personalidad o aplazados son más frecuentes entre el grupo control.

Por una parte, la dispersión en excesivas categorías condiciona el análisis por el número de participantes, y si compactamos demasiado los diagnósticos no somos capaces de ver particularidades. Pero, en términos generales, las esquizofrenias, trastornos bipolares y depresiones mayores forman un porcentaje importante del grupo de estudio (aproximadamente la

mitad) y éstos precisamente constituyen patologías crónicas de hecho o en potencia que precisan de cuidados y seguimiento durante toda la vida. Como vimos en la introducción, son precisamente estos trastornos los que algunos autores han considerado típicos de los reingresadores. (Voineskos y cols. [1978], Kastrup [1987], Chinchilla y cols. [2001] y Galán y cols. [2001])

También se han citado los trastornos mentales orgánicos y por uso de sustancias como predictores de ingresos, más en comorbilidad con otros pero también solos. En nuestra muestra, estos trastornos son ligeramente más frecuentes en el grupo control, por lo que no podemos confirmarlos como diferenciadores, aunque están también muy representados en el grupo de estudio, fundamentalmente por una gran cantidad de alcohólicos, omnipresentes en hospitalización y en los que se añade el agravante de que también suelen ser en un porcentaje significativo frecuentadores de otros servicios del hospital general, como digestivo, medicina interna o traumatología.

Pese a estas peculiaridades comentadas, el hecho de no existir unas diferencias claras, estadísticamente significativas, nos pone en evidencia que la frecuentación de servicios de hospitalización 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 los puramente médicos para llegar a manifestar esta conducta.

No encontramos diferencias de *comorbilidad global* entre los dos grupos. Sin embargo, exploramos más detenidamente dos condiciones comórbidas que se han señalado en la literatura como *factores de riesgo de reingresos*: el *abuso de alcohol o sustancias psicoactivas* y las *tentativas autolíticas*.

Respecto a la primera condición, nuestro estudio parece confirmar este extremo, dado que en el grupo de estudio existía un mayor porcentaje de abusadores de sustancias psicoactivas y de alcohol que en los controles y que la opción predominante en éstos era precisamente el no usarlas.

Igualmente, las tentativas autolíticas fueron mucho más frecuentes entre los casos que entre los controles, aun corrigiendo el número de ellos por ingresos. Esto abunda en la dirección de algunos trabajos, como quedó reflejado en la introducción.

El hecho de emplear sustancias psicoactivas condiciona en la práctica la frecuentación de las urgencias por varios mecanismos: conciencia del propio sujeto de su mal estado; estado de intoxicación perceptible para otros, que acaban acompañando al propio paciente; estados comatosos atendidos por los servicios sanitarios de urgencias; propiciación de accidentes, etc. Una vez en urgencias, es más fácil acabar ingresando aunque sea por corto tiempo.

A su vez, el intento autolítico sería una de las urgencias típicas que acabaría ingresando a poco serio que pudiese parecer. Incluso el chantaje o

gesto autolítico claro o el realizado en demanda de hospitalización, si ocurre en determinadas condiciones o tras haber sido atendido recientemente, el paciente acabaría generando un ingreso.

Sí era significativamente más frecuente en los casos que en los controles la existencia de *diagnóstico en el Eje II*, el hecho en sí de que tuvieran un trastorno de personalidad frente a la situación de no tenerlo, cuestión que aparece reflejada en bastantes estudios sobre el tema. Los diagnósticos que predominaban en el grupo de estudio con respecto al de control eran fundamentalmente el trastorno no especificado y el obsesivo-compulsivo, existiendo algunos casos más parejos de trastorno límite, e histriónico, y otros en cifras irrelevantes.

Respecto a las *condiciones físicas* no se constataban diferencias entre los casos y los controles. Autores como Surber y cols. [1987] y Kent y cols. [1994] hablaron de factores relacionados con enfermedades físicas como características de los reingresadores y como condicionantes de reingresos, si bien no parece habersele prestado excesiva atención.

Es probable que el Eje III del DSM-IV tampoco sea el instrumento más adecuado para dar cuenta de toda la problemática física que pueda afectar a una persona en el momento de su ingreso y previamente.

En la práctica diaria constatamos además que algunos de nuestros pacientes se escudan en supuestas condiciones físicas para instrumentalizar un

posible ingreso (no sólo en el servicio de psiquiatría, sino en cualquiera) o prolongar la hospitalización pero las anotaciones recogidas por nosotros no revelan diferencias.

Existen *problemas psicosociales y ambientales* en un porcentaje muy superior en el grupo de estudio que en el grupo control, lo que ha sido señalado por muchos autores: problemas conyugales y sociales (Kent y cols., 1994); ausencia de soporte y compromiso familiar (Olfson y cols., 1999); sistemas de apoyo social pobres (Mercer y cols., 1999); sistema de asistencia y apoyo comunitario (Klinkenberg y colaboradores, 1996, 1998, 1999).

Los primeros autores citados, agrupando los distintos factores implicados en el reingreso (sociales, físicos y propiamente psiquiátricos), descubrieron que eran precisamente los sociales los que más contribuían al hecho.

Por otra parte, se verían facilitadas por esta problemática otras condiciones imbricadas en el mismo proceso, y que igualmente inciden en las recaídas y reingresos, como la escasa supervisión posterior (Mercer y cols., 1999), el abandono del tratamiento (Haywood y cols., 1995) y las dificultades para el autocuidado (Lyons y cols., 1997).

Es fácil suponer que exista además una doble dirección causa-efecto de estos problemas de forma que las propias patologías, la mayoría de ellas estigmatizadas y con cursos deteriorantes, dejan al paciente con menos

capacidades de adaptación y obligan a su familia y al ambiente en el que se mueve a reaccionar “contra” ellas en una respuesta bien de repulsa o de sobreprotección, ambas habitualmente inadecuadas y provocadoras igualmente de más problemas para el paciente.

El nivel de funcionamiento al tiempo del primer ingreso es comparable en los dos grupos, no estableciéndose diferencias.

Al respecto, algunos trabajos (Vogel y Huguelet, 1997; Mercer y cols., 1999) suponen un peor funcionamiento para los ingresadores múltiples. Otros factores que se han señalado como condicionantes de ingresos abundarían en esta cuestión, como la mayor gravedad de los síntomas (Lyons y cols., 1997), la mayor duración de la enfermedad (mismos autores; Vogel y Huguelet, 1997) o determinadas condiciones como la peligrosidad para uno mismo y para los otros (Kent y cols., 1994), sin embargo, en esta variable tal como la evaluamos en la práctica diaria con la EEAG (medida por otra parte que puede resultar excesivamente rudimentaria y muy puntual cuando nos referimos sólo al momento del ingreso como sucede aquí) no detectamos diferencias entre casos y controles en el episodio índice.

Algunos posibles inductores de mayor número de ingresos pueden investigarse en los propios *motivos del ingreso*. Nuestro grupo de estudio ingresaba más veces que los controles por otros motivos distintos de la propia patología. Aunque por conveniencia para el análisis reducíamos los motivos de

ingreso a dos categorías (patología frente a los demás motivos), las causas de ingreso aglomeradas en la segunda categoría las constituían entre otras los problemas sociales y familiares, muchas veces amparados para ingresar en el enunciado "intervención en crisis", los gestos y chantajes autolíticos que perseguían únicamente propiciar el ingreso, presiones familiares, demandas sociales desde diversos estamentos, inexistencia de otras unidades más adecuadas para las características del paciente o imposibilidad de atención en las mismas, etc. Tampoco parece sorprendente el dato, toda vez que estamos acostumbrados en la atención del enfermo psiquiátrico a lidiar cotidianamente con todas estas peculiaridades y deficiencias de la asistencia.

Una característica que presenta grandes diferencias entre casos y controles es la *variabilidad diagnóstica* en sucesivos ingresos; en el grupo control no se produce, el 100% de los sujetos no cambian diagnóstico, a menos de forma importante. Tropezamos con el mismo inconveniente que en otras variables; la persona que ha ingresado una sola vez no puede presentar variabilidad y cuanto menor sea el número de ingresos menores cambios de diagnósticos cabe esperar. Sin embargo, tomando como modelo el grupo de estudio los cambios a lo largo de sus ingresos son importantes: un porcentaje del 53% no experimentaban cambios pero un 23,5% son diagnosticados en sucesivos ingresos de cuadros aparentemente contradictorios y otro 23,5% sufren cambios mas "ligeros", que no implican necesariamente una contradicción diagnóstica. Kastrup [1987a y 1987b] analizó este problema

encontrando porcentajes del 43,5% de pacientes cuyo diagnóstico permanecía inalterado a lo largo de todos los ingresos. Surber y cols. [1987] igualmente habló de una variabilidad diagnóstica del 40%. Sugiere el primero, que muchos de los cambios que él encuentra podrían explicarse por la resistencia del clínico a poner determinadas etiquetas como por ejemplo esquizofrenia en el primer ingreso, siendo más corriente que muchos de estos cuadros sean diagnosticados en principio de psicosis psicógenas o de trastornos de la personalidad.

En nuestro caso y conociendo el funcionamiento de nuestra unidad de hospitalización cabe invocar una serie de hechos: a) a mayor número de ingresos, más número de psiquiatras con sus respectivos “tics diagnósticos” han tratado al paciente y expuesto su juicio clínico; b) a mayor número de ingresos para un mismo psiquiatra mayor conocimiento del paciente, mayor relativismo juzgando la psicopatología (algunos casos acabaron tachados de facticios, después de muchos ingresos y etiquetas previas graves); c) variación de determinadas patologías abigarradas, atípicas en los primeros ingresos y cuya expresión psicopatológica termina sedimentándose hacia cuadros más reconocibles; d) ingreso en una misma persona por condiciones distintas, habiéndose centrado el diagnóstico en el último motivo de ingreso y silenciado otros diagnósticos previos.

El grupo de estudio recibe más *tratamientos en dispositivos de larga estancia*, tanto si tenemos en cuenta el número de veces que un mismo sujeto los recibe a lo largo de todos sus ingresos como si sólo anotamos el hecho de

que un individuo lo haya recibido en alguna ocasión. Aparte del efecto de disponer de menos ingresos para el grupo control es fácil pensar en que los frequentadores de estos servicios por el mismo hecho sean enrolados en programas de tratamiento más prolongados que el ofrecido en la unidad de hospitalización de agudos. De hecho, presupondríamos que hay implicados además de la patología, en principio grave, otros condicionantes que, amén de originar múltiples ingresos en la unidad de agudos y por mecanismos parecidos, generan la utilización de otros recursos disponibles en la red de asistencia en un intento de tratar adecuadamente al paciente. Galán y cols. (2001) señalan también que los reingresadores usan habitualmente otros dispositivos de asistencia que los ordinarios y son enviados al alta igualmente a estos dispositivos.

Con las *variables temporales derivadas* queríamos investigar o descartar, bien a través de ellas o de la instrumentalización de algún índice, la posibilidad de englobar en el fenómeno de la frecuentación distintos tipos no homogéneos de reingresadores.

A simple vista, podíamos distinguir, por disponer de muchos años de observación, que los reingresadores tomaban distintas "velocidades" a la hora de plasmar sus ingresos; había reingresadores rápidos y lentos y podríamos estar hablando de varios hechos distintos más que de un fenómeno unívoco.

Otros autores como Casper y cols., [1990], o Figuerido y cols., [1997] también intentaron distinguir patrones evolutivos o subgrupos en razón de diversas características entre estos pacientes y describieron los mismos, si bien el tiempo observado era mínimo y no tendría el mismo sentido que en nuestro caso.

Por nuestra parte, contrastando en esta ocasión con lo que ocurría en el grupo control, hicimos las siguientes observaciones:

Las diferencias existentes en los dos grupos por *período 1* y *período 2* (que vienen a insistir en lo mismo) son muy grandes y de sentido común; en el grupo de control hay muchas personas que ingresan una sola vez y por tanto sólo puede contabilizársele un año y los que ingresan varias además de ser muchos menos, no suelen emplear intervalos amplios y aparecer tras haber estado ausentes durante muchos años (hay algunas excepciones, se puede considerar más bien rareza; sólo sobrepasan 6 años un 7,4%), sino hacer algunos ingresos más o menos seguidos y desaparecer.

Tenemos aquí, por tanto, una diferencia notoria en ingresos psiquiátricos según se pertenezca a un grupo que representa el modo "normal" de ingresar o a nuestro grupo de estudio y parece resolver las dudas, junto con las siguientes variables, de que todos nuestros reingresadores, en general, pertenecen a un grupo homogéneo y bien distinto que los controles.

Aunque puedan estar presentes los controles, salvando intervalos sin ingresos, durante muchos años nunca se aproximarán, sobre todo tomados como

grupo, ni ligeramente a los años que utilizarán los casos ingresando y de la misma manera aunque los casos puedan tener temporadas sin ingresar a veces importantes que "diluyan" sus ingresos siempre estarán muy por encima de los controles en cuanto a densidad de los mismos.

A la hora de agrupar los años que emplean los casos y los controles en sus ingresos (*ciclo 1, ciclo 2*) sucede que los casos comienzan con un ciclo mínimo de 3 años y originan en razón del trazado gráfico de sus ingresos unos grupos homogéneos que se dejan repartir fácilmente de esta manera:

- 1) los que emplean de 3 a 7 años;
- 2) los que emplean de 8 a 12 años y
- 3) los que emplean de 13 a 18 años.

Por el contrario, la mayoría de los controles (casi un 83%) se quedan por debajo de esos 3 años mínimos, originando un grupo de pacientes con un ciclo de ingreso < 3 años, donde aparecen casi todos ellos y ningún caso. Las diferencias tienen el mismo sentido comentado anteriormente. Por lo que respecta al grupo de estudio, pensaríamos que pueda tratarse de grupos de distintas patologías o con los mismos problemas que los identificaran, pero como más adelante veremos es difícil demostrarlo, pero lo que sigue pareciendo claro es que, tomando como modelo los controles y contemplando un período de 18 años, la mayoría de los que utilizan los servicios de

hospitalización psiquiátrica aguda están presentes (es decir tienen algún ingreso) pocos años; un único año en muchas ocasiones y un período inferior a tres años en el 83% de los casos.

A pesar de todo y aunque estemos conformes con tipificar a todos nuestros casos como reingresadores forzosamente no puede significar lo mismo completar 10 ingresos en tres años (alguno ingresó hasta 8 veces en un solo año), que hacerlo a lo largo de toda una vida. Descartado que sea la patología con su curso clínico peculiar la causante de este hecho, habría que buscar otro tipo de explicaciones. Más adelante se analizan las relaciones de esta variable (período) teniendo en cuenta el efecto grupo con las variables más específicas de la frecuentación de hospitalización pero al menos ahora señalaremos que este simple hecho puede sesgar todos los estudios que sólo tienen en cuenta los reingresos a muy corto plazo.

Se eliminarían de ellos los reingresadores “de fondo”, los que van haciendo sus ingresos lentamente a lo largo de muchos años y además es posible como decíamos al hablar de la variable número de ingresos que en un corte transversal o excesivamente pequeño de tiempo se captan fenómenos agudos del momento (reingresos supernumerarios) que pasarán años después.

Con el parámetro derivado "*densidad de ingresos*" pretendíamos hacer operativo algún índice más de evaluación de los ingresos. Como dijimos, al intentar acotar el concepto de ingresos múltiples, algunos autores (Kastrup,

1987) habían sugerido la posibilidad de tener en cuenta índices parecidos (número de ingresos/ años de seguimiento; días de estancia/ años de seguimiento, etc.).

Desde luego, también en esto se distinguían los casos de los controles. Los primeros tenían una mayor densidad de ingresos que evidenciaría que no sólo ingresan más veces sino que en términos relativos lo hacen en menos tiempo, más rápidamente.

Dentro del propio grupo de estudio había amplias variaciones en este punto, oscilando desde 0,5 ingresos por año hasta 3 ingresos por año (cuando contabilizamos sólo los 9 requeridos para ser caso) o hasta 5 por año cuando contabilizamos todos, pero el grupo control igualmente presenta grandes variaciones (0,2-3 ingresos por año).

No obstante, en los controles se da el caso de asignación forzosa a densidad = 1 (un ingreso/ un año) en un 69% de la muestra y el 83% de ella cae entre los valores 0-1, mientras que para el grupo de estudio tenemos entre 0-1 un 39% de la muestra, el resto tienen una densidad mayor. Por otra parte, en los controles son muy escasos los que tienen densidades muy altas y la mínima en los casos es de al menos 0,5.

Su complementario “*intervalo sin ingresos*” también establece diferencias entre los dos grupos. Los casos tienen ausencias más largas (medidas contabilizando los años en que no realizan ingresos) que los controles.

Parecería un dato contradictorio con el anterior: si los casos ingresan más veces y más rápido no deberían tener a la vez más ausencias, pero estamos hablando de un parámetro que se hace computable de forma muy diferente según hablemos de casos o controles.

Por definición, en los casos hay muchos ingresos pero también muchos años de observación y muchas posibilidades de estar ausente algunos de ellos, mientras que en los controles hay muchos pacientes que sólo ingresan una vez y desaparecen con lo cual no pueden figurar como ausentes (intervalos de ausencia entre ingresos) ningún año, independientemente del número de años de seguimiento.

Tratándose del grupo de estudio aunque con ausencias más largas, como decimos, para muchos este intervalo es inexistente porque ingresan todos los años al menos una vez, pero como máximo llega a ser de 0,7 (repartiendo sus ausencias entre todos los años de seguimiento no habrían llegado a pasar, de media, ni siquiera un año sin ingresar).

La media de años sin ingresar desde el último alta al tiempo del cierre del estudio era muy diferente en los casos que no llegaban a 2 años de media y en los controles que rebasaban los 5 años. Aclarando un poco más este punto añadiremos que en el grupo de estudio el 44,4% estaban presentes en el último año de cierre; un 21% más habían estado el año anterior y un 11,1% más habían estado 2 años antes.

Es decir el 76,5% de los casos estaba presente ingresando tres años antes del cierre (calculando globalmente porque alguno de los casos presentes podrían no ser los mismos en los tres años) y sólo un 23,5% de los casos había ido desapareciendo años atrás, llevando desaparecidos el máximo tiempo un caso 12 años antes, otro 10 años y un tercero 9 años.

Tratándose de los controles, sin embargo, en el último año estaban presentes sólo un 16%, el año anterior un 8,6% y dos años antes un 14,8% (39,5% para los tres últimos años) habiendo desaparecido desde 16 años atrás a razón de varios por año un 60,5% del grupo. Los porcentajes máximos de presencia aunque menores en los controles que en los casos ocurren pues en estos tres últimos años, sucediendo en los anteriores una pérdida de elementos en forma de rosario o "escoria". La desaparición de los controles comienza desde el principio es más regular y se acumulan menos de ellos hacia el final.

Por todo lo estudiado a través de estas variables cabría pensar que cualquiera de nuestros casos podía definirse como ingresador múltiple por comparación con los controles aunque sus ingresos hubiesen ocurrido en un trecho largo de tiempo.

Intentando averiguar el poder discriminatorio de cada una computamos también con ellas una regresión logística, aunque no nos pareció conveniente mostrar los resultados en el apartado correspondiente, como dijimos, por considerarlas consecuencia más que causa, aquí si podemos decir que mediante

ella pudimos averiguar de qué modo se relacionarían con la frecuentación de la hospitalización.

Tomadas independientemente la variable *período* clasificaría bien un 86,4% de los casos y controles; la *densidad de ingresos* un 63%; el *intervalo sin ingresos* un 76,5% y los *años desde el último ingreso* un 66% y la mejor combinación entre ellas se daba con densidad-período que llegaba a clasificar en su grupo un 94,4% de los pacientes.

Las dos variables en sentido positivo: un mayor número de años ingresando unido a una alta densidad de ingresos era lo más definitorio de reingresador múltiple.

Capacidad de predicción de las variables

Los resultados de la regresión logística usando de manera racional el conjunto de variables de que disponíamos (eliminación previa de las que no habían mostrado diferencias significativas), nos reveló que sólo las variables *edad* y *estado civil* (como representantes de las que figuraban ya en el primer ingreso) tenían cierta capacidad de predicción, la primera portándose como un factor protector y la segunda en sus categorías "casado / pareja" como protector y viudo / separado como factor de riesgo (2,4 veces más de convertirse en reingresador que el estado civil soltero).

En todo caso, a priori y pensando con sentido común, no parecen ser unas variables aptas para esperar de ellas que nos desentrañen los misterios del fenómeno estudiado. En concreto la edad tiene una OR (0,94) no muy significativamente distinta de 1 lo que le restaría importancia a su papel.

El estado civil tomando como referencia la soltería queda mejor definido por la OR; el estar casado disminuiría a la mitad el riesgo de convertirse en ingresador múltiple con respecto al soltero, mientras que el estar viudo o separado lo aumentaría hasta 2,4 veces más.

A pesar de ello el poder clasificatorio de la ecuación propuesta es más bien bajo.

Como dijimos atrás en muchos trabajos se ha recargado el papel de diversos estados civiles como factores de riesgo de reingresos, en concreto los estados soltero, separado o viudo. Aquí parece confirmarse también esta idea, si bien las contribuciones parciales al modelo y el poder clasificatorio de éste sean bajos.

La información proporcionada por el segundo conjunto de variables, tal como componen el modelo de regresión logística (*ingreso involuntario, intento de autolisis, ingreso en unidades de larga estancia*), arroja algunos resultados más consistentes y con un poder clasificatorio más alto que las primeras, en todo caso tampoco excesivo, entendiendo que se comportan como factores de riesgo que condicionan la aparición del fenómeno de los reingresos; el hecho de

haber realizado algún ingreso involuntariamente aumentaría hasta 5,2 veces el riesgo de reingresar en el hospital; el disponer de antecedentes de intentos autolíticos lo elevaría unas 3,8 veces y el hecho de haber tenido que tratarse en otros dispositivos de larga estancia se uniría a un riesgo 3 veces mayor de reingresar.

Como veíamos en la introducción a los tres se les ha unido a un peligro mayor de sufrir reingresos.

Sin embargo, en estas variables es posible intuir cierto grado de simultaneidad o consecuencia a la hora de explorar sus potencialidades causales; el ingreso involuntario es posible que preconice el necesitar más ingresos porque a su vez puede, como hemos dicho, estar en el núcleo de otros problemas: escasa conciencia de sus problemas por parte del paciente, descuido por tanto de los tratamientos y consultas tras el alta, enfermedad difícil de entender por familiares y entorno que tampoco ayudarán al enfermo. Todo ello provocará más recaídas y reingresos que además serán involuntarios.

Por su parte, el intento de autolisis serio sería tomado en principio como una situación grave, de emergencia, que obligaría al ingreso, mientras que en otras ocasiones es empleado casi conscientemente como maniobra para conseguir atención, ingreso, etc. y en ese sentido podría tomarse como preconizador de ingresos.

El tratamiento de larga estancia se reserva en nuestro medio para la persona que, tras múltiples ingresos en la unidad de agudos, parece no responder adecuadamente y en ese sentido, sería una clara consecuencia del hecho de estar ingresando a menudo, de sufrir patologías graves que a lo largo de los años para su tratamiento han precisado todos los dispositivos disponibles en la red de asistencia (hospital de día, centro de día, unidades de rehabilitación), además de las hospitalizaciones breves.

Análisis factorial de Varianza

Variable número de ingresos:

Tres variables clínicas, estancia acumulada, actividad global y cambio diagnóstico, matizaban las relaciones, una vez tenido en cuenta el efecto grupo, con el número de reingresos.

Las relaciones de la *estancia total acumulada* con el número de ingresos, dejando aparte las peculiaridades de distribución de los grupos en las diversas categorías como quedó dicho en el capítulo de resultados, quedan meridianamente claras y son de sentido común: tanto en los casos como en los controles la estancia total va creciendo con el número de ingresos.

La *EEAG* en sus relaciones con número de reingresos y teniendo en cuenta el efecto grupo (siempre presente y visible gráficamente por las puntuaciones más altas en todas las condiciones en el grupo de estudio que en el

grupo control) nos descubre que, en razón de su interacción con el grupo y no por sí sola, el número de reingresos se mantiene al mismo nivel cuando las puntuaciones en la EEAG son bajas o medias y desciende cuando la EEAG es alta siempre que estemos hablando del grupo control. Mientras que en el grupo de estudio, siendo parecido el número de ingresos cuando la EEAG es baja o alta, desciende bastante cuando ésta es "media".

En relación a los controles, pensaríamos que en condiciones habituales, sería lógico que se produjesen menor número de ingresos si el nivel de funcionamiento medido por la EEAG y al tiempo del ingreso es más alto (o dicho de otro modo, sería más frecuente encontrar niveles bajos de funcionamiento al tiempo de ingresar que encontrar niveles más altos).

Al estudiar el comportamiento de esta variable en los casos, evidenciamos un comportamiento más caprichoso. Es más corriente encontrar ingresos en condiciones tanto altas como bajas del nivel de actividad que en condiciones de funcionamiento "medio" (menos ingresos de los reingresadores dispondrían de un nivel de funcionamiento medio al tiempo de la hospitalización). Véase la Figura 4.

No parece sencillo de explicar su causa, toda vez que la distribución entre las tres categorías de EEAG es muy semejante para los casos y para los controles.

Tendríamos que aceptar que, en los frecuentadores de la hospitalización así como es posible encontrar una parte de ellos con un funcionamiento psicosocial bastante deteriorado y que reclamaría el ingreso, es igualmente posible para otra parte de ellos ingresar "funcionando bien", es decir sin que la EEAG cuente como criterio de ingreso. Y ello podría estar relacionado con que, al lado de una casuística grave, psicótica, crónica, con problemas hasta de subsistencia, etc. (factores en que, como hemos visto, se insiste en los trabajos revisados), también hay casos de "neuróticos"/ trastornos de la personalidad y otros diagnósticos que no necesariamente implican esa gravedad y correspondiente deterioro.

Los *cambios diagnósticos* que se producen a lo largo de los ingresos, teniendo en cuenta el grupo al que se pertenece y en relación con el número de ingresos, detectan una situación peculiar y es que el grupo control no ofrece cambios valorables en sus diagnósticos, a lo largo de sus "pocos" ingresos y como cabe suponer por ese simple hecho, mientras que para el grupo de estudio cuanto más acusados son los cambios de más número de ingresos dispone, o mejor, cuantos más ingresos realiza más cambios diagnósticos del Eje I se producen. Parece lógico y ello está en relación con muchos factores como ya hemos explicado anteriormente.

Otra serie de *variables temporales derivadas* presentaban relaciones con el número de reingresos:

Estudiando la *densidad de ingresos* en relación con el número de reingresos y teniendo en cuenta el efecto de grupo, detectamos, en razón tanto de las variables como de su interacción, que existía una relación lineal positiva entre la densidad y el número de reingresos en el grupo de estudio lo cual parece lógico, pero sin que sucediese lo mismo en el grupo control, donde ocurría una tendencia en general opuesta (aunque no significativa) a disminuir el número de reingresos con el aumento de la densidad y especialmente una bajada espectacular de reingresos cuando la densidad es "media".

Sucede en el grupo control, que la mayor parte de los sujetos presentan la densidad que hemos llamado "media", que es de 1, fruto de dividir un único ingreso por un solo año ingresando; esa es la condición central del grupo. Y que en el resto de sujetos (alrededor de un 30%) se pueden dar dos condiciones opuestas: o ingresar varias veces espaciadamente (a lo largo de varios años) o ingresar varias veces (aunque un poco menos de media que en el caso anterior) de forma rápida, en poco tiempo. Esto viene a matizar lo dicho antes de esta variable; se produce pues, un fenómeno artificial de asignación de un valor 1 a muchas personas y reparto peculiar en la categoría central de las mismas en el grupo control.

En el grupo de estudio se dispone de muchos ingresos y muchos años ingresando y los sujetos se distribuyen más en las categorías densidad baja y alta que en la media, mientras que en los controles sucede lo contrario. En todo caso es notorio que el índice ocurre de una manera distinta en cada grupo lo que abunda en sus diferencias.

La variable *intervalo sin ingresos* explorada conjuntamente con el efecto grupo nos revela además de efectos significativos de las dos variables, los de la interacción entre ambas (Véase la Figura 2).

En el grupo de estudio, cuanto mayor es el intervalo sin ingresar menor es el número de ingresos, lo que parecería de sentido común, mientras que en el grupo control, cuanto mayor es el intervalo sin ingresar mayor es el número de ingresos, lo que parece contradictorio.

Además de esta "tendencia", sucede en los dos grupos que cuando el intervalo sin ingresos es "medio" aumenta mucho el número de reingresos.

Como en el caso de la variable anterior, sucede un artefacto a la hora de agrupar la variable que se corresponde con una asignación forzada de los controles a intervalo 0.(fruto de dividir los años de ausencia(0 para la mayoría de los sujetos) entre un único ingreso, lo que hace poco interpretable el resultado.

Por otra parte, la correlación positiva en el grupo control cuando se explora separadamente, significaría que, cuando es distinto de 0, cosa que sucede en pocos casos, cuanto mayor es el intervalo sin ingresos más ingresos se registran. Esos pocos casos que se separan un poco de la norma de controles (11) disponen de más de 1 ingreso con lo cual es más fácil que se produzca en ellos algún intervalo sin ingresos mayor de 0, lo que produce este segundo artefacto, en todo caso característico del grupo control y por tanto lo que le hace diferente.

La inflexión positiva en el punto medio, es poco interpretable en el grupo control ,porque sólo hay un representante de esa condición, y en el grupo de estudio nos haría ver que hay por así decir una condición ideal de intervalo sin ingresos (aparte de la tendencia genérica negativa) en la que se dan el mayor número de ingresos en esta muestra y que es un valor medio (0,2) frente a valores inferiores o superiores. Podría existir una cadencia entre ingresos/ ausencias, o un ritmo peculiar de ingresos por los motivos que fuere que llevaría emparejado la consecuencia de reingresar más veces. O quizás simplemente, cuando se tienen en cuenta los años de observación que hemos considerado, muchos de los reingresadores se situarían en un intervalo sin ingresos promedio de 0,2 (4 años de los 18 que no han estado presentes).

Cuando categorizamos la variable años empleados en ingresar (*Ciclo2*) y la investigamos teniendo en cuenta el efecto grupo sucede, como dijimos antes, que en los casos el número de ingresos es bastante similar en las 3 categorías en las que existen representantes (no los hay en la categoría "< 3 años"), tendiendo a un ascenso según el ciclo se hace de más años, y los sujetos se reparten homogéneamente en dichas categorías; mientras que en los controles la mayoría se agrupan en la categoría "< 3 años" habiendo pocos representantes en las demás y asociándose en la primera a un número mínimo de ingresos y en las restantes a un número que parece variar aleatoriamente: en general tendería a ascender según los ciclos se hacen de mayor número de años pero ocurre un pico fuera de lógica de 5,33 ingresos cuando se emplean 8-12 ingresando y una bajada hasta 2,67 en el ciclo siguiente de 13-18 años que en los casos es el que se asocia a mayor número de ingresos. Daría la impresión de que los controles podrían ir aumentando el número de ingresos hasta haber empleado un número determinado de años pero más allá se agotarían y esto les haría igualmente diferentes a los casos que persistirían con una presencia regular durante todo el tiempo. Aunque un sujeto control puede haber estado presente en intervalos tan grandes como el último (13-18 años) teniendo pocos ingresos, el número de ellos es despreciable. Para los controles, pues, su situación se resolvería en estar presentes la mayor parte de ellos en un ciclo de escasos años y con pocos ingresos mientras que los casos persistirían con una

presencia regular, durante muchos años y un número de ingresos también regular (Véase la Figura 5).

En suma, las relaciones que se establecen con la primera de las variables definitorias del ingresador múltiple diremos que el número de reingresos se ve matizado por la estancia total acumulada que tanto en los casos como en los controles va creciendo según crece el número de éstos; por la actividad global en el momento del primer ingreso que en razón de su interacción con el grupo y no por sí sola hace que el número de reingresos en el grupo control descienda cuando es alta mientras que en el grupo de estudio se produzca un descenso cuando la EEAG es media lo que parecería dar a entender que hay dos tipos de reingresadores en cuanto a la EEAG; los que ingresan teniendo un nivel de funcionamiento bajo (cosa previsible) y los que ingresan teniendo un nivel de funcionamiento "bueno" (cuestión más llamativa) y que podría estar emparentada con las distintas patologías y circunstancias que afectan a los reingresadores. Una tercera característica, los cambios diagnósticos afectan únicamente a los reingresadores y se hacen en ellos más importantes cuanto más ingresos tengan.

En lo que se refiere a las variables temporales la densidad de los ingresos en los frecuentadores crecía con el número de reingresos (detectándose

en el grupo control artefactos de categorización); igualmente el intervalo sin ingresos descendía en aquellos según aumentaba el número de reingresos (también había problemas de categorización en el grupo control) y se daba una inflexión positiva (mayor número de reingresos) en intervalo "medio" en ambos grupos, punto éste del intervalo que parecía reunir las condiciones de ausencia/presencia ideales para que sucediera el mayor número de reingresos. El periodo empleado en ingresos categorizado demostraba que entre los frecuentadores el número de reingresos tendía a ir ascendiendo con las categorías que implicaban más años, mientras que en el grupo control originaba un exceso de representantes de una categoría inicial inexistente en los reingresadores (ciclo < 3 años) y unas oscilaciones en cuanto a número de reingresos distribuidos entre ellas que sugerían el agotamiento de los mismos en ciclos de menor duración.

Variable periodo 2 (años ingresando)

Una variable sociodemográfica (edad), tres variables clínicas (estancia acumulada, diagnóstico en Eje I y diagnóstico en Eje IV), así como el número de reingresos, matizaban las relaciones, una vez tenido en cuenta el efecto grupo, con periodo2 (número de años empleados en los ingresos).

La *edad* en el episodio índice por sí sola no se relaciona con el número de años ingresando pero sí lo hace en virtud de la interacción con la variable grupo. Cuando las edades de los sujetos considerados al tiempo del primer

ingreso son "medias" (30-46 años), si pertenecen al grupo de estudio, originarán un mayor número de años ingresando (en relación a edades bajas o altas), mientras que si pertenecen al grupo control se produce una disminución de años ingresando.

Aparte de lo anterior, en el grupo de estudio descienden los años ingresando cuando la edad al inicio es alta con respecto a las otras edades, mientras que en el control se eleva ligeramente en las mismas condiciones (Figura 6).

En los estudios revisados se habla de las edades jóvenes como factor de riesgo para reingresar. Aquí, en los reingresadores, medido el fenómeno por los años que permanecen ingresando, lo que comprobamos es que si bien con las edades jóvenes se asocia un buen número de años ingresando, es con las que hemos llamado "medias" (30-46 años) con las que crece el número de años ingresando y que además, en los controles, es en estas edades en las que se acorta el periodo ingresando. Quizás, sea de nuevo la patología la que explique estos contrastes, puesto que, el único hecho notable que se produce en estas edades entre los reingresadores es que, en comparación con los controles, tienen muchos más casos de trastorno afectivos (bipolares y depresiones mayores) que en teoría podrían estar más años ingresando, mientras que en los controles hay algunos casos más de alcoholismo-abuso de sustancias y de patologías menos definidos (sin diagnóstico en el Eje I, aplazados y alteraciones conductuales).

Las relaciones de *la estancia total acumulada* en los ingresos con el período de años ingresando controlando el efecto grupo, nos desvelaron además de que los casos disponían de una estancia mucho mayor que los controles, que éstos últimos cuantos más años hubiesen pasado ingresando mayores estancias acumulaban, mientras que en los casos no se podía demostrar esta relación positiva. En teoría no necesariamente se ha de estar presente ingresando muchos años para conseguir estancias acumuladas largas, se pueden ingresar pocos años pero muchas veces y pocas veces pero más largo tiempo. En nuestro caso la mayoría de las estancias más largas correspondieron a procesos psicóticos difícilmente controlables que empleaban mucho tiempo en la unidad de agudos por no disponer de unidades de media-larga estancia y a patologías "neuróticas" que ingresaron muchas veces en poco tiempo. Sin embargo, como se vio en las relaciones de esta variable con el número de ingresos quedaba claro que cuantos más ingresos mayores estancias.

Las relaciones entre el *diagnóstico principal del Eje I* cuando lo agrupábamos en nueve categorías y el periodo empleado en hacer los ingresos, controlando el efecto grupo, nos desvelaron algunos matices en razón de la interacción del diagnóstico con el grupo y no del propio diagnóstico (como vimos en el estudio comparativo casos-contróles los diagnósticos no eran significativamente diferentes, aunque hacíamos notar algunas peculiaridades). Aquí se perfila una relación que allí pasaba desapercibida: Mientras que en el

grupo de estudio emplean más años ingresando los sujetos con diagnósticos como "neuróticos-personalidad-otros" y trastorno por uso de sustancias, seguidos de las psicosis típicas, los trastornos bipolares y las depresiones mayores, en el grupo control son las psicosis típicas las que más tiempo emplean seguidas de los trastornos distímicos-adaptativos y las depresiones mayores, mientras que precisamente los trastornos neuróticos, que en el grupo de estudio son los que más años están presentes, en este grupo son los que menor número de años ingresando originan. Los mismos trastornos en el grupo de estudio, como efecto general, se dejan ver más en un período de observación de 18 años que en los controles lo que hablaría de distinta gravedad y pronóstico de los mismos o de factores añadidos a la propia patología que les harían persistir ingresando y por otra parte, dentro de esta gran distancia entre grupos, algunos trastornos que parecen deparar más años de permanencia en un grupo en el otro pueden ser los que menos permanencia originen (tal parecería el caso de los trastornos por uso de sustancias, los trastornos distímicos / adaptativos y los neuróticos) Véase la Figura 10.

La existencia de *diagnóstico en el Eje IV*, y no por sí mismo sino en razón de su interacción con el grupo, provoca que si se pertenece al grupo de estudio y se dispone de diagnóstico en Eje IV se acorte el número de años ingresando, mientras que si se forma parte del grupo control se alargue el número de años ingresando. En anteriores trabajos (Linares y cols, 2002) nos ha

parecido entender que el papel de los estresores o problemas psicosociales y ambientales en un grupo de reingresadores puede estar limitado en el tiempo provocando un mayor número de ingresos en un tiempo recortado pero no necesariamente la permanencia a lo largo de los años, lo que estaría de acuerdo con el comportamiento esperable de las condiciones que afectan a este Eje; descompensaciones agudas cuando suceden y alivio posterior si se ha dado alguna respuesta o se ha logrado asumir la situación. Que en el grupo control suceda lo contrario puede estar relativizado por el hecho de su ya de por sí corta permanencia; es posible que en ellos precisamente porque sus años de ingreso son habitualmente pocos los problemas añadidos agraven la situación y prolonguen la permanencia. (Figura 11).

En cuanto a las relaciones existentes entre el *número de reingresos* y el periodo de tiempo que se tarda en hacerlos, teniendo en cuenta el efecto grupo, no se dejan estudiar fácilmente dado que existe un desfase de categorías entre los dos grupos que deja muchas de ellas sin representantes por la propia definición de reingresadores múltiples que requiere "muchos" ingresos cuando no pueden existir en el grupo control y a la inversa. Como decíamos en el capítulo de resultados, estudiando por separado en cada grupo estas relaciones, el número de reingresos correlaciona positivamente con el número de años ingresando en el grupo control, lo que parece de sentido común, sin embargo no se detecta correlación en el grupo de estudio (siendo de signo positivo no llega

a la significación estadística), donde imaginaríamos en principio el mismo hecho.

No deja de ser curioso que, si dividimos el período en las tres variables que hemos distinguido (período1-período2-período3), y estudiamos la relación con el número de ingresos, obtenemos que con período 1 la correlación es negativa y significativa ($r = - 0,32$; $p = 0,004$) y con período3 es positiva y significativa ($r = 0,69$; $p = 0,000$). Es decir, considerando únicamente el grupo de estudio y sólo el tiempo empleado hasta que los individuos se convierten en casos (período1) la relación es negativa: a mayor número de reingresos (hasta los 8 exigidos en ese momento) menor período o viceversa (se captan todos los que se realizan rápidamente y ninguno después de los 8).

Si consideramos período 3 (años que siguen ingresando tras ser casos) la correlación es positiva: a mayor número de ingresos mayor período empleado (aquí ya se capta todos los reingresos que sobrepasan los 8 primeros, es más probable que se espacien más después de haber pasado los primeros y además los que sólo disponen de 8 puntuarán con 0 años porque no sobreviven ningún año más).

Y si se considera el período2 que abarca todos los años presentes, como decimos no se decide ningún tipo de correlación. Creemos, no obstante, que sería más informativo utilizar todo el período de años de que disponemos (período2) y en ese caso, como decimos, se desdibuja la relación; daría tiempo

a diluirse el número de ingresos entre los años observados y a originar una relación menos definida.

Otra serie de *variables temporales derivadas* presentaban relaciones con el periodo de años utilizado en cumplimentar los ingresos. Al estudiar la relación con la variable *cierre*, nos ocurre que en el grupo de estudio, como podría parecer lógico, según aumenta el número de años transcurridos tras el último alta disminuye el número de años que se han empleado ingresando, sin embargo en el grupo control no sucede lo mismo y según vimos en el capítulo de resultados „el efecto discordante entre grupos sucede en el punto de partida de "cierre bajo", en el que el grupo control dispone de menos años ingresando de los que debían corresponderle si siguiera el mismo comportamiento que el grupo de estudio. Cuando se está hablando, en general, de pocos años de permanencia (en el caso de los controles) es de suponer que las relaciones con la variable cierre no puedan establecerse tan linealmente como ocurrirían si hablamos de muchos años de presencia y que puedan ser más espurias en cualquier categoría de las tres en que hemos dividido la variable.

La densidad de ingresos en su relación con periodo y teniendo en cuenta el grupo al que se pertenece, se comporta correlacionándose negativamente en los dos grupos: a mayor densidad menor número de años ingresando; esto sería lo lógico, sin embargo, en razón de la interacción entre las variables grupo y densidad, se introducen nuevos matices en las relaciones: cuando hablamos del grupo de estudio el descenso de los años ingresando conforme la densidad se va

haciendo más alta es más homogéneo, mientras que en el grupo control, cuando la densidad es media el descenso de años ingresando es más acusado de lo que debería ser. Estamos ante las mismas peculiaridades descritas para esta variable en su relación con el número de reingresos (Figura 8) y que consideramos allí artefactos.

Las relaciones del *intervalo sin ingresos* con los años empleados en ingresar, teniendo en cuenta el efecto grupo, quedan mejor reflejadas y se pueden reducir a que, en los dos grupos (estudio y control), el intervalo sin ingresos se correlaciona positivamente con el número de años ingresando; cuantos más años se emplean ingresando más años de ausencia existen o viceversa. Parece que se dan más posibilidades de ausencias cuando se dispone de más años de presencia ingresando (Véase Figura 9).

Al estudiar esta variable en sus relaciones con el número de ingresos vimos que tenía algunas peculiaridades por efectos de su interacción con grupo: correlación negativa en los casos, positiva en los controles y efecto provocador de mayor número de ingresos del intervalo medio para los dos grupos, cuestiones que atribuíamos a una asignación forzada a intervalo 0 y las distribuciones resultantes, sin cerrar la puerta a un intervalo "ideal" para provocar mayor número de ingresos. Con la variable periodo, sin embargo, las relaciones son más claras: la correlación es positiva tanto en casos como en controles.

Resumiendo, las relaciones que se establecen con la segunda de las variables definitorias del ingresador múltiple, diremos que el número de años ingresando se ve matizado por la edad, en virtud de la interacción con grupo, en el sentido de que edades medias en los frecuentadores se asocian con un mayor número de años ingresando, cuando en los controles lo hacen con una disminución de años ingresando y edades altas en el primer ingreso en los frecuentadores se asocian con una disminución de años ingresando y en los controles con un aumento de años ingresando (cuestión que atribuimos a las distintas patologías existentes en los grupos); que la estancia acumulada en los controles, pero no en los casos, crecía con los años ingresando; que los diagnósticos que más años empleaban ingresando en los frecuentadores eran los trastornos "neuróticos-personalidad-otros" y trastorno por uso de sustancias, seguidos de las psicosis típicas, los trastornos bipolares y las depresiones mayores, mientras que en los controles eran las psicosis típicas las que más tiempo empleaban seguidas de los trastornos distímicos-adaptativos y las depresiones mayores y en último lugar los trastornos neuróticos que precisamente en el grupo de estudio son los que más años emplean; que la existencia de diagnóstico en el Eje IV y no por sí mismo sino en razón de su interacción con el grupo provoca en los frecuentadores disminución del número de años ingresando y en los controles aumento del número de años ingresando (lo que explicábamos por el efecto relativo de los problemas en ciclos de

ingresos más cortos o más largos) y que el número de reingresos correlaciona positivamente con el número de años ingresando en el grupo control mientras que esta relación se desdibuja en los frequentadores (al tener en cuenta el número total de años en los que ingresan).

Respecto a las variables temporales la densidad de ingresos correlaciona con periodo negativamente en los dos grupos: a mayor densidad menor número de años ingresando pero en razón de la interacción entre grupo y densidad se detecta en el grupo de estudio un descenso de años ingresando, (según la densidad se va haciendo más alta), más homogéneo que en el grupo control en el que ese descenso se hace más brusco de lo esperado cuando la densidad es media (cuestión que por otra parte atribuíamos a los artefactos de categorización de la variable); el intervalo sin ingresos se correlaciona positivamente con el número de años ingresando tanto en los casos como en los controles; y la variable cierre en el grupo de estudio correlaciona negativamente con años ingresando mientras que en el grupo control cuando el cierre es bajo (pocos años transcurridos desde el último ingreso) dispone de menos años ingresando de los que debían corresponderle si siguiera el mismo comportamiento que el grupo de estudio (cuestión que atribuíamos a un efecto más aleatorio de la variable cierre cuando la cantidad de años ingresando es poca).

Variable estancia total

Esta variable, como definitoria de los reingresos múltiples, es la que más relaciones establece con las estudiadas: la variable estado civil, las variables clínicas estancia en el episodio índice, tipo de estancias, diagnóstico en el Eje I, comorbilidad en el Eje I, abuso de sustancias y tratamiento en unidades de larga estancia, el número de reingresos, así como la serie de variables temporales derivadas, y una vez controlado el efecto grupo, presentaban relaciones con ella:

El *estado civil*, en razón de su interacción con el grupo y no solo por sí mismo, matiza las relaciones con la estancia total acumulada (Véase Figura 16). Cuando comparábamos los casos y controles veíamos que la significación estadística quedaba al borde lo exigido, parecía que no se podían establecer diferencias entre grupos. Sin embargo, en el estudio de regresión logística detectamos que el estar casado hacía de protector de reingresos con respecto a estar soltero y el estar viudo o separado aumentaba el riesgo de reingresar, tal como parecía ser el sentir de la literatura. Aquí introducimos otra matización más, detectada al analizar la interacción de las variables grupo-estado civil: si definimos el reingresador como la persona que acumula grandes estancias en el hospital y lo comparamos con los controles podemos asegurar que el estado civil viudo/ separado efectivamente dispara la estancia en el hospital pero sólo si se es reingresador, mientras que en circunstancias normales (esto es si se pertenece a los controles) no sólo no se aumenta la estancia sino que se

disminuye. Es decir, que pese a que determinados estados civiles de por sí no llevarían a reingresar más (en concreto en este caso a acumular más estancia), cuando se unen a otras condiciones implicadas en el concepto de reingresador contribuyen exasperantemente a hacerlo.

De las relaciones de la *estancia en el primer ingreso* con la estancia total acumulada en sucesivos ingresos, teniendo en cuenta el efecto grupo, diremos que parece claro que cuanto mayor es la estancia en el primer ingreso mayor es la estancia total tanto en casos como en controles. Es probable además que un mismo tipo de patología o individuo origine un tipo predominante de estancias a lo largo de sus ingresos en cuanto a su duración; de hecho dentro de la variable tipo de estancias que analizaremos a continuación vemos como la mayoría de los sujetos se dejan tipificar en categorías que sólo disponen de estancias cortas o sólo medias o como mucho de dos tipos y sólo una categoría abarca "todo tipo de estancias". Si esto sucede así es lógico por acúmulo de ingresos que se de la correlación encontrada.

Las relaciones del *tipo de estancias* con la estancia total teniendo en cuenta el grupo se prestan a dificultades de interpretación por la interacción tipo de estancia-grupo.

Mientras que en los reingresadores parece conseguir unas estancias lógicas (estancias de tipo corto únicamente acumularían menos días totales, le

seguirían las cortas-medias, luego las medias sólo, luego las medias-largas y en el último grupo en que coexisten estancias de todo tipo volvería a bajar la estancia acumulada), en el grupo control parece darse un contrasentido al acumular muchísimos más días las estancias cortas-medias que las medias e incluso más que las medias largas. La explicación radica otra vez en los artefactos de distribución en categorías con muy escasos componentes en algunas que no pueden llegar a representar la categoría (Véase la Figura 17).

En la variable *diagnóstico Eje I* (compactado en cuatro grupos) descubrimos la influencia de los diagnósticos sobre la estancia total, viniendo dada tanto por el grupo, como por el diagnóstico en sí, como por la interacción entre ambos. Por una parte, los trastornos psicóticos y afectivos condicionan en general mayores estancias acumuladas y por la otra, siendo esto verdad tanto para los reingresadores como para los controles, el efecto es mucho más notorio en los primeros, lo cual es lógicamente esperable como efecto de multiplicar la misma estancia (ya de por sí mayor en estos dos grupos) por un número de ingresos mayor en el grupo de estudio que en el de controles.

Al respecto de la *comorbilidad del Eje I* decíamos en el capítulo de resultados que ,en general, se portaba como un reductor de la estancia total, tanto en el grupo de estudio como en el grupo control, lo que parecería contrario al sentir común (Véase la Figura 19). Lo más seguro es que en ello

haya un efecto de interferencia con el tipo de patología. Comprobamos que en muchas personas que disponen de un segundo o tercer diagnóstico en el Eje I resulta que hay muchas condiciones acompañantes a un primer diagnóstico de abuso/ dependencia de alcohol o sustancias, como por ejemplo algún tipo de síndrome depresivo o ansioso, o de alteración de conducta. En estos casos sabemos que es fácil esgrimir ese tipo de trastorno (más presentable que el propio alcoholismo) con la finalidad de ingresar y que en escasos días se revelará como poco consistente precipitando un alta por parte del propio paciente o del médico. Otra condición es el diagnóstico depresión mayor-distimia con el que igualmente podría suceder algo parecido. Con los abusos de alcohol o sustancias de los psicóticos podría igualmente repetirse el caso, al menos con los abusadores de alcohol. En estos supuestos se podrían precipitar más ingresos pero a la vez más cortos.

La *coexistencia de abuso de sustancias*, según vimos en el capítulo de resultados, también se portaba como un reductor de las estancias totales cuando la sustancia era alcohol y en ambos grupos, mientras que si las sustancias consideradas eran otras en el grupo de estudio alargaba la estancia total y en el control la disminuía. Esta situación refleja la experiencia clínica de la corta estancia en la mayoría de los ingresos de los alcohólicos que constituyen el grupo más nutrido de abusadores de sustancias en nuestro medio y que se reduce al período de desintoxicación de unos 8 días y posterior salida a otros dispositivos o a su domicilio. Mientras que los abusadores de otras sustancias

suelen originar unos ingresos todavía mucho más cortos (incidencias agudas) cuando hablamos de un grupo control y más largas en el grupo de estudio porque suele tratarse de otro tipo de patologías psiquiátricas que se han complicado con el abuso de sustancias y originan a su vez peor cumplimiento terapéutico, evolución más tórpida de las condiciones psiquiátricas, etc.

El *tratamiento en unidades de larga estancia*, teniendo en cuenta el efecto grupo, origina unas estancias totales más altas, efecto que se mantiene cuando hablamos del grupo de estudio, se diría que estas personas que necesitan tratamientos a largo plazo originan también en la unidad de agudos mayores estancias. Sin embargo, en los controles está invertida esta relación; si se ha recibido un tratamiento de este tipo la estancia total en la unidad de agudos ha sido menor (Figura 21). Cabe pensar que en el grupo control, donde todavía no se han realizado tantos ingresos, si desde el principio se ha indicado tratamiento en una unidad de larga estancia éste haya sido eficaz previniendo nuevos ingresos en la unidad de agudos, bien por el efecto del tratamiento o simplemente porque al permanecer en la unidad de larga estancia no haya dado tiempo a hacerlos.

En lo referente a la influencia del *número de reingresos* sobre la estancia total ya quedó explicada al analizar la primera: tanto en los casos como en los controles la estancia total va creciendo con el número de ingresos.

Una serie de *variables temporales derivadas* presentaban relaciones con la estancia total:

La *densidad de ingresos* afecta a la estancia total acumulada, en general de la misma manera en los dos grupos: correlacionan positivamente; a mayor densidad de ingresos más días de estancia total corresponden, como parecería lógico a primera vista, a pesar de que el efecto de bajada de la estancia cuando la densidad es media afecta más a los controles que a los casos (no hasta grados significativos puesto que la interacción no es significativa y ya vimos algunos artefactos que ocurrían en la categorización). Figura 13.

El *intervalo sin ingresos*, no por sí mismo, sino por su interacción con el grupo, establece matices en la estancia acumulada (Figura 14). Existe una gran divergencia entre los dos grupos cuando tienen un intervalo sin ingresos bajo (para el grupo de estudio en estas condiciones ocurre la máxima estancia mientras que para el control es la mínima) y con intervalo medio, el grupo de estudio baja la estancia mientras el grupo control la sube.

En un estudio de correlaciones bivariantes por separado para los grupos ocurre que, en el grupo de estudio el intervalo correlaciona negativamente con la estancia total, mientras que en el grupo control lo hace positivamente. En este mismo sentido se producían las relaciones de esta variable con el número de reingresos en los dos grupos, mientras que en su relación con periodo sucedía una correlación positiva en ambos grupos. Aparte de ello, ya vimos las

irregularidades que se producían en la categorización de la variable intervalo y que creíamos eran las que estaban en el fondo de este comportamiento.

Los años transcurridos tras el último alta registrado (*cierre*) se comportan haciendo descender los días de estancia acumulada según se va pasando de un cierre bajo a uno medio y a uno alto. Pero su interacción con el grupo matiza la relación en el sentido de que en el grupo de estudio se produce un descenso de la estancia total más pronunciada en la zona media del cierre (cuando se lleva sin ingresar 1-3 años desde el último alta) para volver a ascender cuando el cierre es alto. Esto no sucede en el grupo control en el que se manifiesta el descenso progresivo de la estancia total según se va considerando cierre bajo-medio-alto (Figura 12).

Comparando este comportamiento con el que tiene la misma variable cierre con la variable periodo (años ingresando) parece chocante puesto que la homogeneidad en el descenso, allí se producía en el grupo de estudio (lo que además parecía más de sentido común en razón de la existencia de mayor número de años realizando ingresos), ocurriendo en el control las peculiaridades de una discordancia en el punto inicial de cierre bajo; menos años de los que parecerían corresponderle con una subida en el cierre medio (rasgos que atribuíamos a un posible efecto aleatorio sobre períodos de ingreso más reducidos de los controles).

Por supuesto, estamos hablando de dos cosas distintas; años en cumplimentar ingresos allí y estancia total aquí. La distribución de ambos grupos en las tres categorías de cierre es buena por lo que no se espera un artefacto. La estancia (suma de todos los ingresos) desde luego no tiene por qué relacionarse linealmente con los años que falta el sujeto al tiempo del cierre, pero no encontramos una explicación satisfactoria a lo que ocurre aquí.

A modo de resumen de las relaciones detectadas con la tercera variable definitoria del ingresador múltiple, una vez tenida en cuenta el efecto grupo, diremos que la estancia total acumulada se ve matizada por el estado civil en razón de su interacción con el grupo, en el sentido de que el estado viudo/separado aumenta la estancia acumulada en el hospital en los reingresadores y la disminuye en los controles (lo que parecía implicar más factores típicos de los reingresadores, aparte del estado civil, en el efecto); por la estancia en el primer ingreso que correlaciona positivamente con la estancia total tanto en los casos como en los controles; por el tipo de estancias, que mientras en los reingresadores establece un patrón lógico en relación a la estancia total en el grupo control sufre irregularidades que podrían de nuevo deberse a artefactos de categorización; por el diagnóstico Eje I que nos descubrió que los trastornos psicóticos y afectivos condicionan en general mayores estancias acumuladas, siendo el efecto más notorio en los reingresadores (por acúmulo de ingresos); por la comorbilidad del Eje I que se

portaba como reductor de la estancia total (probablemente condicionada por las patologías recogidas en el primer diagnóstico); por la coexistencia de abuso de sustancias que también se portaba como un reductor de las estancias totales cuando la sustancia era alcohol y en ambos grupos, mientras que si las sustancias consideradas eran otras en el grupo de estudio alargaba la estancia total y en el control la disminuía (de nuevo lo condicionamos a las peculiaridades de la patología); por el tratamiento en unidades de larga estancia que originaba unas estancias más altas en el grupo de estudio pero más reducidas en el grupo control y por el número de reingresos que tanto en los casos como en los controles establece una relación lineal positiva con la estancia total.

En cuanto a las variables temporales derivadas, la densidad de ingresos afecta a la estancia total acumulada, en general de la misma manera en los dos grupos: correlacionan positivamente; el intervalo sin ingresos, en razón de su interacción con el grupo hace que cuando es pequeño en los casos se originan estancias máximas mientras que en los controles son mínimas, y cuando es medio los casos bajan la estancia mientras los controles la suben (lo que podría depender de la existencia de artefactos); y el cierre en general hacía descender la estancia total según él aumentaba, añadiendo al grupo de estudio un descenso inesperado de estancia cuando era "medio" (para lo que no encontramos una explicación satisfactoria).

Recopilando los rasgos diferenciales que aportan estas tres variables a la caracterización de los reingresadores por comparación con los controles, y olvidándonos ahora de las notas comunes a los dos grupos o de las peculiaridades de los controles, diremos que en los frecuentadores de la hospitalización:

a) el número de reingresos se ve afectado por:

- ✓ La actividad global en el momento del primer ingreso que cuando es "media" se asocia a un descenso del número de reingresos.
- ✓ Los cambios diagnósticos que afectan únicamente a los reingresadores y se hacen en ellos más importantes cuanto mayor número de reingresos tengan.
- ✓ La densidad de ingresos que crece con el número de reingresos.
- ✓ El intervalo sin ingresos que desciende según aumenta el número de reingresos y
- ✓ El ciclo empleado en ingresos que si es "largo" se asocia con un número alto de reingresos.

b) El número de años ingresando (período) se ve afectado por:

- ✓ La edad que cuando es "media" se asocia con un mayor número de años ingresando y cuando es "alta" con una disminución.

- ✓ Los diagnósticos de trastornos "neuróticos-personalidad-otros" y trastorno por uso de sustancias, seguidos de las psicosis típicas, los trastornos bipolares y las depresiones mayores que se asociaban con mayor número de años ingresando.
- ✓ La existencia de diagnóstico en el Eje IV que en razón de su interacción con el grupo provoca en los frequentadores disminución del número de años ingresando
- ✓ La densidad de ingresos que se asocia con un descenso homogéneo de años ingresando según la densidad se va haciendo más alta y
- ✓ El cierre que correlaciona negativamente con años ingresando

c) La estancia total acumulada se ve matizada por:

- ✓ El estado civil en razón de su interacción con el grupo, en el sentido de que el estado viudo/ separado aumenta la estancia en el hospital.
- ✓ El tipo de estancias, que establece una correspondencia lógica con la estancia total.

- ✓ El diagnóstico en el Eje I que nos descubrió que los trastornos psicóticos y afectivos condicionan mayores estancias acumuladas.
- ✓ La coexistencia de abuso de sustancias que cuando se refería a otras sustancias distintas del alcohol alargaba la estancia total.
- ✓ El tratamiento en unidades de larga estancia que se asociaba a unas estancias acumuladas más altas.
- ✓ El intervalo sin ingresos, en razón de su interacción con el grupo, que cuando es pequeño se asocia con estancias máximas y
- ✓ El cierre que se asociaba con un descenso inesperado de estancia cuando era "medio"

Todas estas peculiaridades ocurrían de manera diferente para los reingresadores que para el grupo control lo que aportaba una mayor diferenciación de los dos grupos.

Evolución general de los ingresos nuevos/reingresos

Siguiendo la evolución de los ingresos en nuestro servicio durante los años estudiados se observa la influencia de los períodos comentados en su instauración, consolidación, mantenimiento, posterior unión con los servicios

de la Diputación con un incremento importante de pacientes y de nuevo estabilización.

Nuestro grupo de ingresadores múltiples parece seguir las mismas vicisitudes en cuanto al número global de ingresos sucesivos. Sin embargo, desglosando los componentes nuevos vemos claramente que siguen otra tendencia; se produce un aumento cuando se está poniendo en marcha la asistencia psiquiátrica de hospital general que tiende a estabilizarse a la baja en los siguientes años, descendiendo a cifras mínimas hasta el año 95 cuando se unen los servicios en que se produce un leve repunte que ni siquiera llega a niveles previamente conseguidos y desde luego no traduce ni lo más mínimo el espectacular incremento experimentado en las hospitalizaciones. Ese repunte afecta a un solo año (1995) estabilizándose de nuevo a la baja los años siguientes y tendiendo a la desaparición (no hay nuevos casos en los dos últimos años).

Una vez que el número de ingresadores ha tomado auge a lo largo del tiempo no sería esperable que descendiese, tendría una inercia determinada; nuevos elementos sustituirían a otros que causarían baja y al compás del crecimiento experimentado globalmente sospecharíamos que también su parcela crecería.

Si observamos la Figura 23, nunca hubo tantos ingresadores múltiples nuevos como en el año 1986, cuando estaba creciendo la unidad de Psiquiatría

del Hospital General Yagüe, no estaban funcionando los equipos de salud mental y no se tenía la más mínima conexión con los servicios de crónicos, circunstancias, pues, ideales para propiciar la “puerta giratoria”. A partir de los años posteriores se van remediando estas deficiencias y los pacientes con ingresos múltiples nuevos tienden a ir descendiendo y algún año desapareciendo.

Es probable que la explicación de los hechos acaecidos desde 1995 resida en que al unificar los servicios nos habríamos encontrado con un pul de ingresadores múltiples que habrían sido los mismos en los dos servicios y el incremento por tanto fuese menor del esperable (aumento mínimo de este tipo de pacientes en 1995 con relación al aumento drástico del volumen global de ingresos).

Y por otra parte, la tendencia a continuar bajando hasta desaparecer en los últimos años podría estar en relación con la apertura de unidades de rehabilitación (Hospital de Fuente Bermeja) a las que, a pesar del difícil acceso, han podido ir a parar algunos de estos reingresadores múltiples, por ejemplo algunos pacientes psicóticos crónicos que integrados en estas unidades de media-larga estancia dejarían de ingresar tan a menudo en las unidades de agudos.

En resumen, da la impresión de que lo que estamos observando en este punto tenga mucho que ver con la organización de la asistencia psiquiátrica,

progresivamente más cuidada según han ido avanzando los años y en concreto con la creación de la Unidad de Psiquiatría de Hospital General (Hospital General Yagüe), la puesta en funcionamiento de los Equipos de Salud Mental, la reorganización de la asistencia psiquiátrica de la provincia con la integración de las unidades de agudos del Insalud y la Diputación, la creación de unidades de larga estancia (Hospital Fuente Bermeja) y el progresivo acceso a estos dispositivos.

En consonancia con el sentir de algunos autores (Klinkenberg y cols., 1996, 1998, 1999), e independientemente de las patologías y problemas psicosociales y ambientales que presentan estos pacientes, cuanto mejor esté organizado el sistema de asistencia psiquiátrica es probable que disminuya la necesidad de ingresar breve y repetidamente y que las deficiencias de dispositivos adecuados de asistencia psiquiátrica podrían ser los primeros provocadores del fenómeno de la frecuentación de la hospitalización de agudos.

O si se prefiere: "el sistema" en un momento determinado y por variadas causas (patologías, progresiva complicación del ejercicio médico, estilos de vida...; necesidad de ir a dormir a algún sitio!), va a estar asumiendo además de sus pacientes un grado más o menos notorio de "ruido", hasta que preocupados por ello (y no precisamente por razones médicas), se dé una respuesta más adecuada al problema.

Evolución de las variables del grupo de estudio

La *edad* de los pacientes, como es lógico, va aumentando a través de los sucesivos ingresos, de forma que para esta muestra de reingresadores de 81 pacientes crece a ritmo de 0,8 años por ingreso hasta el noveno ingreso (del que disponen todos), que traducido en otros términos supone que la muestra ingresa como media más de una vez por año y que como es lógico se va haciendo cada vez más vieja (Téngase presente para todo este apartado la Tabla XXIX del capítulo de resultados).

Los sucesivos ingresos originan *estancias* distintas como cabe esperar (las patologías aparecen más exacerbadas en unos que en otros, o suceden circunstancias agravantes o, al contrario, intervienen factores que la acortan, etc.), resulta curioso, no obstante, que se produzcan unos mínimos y unos máximos bastante distantes como ocurre en este grupo de reingresadores con el ingreso cuarto (mínima estancia; 16,1 días) y el octavo (máxima estancia para todo el grupo; 21,5 días), esporádicos y aparentemente caprichosos.

Algunos autores han descrito también estas variaciones. En el estudio de Lieberman y cols. [1998] se partía de la constatación de una tendencia a acortar las estancias psiquiátricas según ha ido pasando el tiempo y las repercusiones en cuanto a las probabilidades de reingreso en una cohorte de pacientes afectivos si bien no se encuentra relación entre estos hechos.

Nosotros observamos que las estancias de nuestro servicio a través de los años, pese a grandes variaciones (11 días de estancia media para algunos años y hasta 18 para otros) han aumentado de duración en los últimos 7 años tras haberse mantenido hasta 1993 en cifras más reducidas, cuestión que estaríamos tentados a poner en relación con la unificación de los dos servicios; el hecho de encontrarnos con patologías más cronificadas que no tenían otras salidas y la práctica psiquiátrica “menos apresurada” que nuestros colegas venían ejerciendo en su hospital.

Por tanto, las diferencias, que por otra parte no resultaron significativas tomándolas globalmente, habría que buscarlas probablemente en las propias variaciones anuales que sufre este parámetro de forma casual y en otros factores incidentes en la variabilidad del mismo como los cambios sucesivos de la asistencia psiquiátrica, el número aleatorio de outliers con estancias “inverosímiles” por casuísticas nuevas o por imposibilidad de utilizar otros dispositivos de asistencia más adecuados, etc.

También oscila el porcentaje de sujetos que *tienen diagnóstico de personalidad*, entre límites del 28,4% en los ingresos quinto y séptimo y el 40,7 del primero y del tercero. Aparecen porcentajes más altos en general en los cuatro primeros ingresos descendiendo posteriormente.

Pensaríamos, al contrario, que sería menos probable hacer un diagnóstico de personalidad en los primeros ingresos; se conoce menos al paciente, nos resistimos más a poner etiquetas, etc.; creeríamos que podrían ir aumentando los diagnósticos en el Eje II después, a la vista por ejemplo de una peor evolución, de unos peores resultados que achacaríamos a que habría implicado en el cuadro algún factor de personalidad y no nos quedaría duda de que en los últimos ingresos deberían aumentar estos diagnósticos, deberían “estar todos” una vez conocidos los pormenores del paciente y sus padecimientos. Pero no es así en nuestros datos.

El posible trasvase a lo largo del tiempo de diagnósticos (por ejemplo trastorno de personalidad hacia psicosis de que habla Kastrup en los trabajos citados) debería notarse en alguno de los grupos que por contraste trazaría la curva contraria pero tampoco lo descubrimos. Así, nos quedan otras interpretaciones mas aleatorias.

Podría producirse una falta de asignación del dato, un exceso de familiaridad con la patología del enfermo que llevaría a descuidar el diagnóstico de personalidad; podría en algún ingreso no ser relevante el diagnóstico del Eje II ante una patología más definida en el Eje I, etc.

El porcentaje de ingresadores múltiples que tienen *problemas psicosociales y ambientales* fluctúa entre un máximo de 67,9% señalado en los

ingresos primero y séptimo y un mínimo de 59,3% en el quinto. No parece marcarse ninguna tendencia según crece el número de ingresos.

Por otra parte, este tipo de problemas, como hemos señalado en otros lugares, parece que se manifiesta más en los pacientes que emplean un ciclo corto en sus ingresos, con lo que pudiera ser que su expresión fuese más visible coincidiendo con alguno de los ingresos.

El nivel de actividad global al tiempo del ingreso no experimenta grandes diferencias de un ingreso a otro, siendo mínimo para el quinto ingreso y máximo para el segundo. Tampoco se intuye ninguna tendencia según se va incrementando el número de ingresos. Como hemos creído ver en otros trabajos (Linares y cols., 2002,b) el nivel de actividad global se deterioraba en razón del número de años que el paciente estaba ingresando y no en relación con el número de ingresos.

La variabilidad del diagnóstico principal en el Eje I a lo largo de los ingresos es importante pese a no captarse diferencias estadísticamente.

Como decíamos, el grupo más estable donde se producen menos cambios a lo largo de los 9 ingresos es el de las psicosis. Serían cuadros aparentemente más consistentes a la hora de hacer un diagnóstico. Sin embargo,

en cualquiera de los otros tres y por este orden: neuróticos/ otros, TMO/TUS y afectivos se producen importantes oscilaciones.

En el primer caso, podría ser achacable al acúmulo de diagnósticos variopintos, no sólo los ya poco precisos "neuróticos" sino los englobados en la etiqueta "otros".

El siguiente grupo, también engloba además de los trastornos mentales orgánicos a los trastornos por uso de sustancias y en ellos a veces podrían señalarse condiciones mixtas consecuencia de la primera etiqueta; y los trastornos afectivos podrían igualmente trasvasarse hacia los psicóticos por una parte y hacia los adaptativos y distímicos por otra.

Este hecho de la variabilidad diagnóstica, señalada por otra parte por varios autores, como se vio en el capítulo introducción, lejos de tener una explicación sencilla como parecería insinuar Kastrup [1987], sería un hecho complejo en que se verían implicadas además de las características propias del diagnóstico psiquiátrico todas las señaladas más arriba al comentar las diferencias en cuanto a este parámetro entre los casos y los controles.

Patrones de ingresadores múltiples

Estudiando estos patrones caso a caso, pretendíamos encontrar alguna regla para clasificarlos en grupos, los hemos seguido por años de evolución empleados, intentando deducir individualmente por qué algunos completaban los ingresos en pocos años y desaparecían y otros hacían ingresos más pausadamente y a lo largo de muchos años.

Pensando en las relaciones con el diagnóstico no encontrábamos una explicación clara a su comportamiento.

Entre los que empleaban pocos años (3-5) parecían predominar los diagnósticos “neuróticos” (trastornos límite de personalidad, histriónico, distimia, facticio), pero también hubo algún representante de las esquizofrenias, depresiones mayores y un TMO.

Seguidamente, en los que emplearon 6-7 años predomina netamente las esquizofrenias y los trastornos bipolares, aunque también hubo un trastorno límite y una depresión mayor.

Incluso entre los siguientes (8,9,10 años) parecen seguir predominando las psicosis y afectivos, pero se entremezclan otros diagnósticos del grupo "Otros" y TMO/TUS con lo que teniendo en cuenta la prevalencia de estos en la muestra no se puede llegar a ninguna conclusión. El único caso que estuvo presente durante los 18 años era un trastorno bipolar; igualmente el único que

empleó 17 años era otro trastorno bipolar y entre los de 16 y 15 años también había algún representante con trastorno bipolar.

Aparte de constatar estos hechos sueltos, cuando hemos intentado agruparlos de la manera más intuitiva que se nos ocurría, teniendo delante las gráficas secuenciales de sus ingresos, obtuvimos la variable categorial período C (ciclo2) ya explicada en el capítulo de metodología.

Como ya vimos, al estudiar las diferencias entre casos y controles, la variable ciclo2 o periodo C establecía unas diferencias netas entre ellos; para empezar en el grupo control había que fabricar una nueva categoría no existente en los reingresadores que era la de aquellos que empleaban en hacer sus ingresos menos de 3 años y además en ella se clasificaban un 82% del grupo control siendo mínimos los componentes para el resto de categorías; por el contrario en el grupo de estudio se distribuían bastante uniformemente en las tres categorías diseñadas previamente y que comprendían ciclos de 3-7, 8-12 y 13-18 años respectivamente. Las diferencias entre los ciclos empleados por unos y otros eran significativas.

Teniendo en cuenta nuestros estudios previos sobre reingresadores así como las características evolutivas señaladas y habiendo vuelto a valorar en sus relaciones esta variable en la nueva muestra podemos concluir que en nuestros

frecuentadores distinguimos meridianamente tres tipos a los que asignaríamos las siguientes características:

Tipo 1.

Se trata de unos pacientes que emplean pocos años (3-7) en completar sus ingresos; tienen una densidad de los mismos por tanto alta (media de 2,5 ingresos por año); tienen un intervalo sin ingresos casi inexistente (0,03), lo que supone que ingresan prácticamente todos los años al menos una vez y disponen de más tiempo sin ingresar tras el último alta (aproximadamente 2,5 años sin ingresar). Ingresan más veces por problemas añadidos o distintos de la propia patología siendo diagnosticados más de lo esperado de trastornos de la alimentación, TMO y trastornos bipolares, son diagnosticados en mayor proporción también de problemas psicosociales y ambientales; hacen estancias de todo tipo de duración, con mayor frecuencia reciben también tratamientos en unidades de larga estancia y tienen muy pocos cambios diagnósticos a lo largo de sus ingresos.

Tipo 2.

Emplean algunos años más (8-12) en completar sus ingresos, la densidad de los mismos viene a ser menos de la mitad que la del grupo anterior (media de 1,2 ingresos por año); el intervalo sin ingresos sube a

0,4, lo que supone más distancia entre ingresos y disponen de un poco menos tiempo sin ingresar tras el último alta (media de 2,3 años). Como diagnósticos están más representadas las psicosis típicas y atípicas y se producen más cambios diagnósticos que en el tipo 1 pero son de los que hemos etiquetado como “mínimos”. Pocas veces sus estancias son calificadas de cortas.

Tipo 3.

Emplean muchos años (13-18) en completar sus ingresos, la densidad de los mismos es menor que en los dos grupos anteriores (media aproximada de 0,9 ingresos por año); tienen un intervalo sin ingresos un poco más alto (0,4) y disponen de poco tiempo sin ingresar tras el último alta (0,5 años). Como diagnósticos encontramos en exceso trastornos neuróticos y de personalidad, echándose en falta por otra parte los trastornos distímicos / adaptativos; se producen en ellos cambios diagnósticos importantes a lo largo de sus ingresos; frecuentemente disponen de ingresos involuntarios y de estancias de tipo corto-medio de duración.

Todas estas características nos demuestran que, desde una perspectiva evolutiva, los ingresadores múltiples parecen seguir determinadas incidencias habidas en la asistencia psiquiátrica y su progresiva complejización en nuestra

provincia como se señaló antes y que presentan en los diferentes ingresos pequeñas variaciones (no significativas desde el punto de vista estadístico, salvo el envejecimiento normal de la muestra) en cuanto a su estancia en los diversos ingresos (oscilaciones caprichosas o explicables también por los hechos acaecidos en la reorganización de la asistencia, patologías nuevas, incapacidad de utilizar otros dispositivos); los diagnósticos principales del Eje I (donde aparentarían mayor consistencia los trastornos psicóticos); del Eje II (más difícil de explicar y sujeto a discusiones y modas); del Eje IV (con un posible papel autolimitado en el tiempo) y del Eje V (aparentemente estable en sucesivos ingresos).

Además de ello, se pueden distinguir tres tipos de reingresadores que vendrían definidos por el distinto valor de las variables temporales derivadas (periodo, densidad, intervalo y cierre), especialmente densidad y periodo y una serie de características clínicas que les acompañan (véase la Tabla XXXIV).

TABLA XXXIV

Tipos de reingresadores

	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
Rasgos temporales			
<i>Período (años ingresando)</i>	3-7 (Media 5)	8-12 (Media 10)	13-18 (Media 15)
<i>Densidad (nº ing/período)</i>	2,55	1,14	0,89
<i>Intervalo (años ausen/perío)</i>	0,03	0,35	0,45
<i>Cierre (años desde último)</i>	2,52	2,33	0,48
Rasgos clínicos			
<i>Motivo de ingreso</i>	Problemas añadidos	-----	-----
<i>Ingresos involuntarios</i>	-----	-----	Sí
<i>Diagnóstico Eje I</i>	TCA, TMO, Bipolares	Psicosis típicas, atípicas	Neuróticos, Personalidad
<i>Diagnóstico Eje IV</i>	Sí	-----	-----
<i>Cambios de diagnóstico</i>	Inapreciables	"Mínimos"	"Importantes"
<i>Tipo de estancias</i>	Todo tipo	No estancias cortas	Cortas-Medias
<i>Tratamiento larga estancia</i>	Sí	-----	-----

Pese a todo, las fronteras entre estos tipos no son nítidas y aunque predominen a veces algunos diagnósticos por los que serían más identificables, coexisten con otros dentro del mismo tipo dando la impresión de que estamos hablando de trastornos que se expresan con diferente gravedad y pronóstico, independientemente de su diagnóstico.

Incluso si llegásemos a diferenciar patologías propias de cada tipo como parece insinuarse, la "cronicidad" que supone estar ingresando durante más años (como en el tipo 3) se compensaría con la intensidad que supone ingresar muchas veces en menos años (en el tipo 1).

Estamos hablando de individuos, más que de patologías, que requieren el empleo de grandes recursos bien sea de manera muy intensa durante pocos años o de manera menos intensa pero durante más años lo que originaría a su vez dos tipos distintos de abordaje terapéutico quizás a "orquestar" desde las unidades de agudos para los primeros (con toda la parafernalia de técnicas disponibles) y desde las unidades de rehabilitación para los segundos.



Análisis de supervivencia de los grupos de estudio y control

Como quedó dicho, queríamos averiguar con este análisis el tiempo que persistirían ingresando los casos en relación a los controles, como cohortes distintas que eran, y las incidencias de su supervivencia a lo largo de ese tiempo. Y además, qué factores de los estudiados podrían influenciar esa supervivencia.

Por otra parte, decíamos que emplearía en una primera aproximación como variable temporal de supervivencia "periodo3" que contiene la información de los años que persisten ingresando los casos después de haber reunido los criterios de caso, y posteriormente, en sucesivos acercamientos, las variables definitorias: número de reingresos, "periodo2" (años empleados en completar los ingresos de que disponga cada sujeto) y estancia total acumulada.

A) Modelo de Kaplan-Meier

El seguimiento de los casos una vez considerados como tales nos hizo ver que además de haber ingresado muchos años y muchas veces hasta considerarse casos, lo seguirían haciendo por referencia a los controles muchos más y que no cabía esperar una reducción importante por ejemplo hasta el 40%

hasta que no hubieran pasado al menos 5 años desde que se convirtieron en reingresadores múltiples y habría que esperar hasta más de 9 años para que se redujesen a un 20%, o hasta 10-11 años para que bajasen al 12%.

En este punto como en otros, el grupo de estudio difería significativamente del grupo control, cuestión que ya presumíamos antes de utilizar el estadístico Mantel-Cox y que nos informaba de lo que ocurría en los años siguientes al punto un tanto artificial de declaración de caso.

Sin duda, era mucho más conveniente observar la historia del reingresador desde el comienzo de sus ingresos y compararlo así con los controles.

Definiendo a los reingresadores por el *número de ingresos* y utilizando este parámetro como medida de su supervivencia, vimos que, mientras en el grupo control había una reducción importante a la hora de considerar el primer reingreso (el 56% de la muestra había desaparecido), el grupo de estudio precisaba además de los 9 ingresos que le definían otros cuatro ingresos más para reducirse en la misma proporción y que mientras el grupo control se extingue en el sexto reingreso es previsible que los casos permanezcan como muestra en porcentajes todavía apreciables tras llevar realizados 18 reingresos.

Si hablamos de reingresadores en términos de "*persona que ingresa durante muchos años*", el grupo control que nos sirve como modelo cae en el primer año hasta un porcentaje superviviente del 36% aproximado (supervivencia acumulativa = 0,36), disminuyendo lentamente en los años

siguientes hasta reducirse a un 12% hacia el sexto año, a pesar de lo cual quedan algunos componentes ingresando hasta 16 años (sin tener en cuenta el número de ingresos hechos en ese tiempo). Los reingresadores siguen otro patrón que es el permanecer ingresando la mayoría de ellos durante muchos años no reduciéndose a la mitad el grupo hasta haber transcurrido unos 12 años, llegando a porcentajes de reducción comparables a los conseguidos por el grupo control en el primer año, tras haber transcurrido unos 14 años y siendo previsible que aún en el último año observado permaneciese un porcentaje del 20%.

Si ahora entendemos como nota definitoria de reingresador el hecho de pasar muchos días de *estancia* en el hospital vemos que el grupo control se extingue cuando llega a unos 125 días de estancia acumulada pero habiendo bajado previamente de forma casi brusca (supervivientes por debajo del 30%) cuando llevaban aproximadamente un mes de estancia total.

Por su parte el grupo de estudio está prácticamente entero (por encima del 80%) en el punto en que ya terminó el grupo control (125 días), no llega a reducirse a la mitad hasta que no supera ya los 240 días de estancia acumulada y todavía persiste un porcentaje representativo más allá de 300 y 400 días.

En resumen, contemplando nuestros reingresadores desde la perspectiva de un grupo de personas que usan intensamente la hospitalización psiquiátrica

(y al socaire, es de suponer que otras prestaciones psiquiátricas) que consumen por tanto muchos recursos (sea de forma rápida o lenta) y de los que por tanto nos interesa conocer en qué proporciones y cuánto tiempo.

La variable número de ingresos nos informa que no es esperable una reducción notable de este grupo (por ej. como la conseguida tras el primer ingreso por los no reingresadores, 44% de la muestra) hasta que no ha sobrepasado unos 12 reingresos (en todo caso el doble que el máximo representante del grupo control y 12 veces más que la media de ingresos que el grupo control).

La variable número de años ingresando nos informa, a su vez, que para reducirse el grupo de reingresadores a las mismas dimensiones en que lo hace el grupo control el primer año (36%) precisarían unos 15 años de presencia con ingresos (5 veces más de tiempo que la media de los no reingresadores).

Y si tenemos en cuenta la estancia total que acumularían, para reducirse hasta menos de un 30% que ocurre en los no reingresadores cuando han empleado unos 30 días de estancia tendrían que acumular los reingresadores más de 350 días de estancia (más de 10 veces por encima de la media de los no reingresadores).

Comparando en la mediana las tres variables los reingresadores como grupo tendrían al menos 12 ingresos más (mediana 0), estarían presentes 12 años más en el tiempo y acumularían 12 veces más días de estancia que los no

reingresadores. Y después de esas 12 veces más de todo con respecto a los controles nos quedaría una mitad de la muestra siguiendo su peculiar evolución.

B. Regresión de Cox.

En el intento de buscar posibles predictores de la supervivencia empleada por estos dos grupos vimos que ninguna variable influenciaba la supervivencia cuando la investigamos en relación a los años que los casos persisten ingresando tras ser declarados reingresadores.

Tampoco se detectaban predictores cuando se definía el frecuentador por el número de ingresos ni por el número de años empleados en realizarlos. Sin embargo, entendiendo el reingresador como la persona que acumula muchos días de estancia en el hospital el primer subconjunto de variables (edad, sexo, estado civil, Eje II y Eje IV) no introducía variaciones pero el segundo sí modificaba la supervivencia, portándose como factores de riesgo que aumentaban la supervivencia (en días de estancia) el ingresar por la propia patología –aparición de la patología, empeoramiento de la misma– (1,9 veces más riesgo que otros problemas), el abuso del alcohol (1,9 veces más riesgo que el no usar sustancias), y se portaba como factor protector (es decir disminuía la supervivencia en días de estancia a la mitad) el haber realizado algún tratamiento en unidades de larga estancia.

Cuando estudiábamos estas condiciones teniendo en cuenta sólo el grupo de estudio, pensando que podía regirse por sus propias normas de supervivencia, no se señalaron predictores en la persistencia ingresando tras ser considerados casos ni cuando definíamos el reingresador por su número de ingresos.

Al considerar los reingresadores por el número de años que tardaban en cumplimentar sus ingresos sólo la edad dentro del primer subconjunto mostraba alguna influencia, aunque despreciable, como factor de riesgo de supervivencia en años ingresando y ninguna del segundo subconjunto.

Cuando entendimos el hecho de reingresar como el disponer de largas estancias en el hospital, el primer conjunto de variables no introdujo variaciones. Pero con el segundo, sucedía algo distinto estudiando sólo el grupo de estudio de lo que ocurría al tener en cuenta también los controles. Sólo la variable tratamiento de larga estancia influye en la supervivencia en días de estancia acumulada. Se comportaría como un factor protector disminuyendo la supervivencias en días de estancia al 50% en relación al no disponer de tratamientos de este tipo, no implicándose en este caso el motivo de ingreso ni el abuso de sustancias psicoactivas.

Por tanto, de la búsqueda de predictores de supervivencia mediante la regresión de Cox aprendimos que, entendiendo el reingresador como la persona

que acumula muchos días de estancia en el hospital, el ingresar por la propia patología y el abuso de alcohol se comportaban como dos factores de riesgo que aumentaban la supervivencia (medida como días de estancia) aproximadamente 1,9 veces, y que el haber realizado tratamiento en unidades de larga estancia hacía disminuir la supervivencia en días de estancia a la mitad (factor protector), efectos que se producían sobre controles y sobre casos.

Cuando sólo tuvimos en cuenta el grupo de reingresadores y, otra vez, definidos como personas que acumulan muchos días de estancia, únicamente la variable tratamiento de larga estancia influía como factor protector (disminuía la supervivencia en días de estancia al 50%).

REFLEXIONES

Creemos, una vez referidos estos detalles, que la importancia de identificar a los pacientes con múltiples ingresos, tan invocada en los trabajos revisados, se demuestra con claridad teniendo en cuenta el alto porcentaje de estos pacientes que, después de muchos años de evolución, continúa ingresando y el incremento del gasto sanitario que suponen de promedio con respecto a los pacientes que ingresan en condiciones habituales (12 ingresos más, 12 años más ingresando, 12 veces más estancia acumulada).

Y señalamos, además, que en su identificación jugarían un papel importante cada uno de los siguientes hechos:

- Las características anotadas como propias del grupo en relación a los controles.
- El tener en cuenta los distintos tipos de reingresadores, sobre todo los extremos rápido y lento, que llevarían a plantearse distintos abordajes terapéuticos.
- Y el pensamiento de que lo que nos guía en su búsqueda no son las entidades nosológicas habituales sino otros rasgos que afectan a su gravedad, complicaciones, curso, pronóstico, evolución, etc

UTILIDADES DEL ESTUDIO:

El fenómeno de los reingresos múltiples, aún cuando ha sido constatado en una población de enfermos psiquiátricos, es extrapolable a otras especialidades médicas, siendo una circunstancia frecuente y comprobable en la práctica sanitaria diaria.

No se trata de un fenómeno unívoco, y no existe un término exclusivo para referirse a él ni unos criterios que permitan definirlo, siendo los estudios existentes al respecto muy heterogéneos, analizándose el hecho de reingresar desde perspectivas y con finalidades diferentes, con metodología dispar, resultando el abordaje del tema francamente complejo. En la mayoría de los trabajos, se eliminaban los reingresadores "de fondo", es decir, aquellos que realizaban sus ingresos lentamente, a lo largo de los años, debido a que se realizaba un corte transversal de esta población, o se seguía durante un periodo escaso de tiempo. En nuestro trabajo, al disponer de un periodo largo de observación, hemos podido captar a éstos pacientes y diferenciar subgrupos dentro de los reingresadores que se beneficiarían de abordajes terapéuticos diferentes (unidades de agudos para los que ingresan intensamente en pocos años y unidades de rehabilitación para los ingresadores de fondo).

Si bien afecta a un número reducido de personas les hace responsables de un gran número de ingresos, con el consiguiente consumo "excesivo" de

recursos del sistema sanitario. De lo anterior, se deduce la necesidad de delimitar sus características, detección precoz de éstos pacientes, evitar los tratamientos inadecuados de inicio, así como un deficiente manejo hospitalario ya desde los primeros ingresos.

Además del recrudecimiento de la patología como causa del reingreso, es importante tener presente toda una serie de factores ajenos al propio enfermo y susceptibles de mejorar a los que hemos hecho alusión en nuestro estudio y que dependerían de las distintas instituciones: inexistencia de unidades de rehabilitación y dispositivos de crónicos o unidades de larga estancia, así como la política particular de utilización de los mismos ; factores dependientes del especialista que trate al enfermo, con criterios dispares de ingreso; así como una serie de factores dependientes de los programas comunitarios de atención a marginados, indigentes, enfermos penitenciarios, que en muchas ocasiones, por falta de un abordaje adecuado de éstos problemas, o la falta de dispositivos apropiados, acaban derivando a las unidades de psiquiatría, fomentando el “recidivismo”.

Al realizar un estudio evolutivo del grupo, constatamos la relación tan estrecha entre el fenómeno de los reingresos y la organización del sistema de asistencia psiquiátrica (Unidades de Psiquiatría de hospital general, equipos de salud mental, creación de unidades de media-larga estancia), de forma que cuanto mejor estuviera organizado éste último disminuía la necesidad de ingresar breve y repetidamente. No podemos dejar de subrayar un problema

típico de nuestra provincia en los últimos años que ha sido la mala utilización de los servicios asistenciales de crónicos, que al depender de distintas instituciones operan con criterios de ingreso propios y con una falta de coordinación con el resto de los servicios digna de encomio si no fuera porque el ya de por sí denostado enfermo mental y su familia son los destinatarios de esta buena gestión.

Poco se había descrito en la literatura en relación con la perspectiva complementaria: el hecho de desaparecer del panorama de la hospitalización tras haber realizado numerosos ingresos previos, no existiendo estudios al respecto. El análisis de supervivencia nos aportaría una visión práctica sobre el empleo de recursos sanitarios necesarios para su asistencia.

BIBLIOTECA VIRTUAL



VI.- CONCLUSIONES

De nuestro estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

1) Los reingresadores presentan un perfil sociodemográfico y clínico caracterizado por ser pacientes mucho más jóvenes y de género mayoritariamente femenino, destacan en ellos como entidades diagnosticas las esquizofrenias, los trastornos bipolares y los trastornos depresivos mayores. Presentan, a su vez, mayor número de tentativas autolíticas, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, trastornos de la personalidad, problemas psicosociales y ambientales, así como mayor variabilidad diagnóstica e ingresos involuntarios y por problemas ajenos a la reagudización de la propia patología.

2) De todas estas características que hacían diferentes a los reingresadores, sólo algunas de las que figuraban ya en el primer ingreso tenían cierto poder predictivo, de manera que la edad y el estado civil casado/pareja se comportaban como factores protectores, mientras que el estado civil viudo/separado lo hacía como un factor de riesgo.

Entre los factores investigados a posteriori, el ingreso involuntario, el intento de autolisis y el tratamiento en unidades de larga estancia se comportan como factores de riesgo.

3) La exploración de las variables definitorias del fenómeno del reingreso (número de reingresos, número de años empleado en realizar los mismos y estancia total acumulada) ha reflejado que :

- ✓ La actividad global "media" en el momento del primer ingreso se asocia con un menor número de reingresos.
- ✓ Edades "medias" al tiempo del primer ingreso se asocian con un mayor número de años ingresando y edades "altas" con un menor número de años ingresando.
- ✓ Los diagnósticos de trastornos "neuróticos-personalidad-otros" y trastorno por uso de sustancias, seguidos de las psicosis típicas, los trastornos bipolares y las depresiones mayores se asocian con mayor número de años ingresando.
- ✓ La existencia de diagnóstico en el Eje IV se asocia con una disminución del número de años ingresando.
- ✓ el estado civil "viudo/ separado" aumenta su estancia total en el hospital.
- ✓ el diagnóstico en el Eje I de trastornos psicóticos y afectivos condiciona mayores estancias acumuladas.
- ✓ la coexistencia de abuso de sustancias distintas del alcohol alarga la estancia total.

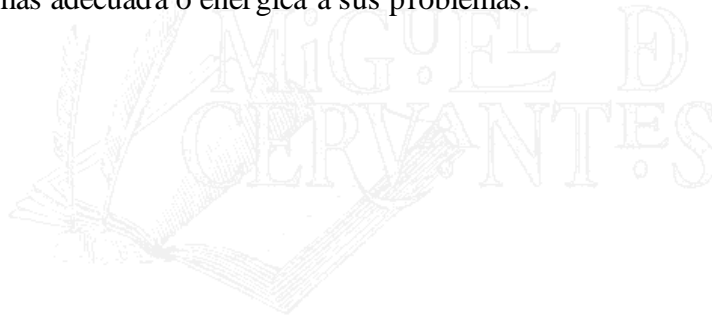
Las dos variables entre éstas que conjuntamente mejor caracterizaban a los reingresadores eran la densidad de ingresos y el período de años utilizado para ingresar: una alta densidad de ingresos unido a un periodo largo

ingresando acertaba a clasificar correctamente a más del 94% de los reingresadores.

- 4) Las variaciones que sufren algunas variables como la estancia y los diagnósticos en los ejes I, II, IV y V a través de los sucesivos ingresos, parecen traducir una serie de complejidades habituales en la práctica de la psiquiatría y de la asistencia sanitaria, susceptibles de enmendarse con la progresiva homogenización del estudio y práctica de nuestra disciplina.
- 5) Hemos podido distinguir tres tipos de ingresadores múltiples que se diferencian además de por unos parámetros temporales de distinta gradación, por unas características clínicas y diagnósticas que les hacen candidatos a diferentes abordajes terapéuticos.
- 6) Con el fin de determinar la permanencia o no reingresando en el grupo de frecuentadores frente a los controles así como los motivos que condicionaban la misma observamos que los reingresadores como grupo tendrían al menos 12 ingresos más, estarían presentes 12 años más en el tiempo y acumularían 12 veces más días de estancia que los no reingresadores. Todo esto sería válido sólo para el 50% de nuestros casos. El resto sigue una evolución de difícil interpretación.
- 7) Cuando estudiamos los factores que condicionan la permanencia reingresando tanto en los casos como en los controles observamos que el ingresar por reagudización de la patología psiquiátrica y el abuso de

alcohol se comportaban como factores de riesgo, mientras que el haber realizado tratamiento en unidades de larga estancia lo hacía como factor protector.

- 8) Tras referir estos datos, comprobamos la importancia de identificar a los pacientes con múltiples ingresos tan invocada en la literatura a la vista de que tras "multiplicarse por 12" los gastos que probablemente originen, todavía el 50% de ellos seguirán su peculiar ruta, quizás por falta de una respuesta más adecuada o enérgica a sus problemas.



BIBLIOTECA VIRTUAL



VII.-BIBLIOGRAFÍA

Altman H, Sletten IW, Nebel ME. Length-of-stay and readmission rates in Missouri State hospitals. *Hospital Community Psychiatry* 1973; **24**: 773-776.

Appelbaum PS. Outpatient commitment: the problems and the promise. *Am J Psychiatry* 1986; **143**: 1270-1272.

Appleby L, Desai PN, Luchins DJ, Gibbons RD, Hedeker DR. Length of stay and recidivism in schizophrenia: a study of public psychiatric hospital patients. *Am J Psychiatry* 1993; **150**: 72-76.

Armitage P, Berry G. *Estadística para investigación biomédica*. Barcelona, Doyma, 1992.

Bachrach LL. The effects of desinstitutionalization on general hospital psychiatry. *Hospital Community Psychiatry* 1981; **32**:786-790.

Bachrach LL. Young adult chronic patients: an analytical review of the literature. *Hospital and Community psychiatry* 1982; **33**:189-197.

Bachrach LL. The concept of young adult chronic psychiatric patients: questions from a research perspective. *Hospital and Community psychiatry* 1984; **35**: 573-580.

Brennan PL, Kagay CR, Geppert JJ, Moos RH. Elderly Medicare inpatients with substance use disorders: characteristics and predictors of hospital readmissions over a four-year interval. *J Stud Alcohol* 2000; **61**: 891-5.

Carpenter MD, Mulligan JC, Bader IA, Meinzer AE. Multiple admissions to a urban psychiatric center: a comparative study. *Hospital Community Psychiatry* 1985; **36**: 1305-8.

Casper ES, Donaldson B. Subgroups in the population of frequent users of inpatient services. *Hosp Community Psychiatry*. 1990; **41**: 189-91.

Casper ES, Romo JM, Fasnacht RC. Readmission patterns of frequent users of inpatient psychiatric services. *Hosp Community Psychiatry* 1991; **42**:1166-7.

- Casper ES, Pastva G. Admission histories, patterns, and subgroups of the heavy users of a state psychiatric hospital. *Psychiatric Quarterly* 1990; **61**: 121-135.
- Caton LLM. The new chronic patient and the system of community care Psychiatry. *Hospital Community Psychiatry* 1981; **32**: 475-478.
- Craig TJ, Laska EM. Desinstitutionalization and the survival of the state hospital. *Hospital Community Psychiatry* 1983; **34**: 616-622
- Daniels BA, Kirkby KC, Hay DA, Mowry BJ, Jones IH. Predictability of rehospitalisation over 5 years for schizophrenia, bipolar disorder and depression. *Aust N Z J Psychiatry* 1988; **32**: 281-6.
- Dickey B, Gudeman JE, Hellman S. A follow-up of desinstitutionalized chronic patients four years after discharge. *Hospital Community Psychiatry* 1981; **32**: 326-330
- Doering S, Muller E, Kopcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, Muller P, Muller-Spahn F, Tegeler J, Schussler G. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 1998; **24**: 87-98.
- Druss BG, Bruce ML, Jacobs SC, Hoff RA. Trends over a decade for a general hospital psychiatry unit. *Adm Policy Ment Health* 1998; **25**: 427-35.
- Erickson RC, Paige AB. Fallacies in using length of stay and return rates as measures of success. *Hospital Community Psychiatry* 1973; **24**: 559-561
- Fennig S, Rabinowitz J, Fennig S. Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. *Psychiatr Serv* 1999; **50**: 1049-52.
- Figuerido JL, Gutiérrez M, González Pinto A, Ballesteros J, Perez De Heredia JL, Ramírez F, Elizagarate E, González Oliveros R, López P. Predictores de rehospitalización en la esquizofrenia. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1997; **25**: 217-24.

Franklin JL, Kittredge LD, Thrasher JH. A survey of factors related to mental hospital readmissions. *Hospital Community Psychiatry* 1975; **26**: 749-756.

Geller JL. In again, out again: preliminary evaluations of a state hospital's worst recidivists. *Hospital Community Psychiatry* 1986; **37**: 386-390

Geller MP. The revolving door. A trap or a life style? *Hospital Community Psychiatry* 1982; **33**: 388-389.

Green JH. Frequent hospitalization and non-compliance with treatment. *Hospital Community Psychiatry* 1988; **39**: 963-966.

Goldman HH, Taube CA, Reiger DA, Witkin ML. The multiple functions of the state mental hospital. *Am J Psychiatry* 1983; **140**: 296-300.

Goodpastor WA, Hare BK. Factors associated with a multiple readmission to an Urban Public Psychiatric Hospital. *Hospital Community Psychiatry* 1991; **42**: 85-87.

Gurel L, Lorei TW. Hospital and Community ratings of psychopathology as predictors of employment and readmissions. *J Consult Clin Psychol* 1972; **39**: 286-291.

Harris M, Bergman HC, Bachrach LL. Psychiatric and nonpsychiatric indicators for rehospitalization in a chronic patient population. *Hospital Community Psychiatry* 1986; **37**: 630-631.

Haupt DN, Ehrlich SM. The impact of a new state commitment law on psychiatric patients careers. *Hospital Community Psychiatry* 1980; **31**: 745-751.

Havassy BE, Hopkin JT. Factors predicting utilization of acute psychiatry in-patient services frequently hospitalized patients. *Hospital community Psychiatry* 1989; **40**: 821-823.

Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA. Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1995; **152**: 856-61.

Hiday VA, Scheid-Cook TL. A follow-up of chronic patients committed to out-patient therapy. *Hospital Community Psychiatry* 1989; **40**: 52-59.

Hull JW, Yeomans F, Clarkin J, Li C, Goodman G. Factors associated with multiple hospitalizations of patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv* 1996; **47**: 638-41.

Jarman B, Hirsch S, Withe P, Driscoll R. Predicting psychiatric admission rates. *British Medical Journal* 1992; **304**: 1146-1151.

Kammerling RM, O'Connor S. Unemployment rate as a predictor of psychiatric admission. *British Medical Journal* 1993; **307**: 1536-1539.

Kastrup M. The use of a psychiatric register in predicting the outcome "revolving door patient". *Acta Psychiatrica Scand* 1987; **76**: 552-60.

Kastrup M. Who become revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scand* 1987; **76**: 80-88.

Kent S, Yellowlees P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hospital Community Psychiatry* 1994; **45**: 347-50.

Kinard EM. Discharged patients who desire to return to the hospital. *Hospital Community Psychiatry* 1981; **32**: 194-197

Kleinbaum DG, Kupper LL y Morgenstern: *Epidemiologic Research: Principles and Quantitative Methods*. VNB: New York

Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatr Serv* 1996; **47**: 487-96.

Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictors of psychiatric hospitalization: a multivariate analysis. *Adm Policy Ment Health* 1998; **25**: 403-10.

-
- Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictors of receiving aftercare 1, 3, and 18 months after a psychiatric emergency room visit. *Psychiatr Q* 1999; **70**: 39-51.
- Lamb HR. Young adult chronic patients :the new drifters. *Hospital Community Psychiatry*1982; **33**: 465-468.
- Lamb RH, Goertzel V. High expectations of long-term ex-state hospital patients. *A Journal of Psychiatry* 1972; **129**: 471-475.
- Lamb HR, MILLS MJ. Needed changes in law and procedure for the chronically mentally ill. *Hospital Community Psychiatry*1986; **37**: 475-480.
- Lambert EW, Sherwood V, Fitzpatrick LJ. Predicting recidivism among first admissions at Tennessee's state psychiatric hospitals. *Hospital and Community psychiatry* 1983; **34**: 951-953.
- Lewis T, Joyce PR. The new revolving-door patients: results for a national cohort of first admissions. *Acta Psychiatric Scand* 1990; **82**: 130-5.
- Lieberman PB, Wittala SA. Decreasing Length of Stay: Are There Effects on Outcome of Psychiatric Hospitalization?. *Am J Psychiatry* 1998; **155**: 905-9.
- Linares I, Hernández H, Castrodeza JJ, De la Gándara JJ, Negueruela E. ¿Cómo son los pacientes reingresadores? Un estudio descriptivo en Psiquiatría de Hospital General. *An de Psiquiatría* 2002; **18**:78-86
- Linares I, Hemández H, Castrodeza JJ, De la Gándara JJ, Negueruela E. Pacientes con ingresos múltiples en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Hospital General: variabilidad y relaciones dentro del grupo. *An de Psiquiatría* 2002; **18**:145-153
- Linares I, Hemández H, Castrodeza JJ, De la Gándara JJ, Ne gueruela E. Variabilidad en los diagnósticos de una cohorte de reingresadores en las dos últimas décadas. *Actas Esp. Psiquiatr.*2003; **31** (en prensa).

Lorei TW. Prediction of stay out of hospital for released psychiatric patients *J Consult Clin Psychol* 1964; **28**: 358-363.

Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F. Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *Am J Psychiatry* 1998; **155**: 449-50.

Mercer GT, Molinari V, Kunik ME, Orengo CA, Snow L, Rezapak P. Rehospitalization of older psychiatric inpatients: an investigation of predictors. *Gerontologist* 1999; **39**: 591-8.

Mc Cranie EW, Mizell TA. Aftercare for psychiatric patients :does it prevent for rehospitalization? *Hospital and Community Psychiatry* 1978; **29**: 584-587

Mezzich JS, Coffman GA. Factors influencing length of hospital stay. *Hospital and Community Psychiatry* 1985; **36**: 1262-1270.

Miller LJ, Willer B. Predictors of return to a psychiatric hospital. *J Consult Clin Psychol* 1976; **44**: 898-900.

Miller RD. Commitment to outpatient treatment :a national survey. *Hospital Community Psychiatry* 1985; **36**: 265-267.

Miller RD, Fiddelman PB. Outpatient commitment: treatment in the least restrictive environment? *Hospital Community Psychiatry* 1984; **35**: 147-151

Monnelly EP. Instability before discharge and previous psychiatric admissions as predictors of early readmission. *Psychiatr Serv* 1997; **48**: 1584-6.

Munley PH, Hyer LA. Demographic and clinical characteristics as predictors of readmission: a one-year follow-up. *J Clin Psychol* 1978, **34**: 833-838

Norusis MJ: SPSS for Windows. Base System. User's Guide. Release 5. 1992: Chicago: SPSS Inc.

Norusis MJ: SPSS for Windows. Advanced Statistics. Release 5. 1992: Chicago: SPSS Inc.

Oiesvold T, Saarento O, Sytema S, Vinding H, Gostas G, Lonnerberg O, Muus S, Sandlund M, Hansson L. Predictions for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2000; **101**: 367-73.

Okin RL. The future of state hospitals: should there be one? *American journal of Psychiatry* 1983; **140**: 296-300

Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S, Walkup J, Weiden PJ. Assessing clinical predictions on early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999; **187**: 721-729.

Pepper B, Krishner MC, Ryglewicz H. The young adult chronic patient: overview of a population. *Hospital Community Psychiatry* 1982; **32**: 463-469

Pfeiffer SI. An analysis of methodology in follow-up studies of adult inpatient psychiatric treatment. *Hospital Community Psychiatry* 1990; **41**: 1315-1321

Robbins E, Stern M, Robbins L. Unwelcome patients: where can they find asylum? *Hospital Community Psychiatry* 1977; **29**: 44-46

Rossi AM, Jacobs M, Monteleone M, Olsen R, Surber R. Violent or fear-inducing behavior associated with hospital admission. *Hospital Community Psychiatry* 1985; **36**: 643-647

Sheets JL, Prevost JA, Reihman J. Young adult chronic patients: three hypothesized subgroups. *Hospital Community Psychiatry* 1982; **33**: 197-203

Sipos A, Harrison G, Gunnell D, Amin Sh, Singh SP: Patterns and predictors of hospitalisation in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 2001, **178**: 518-523.

Solomon P, Davis J, Gordon B. Discharged state hospital patients' characteristics and use of aftercare: effect on community tenure. *A Journal of psychiatry* 1984; **141**: 1566-1570

Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: A case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *American Journal of Psychiatry* 1995; **152**: 1749-1756.

Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Habassy BE, Goldfinger SM, Hopking JT. Characteristics of high users of psychiatric in-patient services. *Hospital Community Psychiatry* 1986; **38**: 1112-14.

Schwartz SR, Goldfinger SM. The new chronic patient: clinical characteristics of an emerging subgroup. *Hospital Community Psychiatry* 1982; **33**: 465-468.

Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry* 1999; **156**: 1968-75.

Swigar ME, Astrachan B, Levine MA, Mayfield V, Radovich C. Single and repeated admissions to a mental health center: demographic, clinical and use-of-services characteristics. *Int J Soc Psychiatry* 1991; **37**: 259-266.

Talbott JA. Desinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past . *Hospital Community Psychiatry* 1979; **30**: 621-624.

Taube CA, Thompson JW, Rosentein MJ, Rosen BM, Goldman HH. The chronic mental hospital patient. *Hospital Community Psychiatry* 1983; **34**: 611-615.

Thornicroft G. Social deprivation and rates of treated mental disorder: developing statistical models to predict psychiatric service utilization. *British Journal of Psychiatry* 1991; **158**: 475-484.

Van Putten T. Drug refusal in schizophrenia :causes and prescribing hints. *Hospital Community Psychiatry* 1978; **29**: 110-112.

Vogel S, Huguelet P. Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. *Acta Psychiatrica Scand* 1997; **95**: 244-53.

Voineskos G, Denault S. Recurrent psychiatric hospitalization. *Can Med Assoc J* 1978; **118**: 247-250.

Woogh CM. A cohort through the revolving door. *Can J Psychiatry* 1986; **31**: 214-221.

Woogh CM, Meier H.M.R, Eastwood, M.R. Psychiatric hospitalization in Ontario: The revolving door in perspective. *Can Med Assoc J* 1977; **116**: 876-881.

Weinstein AS. The mythical readmission explosion. *Am J Psychiatry* 1983; **140**. 332-335

Weinstein AS, Cohen M. Young chronic patients and changes in the state hospital population. *Hospital and Community Psychiatry* 1984; **35**: 595-600

Weinstein AS, Di Pascuale D, Winsor F. Relationship between length of stay in and out of the New York State mental hospitals. *Am J Psychiatry* 1973; **130**: 904-909

Zanni G, De Veau L. Inpatient stays before and after outpatient commitment. *Hospital Community Psychiatry* 1984; **37**: 941-942.