

11241 17
24.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

**TÉSIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA**

NOMBRE DE LA TESIS

**“ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL FENÓMENO DE “LA PUERTA
GIRATORIA” EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY
BERNARDINO ÁLVAREZ”.**

**Nombre del alumno:
YLEANA TERESA LÓPEZ DELFIN**



TUTORES

[Handwritten signature]

Dr Francisco Páez Agraz.
(Metodológico)

[Handwritten signature]

Dr Humberto Nicolini Sanchez.
(Técnico)
**PSICOLOGIA
MEDICA**
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL**
U. N. A. M.
[Handwritten signature]

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS	9
METODOLOGÍA	
DISEÑO	10
SUJETOS	10
CRITERIOS DE SELECCIÓN	10
VARIABLES E INSTRUMENTOS	11
PROCEDIMIENTO	12
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	12
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFÍA	22
APÉNDICES	25

MARCO TEÓRICO:

A aquellos pacientes que tienen múltiples admisiones al hospital psiquiátrico son llamados pacientes con el fenómeno de la Puerta Giratoria (FPG) (1,3).. Los criterios para definir el FPG han sido altamente variables, y van desde 3 , 4, 5 y hasta 15 o más hospitalizaciones psiquiátricas, dependiendo el estudio (2, 14)

En los servicios de salud mental han aumentado las readmisiones de pacientes a las instituciones psiquiátricas. Durante las décadas recientes el número de pacientes de primer ingreso se ha mantenido relativamente estable en comparación con el número de readmisiones, que ha incrementado considerablemente y que significa un serio problema de salud pública en todo el mundo (14).

El número de readmisiones ha sido interpretado como un signo de falla en el paciente y/o de falla en el tratamiento. Otros piensan que este problema se ha acentuando debido a que las instituciones de salud no admiten que el paciente psiquiátrico vuelve a recaer una y otra vez por la propia naturaleza de la enfermedad, por lo que hay que prestar mas atención en promover una adecuada alternativa terapéutica y facilidades de rehabilitación. Muchos de los pacientes crónicos son egresados de los hospitales y salen a vivir una triste existencia en el descuido absoluto de la comunidad y siendo una carga para sus familiares, todo ello condiciona la recaída y , en consecuencia, el reingreso (4)

Los pacientes con el FPG llegan a ser más de la mitad de las admisiones en algunos hospitales psiquiátricos. Lewis y Joyce (7) en un estudio de cohorte de 3,875 primeros ingresos en Nueva Zelanda, encontró que 8.2% de casos eran readmitidos entre 4 y 5 veces, 4.7% entre 6 y 9 veces y 1.5% más de 10 veces. Kastrup (14) en una cohorte danesa de 5,881 hombres y 6,856 mujeres reportó que 11% de los casos tuvieron por lo menos 4 admisiones hospitalarias. Esta cifra es similar a la reportada por Korkeila y cols (10) en Finlandia, quienes encontraron un 12.5% de sujetos con 4 o más readmisiones. Por otro lado, Haywood y cols (1) refieren, en un estudio conducido en un hospital estatal, que 64% de hombres y 43% de mujeres tuvieron 5 o más hospitalizaciones.

Numerosos estudios han procurado determinar las características de pacientes con FPG comparándolos con otros pacientes psiquiátricos. Los estudios en esta área han seleccionado muy pequeñas muestras y los resultados están lejos de ser definitivos (5). Otros investigadores que intentan descubrir los factores que contribuyen a la readmisión constante, han encontrado dificultades ya que las diferencias en las poblaciones de los pacientes y la metodología hacen difíciles las comparaciones (6)

Los estudios de seguimiento de pacientes con el FPG han provisto de un panorama más amplio en la comprensión del fenómeno. El proceso de rehospitalización, que envuelve al paciente de Puerta Giratoria, es un fenómeno muy complejo que probablemente depende de muchas y diferentes variables.

Las siguientes variables han sido relacionadas con el FPG. Evidentemente, el FPG está multideterminado, y los efectos univariados sólo deben ser considerados como orientadores.

EDAD: En las diferentes investigaciones se ha encontrado que los pacientes con FPG son significativamente más jóvenes que el resto. Los pacientes entre 15 a 24 años, aunado a otras características, corren un riesgo mayor en este sentido. (5)

SEXO: La mayoría de los estudios reportan que el sexo masculino es más vulnerable a la readmisión. (5)

DIAGNOSTICO: En investigaciones donde se ha comparado a pacientes con diagnósticos psicóticos (esquizofrenia, manía, depresión psicótica, y otras psicosis) y aquellos con diagnósticos no psicóticos (trastornos afectivos, trastornos de personalidad), han encontrado que las categorías de diagnósticos psicóticos son un fuerte predictor para convertirse en un paciente de Puerta Giratoria (7)

Hoffman et al (8) concluye en su estudio que el paciente con admisiones múltiples sufre de desordenes con pronósticos desfavorables, que empezó a temprana edad, ha mantenido un curso inestable y esta marcada por crisis de suicidio continuo.

Relacionando el diagnóstico con las variables sexo y edad se ha encontrado que el diagnóstico de esquizofrenia para ambos sexos y de edades fluctuantes entre 15 y 24 años constituye un grupo de muy alto riesgo (9)

En mujeres se han relacionado diagnósticos de desordenes afectivos de la personalidad (depresión neurótica, depresión psicótica y manía), en cuanto al sexo masculino se asocia a farmacodependencia y alcoholismo (3,5)

El no cumplir adecuadamente con las prescripciones medicas y o, automedicarse con otras sustancias o drogas, constituye un gran riesgo para volver al hospital psiquiátrico, factor que se encuentra muy ligado al incremento cada vez mas frecuente de readmisiones (1)

Sobre el punto de cuidados post-tratamiento, un factor significativo que se ha encontrado es que pacientes con psicoterapia como tratamiento de seguimiento han demostrado una frecuencia mas baja en readmisiones que pacientes que no han tenido esta alternativa de tratamiento (10). Desgraciadamente la investigaciones son muy pocas al respecto, punto interesante en estudio, ya que podría ser una medida terapéutica de importancia para reducir las altas tasas de readmisiones. Anteriormente citábamos las condiciones de falta de apoyo en que vive el paciente a su salida del hospital y un tratamiento de seguimiento constituiría un vinculo importante con los servicios de salud, consiguiendo que el paciente no se sienta abandonado y desprotegido evitando que busque la solución en una readmisión.

Otras variables que se han estudiado y encontrado frecuentemente en pacientes de Puerta Giratoria es que son generalmente desempleados, solteros, separados o divorciados (1,6). Aunque por si solas estas variables no significan nada, tienen que tener una interacción con muchas mas como las anteriormente mencionadas.

Se pensaba en otras razones de indole no psiquiátrico como razones de peso para regresar a la institución como lo serían problemas económicos, problemas de vivienda, problemas familiares o cualquier otro estresor social que precipite una hospitalización (4,6). Lo anterior no ha probado tener una influencia realmente significativa sobre el problema (11)

Algunas características importantes de personalidad asociadas a los pacientes de admisiones múltiples, que se han encontrado a lo largo de investigaciones al respecto son:

Impulsividad, la impulsividad es uno de los aspectos en el desorden mental que posee influencia sobre las admisiones (12)

Los pacientes crónicos, donde entra el grupo de pacientes de Puerta Giratoria, tienen un sentido de identidad confuso, variable y fragmentado al igual que el de los demás, junto con altos grados de fragmentación del ego. Por ello, no logra consolidar adecuadas redes de apoyo dentro de la comunidad, lo que da a consecuencia que cualquier crisis que aparezca los lleva a regresar al cuidado del hospital psiquiátrico.

Por otro lado, con respecto al tiempo de duración de la hospitalización, pacientes que están mucho tiempo dentro de un sistema de salud mental comienzan a formar sus lazos sociales dentro de las instituciones con pacientes en igualdad de condiciones (13).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El fenómeno de la puerta giratoria es frecuente en todos los estudios revisados y no se encontró referencia alguna que reportara datos en países del tercer mundo como México. Como fué evidente en el marco teórico, diversas variables clínicas y psicosociales se relacionan con el reingreso de los pacientes a los hospitales psiquiátricos. Los costos económicos y sociales del reingreso son altos y la investigación etiológica del fenómeno puede conducir a la generación de medidas específicas que pudieran traducirse en un programa de reducción de las readmisiones.

Las preguntas a responder en la investigación fueron:

¿ Cual es la frecuencia del fenómeno de la puerta giratoria en una población del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”?

¿ Cuales son los factores clínico demográficos que predicen el reingreso del paciente?

OBJETIVOS:

- 1.- Determinar la frecuencia del fenómeno de la puerta giratoria en la población atendida en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”.**
- 2.- Establecer la asociación entre variables demográficas (edad, sexo, estado socioeconómico, estado civil) y el fenómeno de la puerta giratoria.**
- 3.- Establecer la asociación entre variables clínicas (edad de inicio, tiempo de evolución, severidad sintomática, tratamiento) y el fenómeno de la puerta giratoria.**

METODOLOGÍA

DISEÑO

Escrutinio de casos y controles en los expedientes del archivo clínico del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

SUJETOS:

Se examinaron en forma directa y consecutiva a 708 expedientes de pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización en el año de 1990 en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

* Se registraron los datos de TODOS los expedientes que en el periodo de 1990 a la ultima nota registrada hayan tenido por lo menos una hospitalización.

VARIABLES E INSTRUMENTOS:

- 1.- **Variable independiente:** **Fenómeno de la puerta giratoria.**
Escala de medición: Nominal.
Definiciones operacionales: - 4 o más internamientos en los 6 años de seguimiento.
- 3 o más internamientos al año en cada uno de los 6 años de seguimiento.
Instrumento: Exploración directa del expediente clínico y vaciamiento en un formato *ad hoc*.
- 2.- **Variables demográficas dependientes:** **Edad, sexo, escolaridad, estado civil.**
Escala de medición: nominal, ordinal, intervalar.
Definiciones operacionales: usuales.
Instrumento: Formato *ad hoc*.

PROCEDIMIENTO

Prevía autorización del comité científico del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”, el investigador principal solicitó el apoyo del personal del archivo clínico del hospital y se procedió a la revisión directa de los primeros 708 expedientes clínicos de pacientes que ingresaron a partir de enero de 1990. Una vez detectados, se procedió al llenado de forma ad hoc diseñada para recabar el historial de las hospitalizaciones así como los datos clínicos y demográficos que fueron pertinentes.

Una vez obtenida la información fué capturada en una base de datos computarizada mediante el programa Excell versión 6.0 para su posterior análisis estadístico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

En primer lugar se procederá a la descripción de variables utilizando frecuencias y porcentajes en las variables categóricas y medias y desviaciones estándar para las variables numéricas. Como pruebas de hipótesis se utilizará ANOVA simple para contrastes de medias, chi cuadrada para contrastes entre variables categóricas.

En cada una de las variables y en los análisis específicos siempre se anotó la n o los grados de libertad, en virtud de que estos variaron debido a los valores que no pudieron ser recuperados en el expediente clínico.

RESULTADOS

A) Descripción general.

Se revisaron en total 708 sujetos, de los cuales 527 fueron del sexo masculino (74.4%) y 181 del sexo femenino (25.6%). Dentro de los antecedentes familiares el 38.7% (179) de los pacientes tenían familiares con problemas psiquiátricos, el 27.1% (125) contaron con familiares con abuso de sustancias. Setenta pacientes (15.1%), presentaron algunos otros tipos de antecedentes como enuresis, trastornos de déficit de atención con hiperquinesia, etc. En la Tab. 1 se presentan otras variables demográficas y clínicas que se pudieron recuperar en forma adecuada del expediente.

Tab. No. 1 Media y desviación estándar de algunas variables clínicas y demográficas.

EDAD (n= 705)	29.38±11.16
ESCOLARIDAD (n=704)	7.50± 3.28
EDAD DE INICIO (n=700)	24.76± 11.20
TIEMPO DE EVOLUCIÓN (n=700)	55.87± 57.91
No. DE INTERNAMIENTOS (n=708)	2.10± 1.61

Dentro de los antecedentes personales el 20.3% de los pacientes tuvieron antecedentes de uso de sustancias y el 24.5% de ellos presentaron algún

antecedente de lesión cerebral (traumatismo, hipoxia neonatal, etc). En la Tab. No. 2 se describen las variables demográficas y antecedentes de los pacientes.

Tab. No. 2 Variables demográficas y antecedentes de los pacientes.

SEXO (n=708)	Hombres. (74.4%) Mujeres. (25.6%)
ESTADO CIVIL (n=700)	Soltero. (46.1%) Casado. (21.0%) Divorciado o separado. (14.1%) Viudos. (2.6%). Unión Libre. (16.1%)
ANTECEDENTES DE ABUSO DE SUSTANCIAS (n=419)	Sí. (20.3%) No. (79.7%)
ANTECEDENTES DE LESIÓN CEREBRAL (n=417)	Sí. (24.5%) No. (75.5%)

De los 708 casos de pacientes se valoró sus números de internamiento y los motivos principales del mismo. El motivo de internamiento se clasificó en: agresividad (agitación psicomotriz, agresividad heterodirigida, tanto verbal como física); síntomas psicóticos (alucinaciones, ideas delirantes); errores de juicio y de conducta e intento suicida. Las Tabs. No, 3 y 4, nos demuestra la frecuencia de cada uno de los apartados en que se dividió los motivos de internamiento y de egreso de los pacientes que presentaron el fenómeno de la puerta giratoria.

Tab. No. 3 Frecuencia de los motivos de internamiento.

	AGRESIVIDAD	SÍNTOMAS PSICÓTICOS	ERRORES DE JUICIO Y CONDUCTA	INTENTO SUICIDA	CASOS VALIDOS
PRIMER INTERNAMIENTO	516 CASOS (72.9%)	144 CASOS (20.3%)	7 CASOS (1.0%)	41 CASOS (5.8%)	(N=708)
SEGUNDO INTERNAMIENTO	231 CASOS (82.5%)	33 CASOS (11.8%)	3 CASOS (1.1%)	13 CASOS (4.6%)	(N=280)
TERCER INTERNAMIENTO	143 CASOS (84.6%)	25 CASOS (14.8%)	0 CASOS	1 CASO (0.6%)	(N=169)
CUARTO INTERNAMIENTO	53 CASOS (84.1%)	10 CASOS (15.9%)	0 CASOS	0 CASOS	(N=63)
ULTIMO INTERNAMIENTO	136 CASOS (81.0%)	23 CASOS (3.7%)	3 CASOS (1.8%)	6 CASOS (3.6%)	(N=168)

Tab. No. 4 Frecuencia de los motivos de egreso.

	AGRESIVIDAD	SÍNTOMAS PSICÓTICOS	ERRORES DE JUICIO Y CONDUCTA	INTENTO SUICIDA	CASOS VALIDADOS
PRIMER EGRESO	651 CASOS (92.2%)	17 CASOS (2.4%)	36 CASOS (5.1%)	2 CASOS (0.3%)	(n=706)
SEGUNDO EGRESO	269 CASOS (95.7%)	4 CASOS (1.4%)	8 CASOS (2.8%)	0 CASOS	(n=281)
TERCER EGRESO	154 CASOS (91.1%)	4 CASOS (2.4%)	10 CASOS (5.9%)	1 CASO (0.6%)	(n=169)
CUARTO EGRESO	50 CASOS (78.1%)	4 CASOS (6.3%)	10 CASOS (15.6%)	0 CASOS	(n=64)
ULTIMO EGRESO	120 CASOS (71.4%)	8 CASOS (4.8%)	34 CASOS (20.2%)	6 CASOS (3.6%)	(n=168)

En la tabla No. 5 que se muestra a continuación se ilustra el número y porcentaje de sujetos que acudieron a consulta o recibieron otro tipo de tratamiento externo en los periodos intern internamiento.

Tab. No 5. Relación entre el periodo de egreso y el tratamiento o la consulta externa

	ACUDIÓ A CONSULTA		RECIBIÓ TRATAMIENTO	
	Si	No	Si	No
PRIMERO	325	346	25	635
SEGUNDO	109	157	9	249
TERCERO	28	101	3	119
CUARTO	6	52	2	56
ULTIMO	22	50	1	69

B) Frecuencia de la puerta giratoria y factores asociados:

Como se especificó en el apartado de variables, el FPG se definió en 2 formas operacionales. En 180 pacientes (25.4%) se documentaron tres ingresos o mas en el periodo de 6 años evaluados (FPG3). Por otro lado, 104 pacientes (14.7%) tuvieron 4 ingresos o más (FPG4).

En cuanto a las asociaciones significativas se observó que los pacientes con el FPG3 tuvieron significativamente más antecedentes heredofamiliares de trastornos psicóticos que los que no presentaron el fenómeno (47.2% vs 34.9%, Chi 6.2, gl 1, p= 0.01). Esta relación fué aún más significativa en los pacientes con el FPG4 (54.3% vs 35.3%, Chi 10.1, gl 1, p=0.001).

Las tablas 6 y 7 muestran la frecuencia de los motivos de internamiento en diferentes internamientos.

Tab. No 6. Contrastes entre los motivos de internamiento y el periodo de este para pacientes que presentaron hasta tres o mas internamientos (FPG3).

	AGRESIVIDAD		SÍNTOMAS PSICÓTICOS		ERRORES DE JUICIO Y CONDUCTA		INTENTO SUICIDA		CASOS VALIDOS	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
MOTIV. PRIMER INTERNAMIENTO (n=708 p<0.0007)	370 (71.7%)	146 (28.3%)	112 (77.8%)	32 (22.2%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	41	0	528 (74.6%)	180 (25.4%)
MOTIV. SEGUNDO INTERNAMIENTO (n=280, p<0.02)	78 (33.8%)	153 (66.2%)	12 (36.4%)	21 (63.6%)	3	0	12 (92.3%)	1 (0.6%)	105 (37.5%)	175 (62.5%)
ULTIMO INTERNAMIENTO (n=168, p<0.000)	87 (72.5%)	33 (27.5%)	8	0	6 (17.6%)	28 (82.4%)	6	0	107 (63.7%)	61 (36.3%)

Tab. No. 7. Contrastes entre los motivos de internamiento y el periodo de este para pacientes que presentaron cuatro o más internamientos (FPG4)

	AGRESIVIDAD		SÍNTOMAS PSICÓTICOS		ERRORES DE JUICIO Y CONDUCTA		INTENTO SUICIDA		CASOS VALIDOS	
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
MOTIV. PRIMER INTERNAMIENTO (n=708 p<0.02)	431 (83.5%)	85 (16.5%)	125 (96.8%)	19 (13.2%)	7	0	41	0	604 (85.3%)	104 (14.7%)
MOTIV. SEGUNDO INTERNAMIENTO (n=280, p<0.02)	142 (61.5%)	89 (38.5%)	21 (63.6%)	12 (36.4%)	3	0	13	0	179 (63.9%)	101 (36.1%)
ULTIMO INTERNAMIENTO (n=168, p>0.05)	96 (70.6%)	40 (29.4%)	12 (52.2%)	11 (47.8%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	4	0	115 (68.5%)	53 (31.5%)

La duración del segundo, tercero, y último internamientos en los pacientes con FPG3 fueron significativamente más largas que en los que no presentaron el fenómeno. a) 2o internamiento (33.2 ± 7.7 vs 29.4 ± 10.0 días, $t = -3.69$, $gl = 294$, $p < 0.001$); b) 3er internamiento (33.5 ± 12.0 vs 18.8 ± 15.3 días, $t = -2.3$, $gl = 169$, $p = 0.03$) y c) Ultimo internamiento (43.1 ± 22.3 vs 31.2 ± 15.5 días, $t = -4.29$, $gl = 165$, $p = 0.00$).

Se encontró una correlación positiva significante entre la duración del segundo periodo intermedio y los pacientes que tuvieron hasta tres ingresos o mas (17.7 vs 11.6 , $t = 2.25$, $gl = 281$, $p = < 0.02$).

La duración de el primero, segundo y del último periodo interhospitalizaciones fueron significativamente menores entre los pacientes que tuvieron el FPG3. a) Primer periodo Interhospitalario (20.7 ± 10.1 vs 39.4 meses, $t = 15.6$, $gl = 649$, $p = 0.0001$); b) Segundo periodo interhospitalario (15.1 ± 8.1 vs 17.7 ± 11.6 meses, $t = 2.25$, $gl = 281$, $p = 0.02$) y c) Ultimo periodo interhospitalario (18.8 ± 9.7 vs 26.0 ± 17.0 , $gl = 71$, $p = 0.0001$).

Los sujetos con el FPG4 tuvieron un tiempo de evolución de los trastornos significativamente mayor que en los que no lo tuvieron (68.6 ± 56.3 vs 53.6 ± 57.9 , $t = -2.44$, $gl = 698$, $p = 0.01$). También en este grupo de FPG4 se documentó una duración significativamente mayor del segundo, cuarto y último internamientos. a) 2o internamiento (34.2 ± 9.4 vs 30.4 ± 8.4 días, $t = -3.52$, $gl = 294$, $p = 0.0001$) y b) 4o internamiento (31.5 ± 15.5 vs 10.5 ± 5.9 días, $t = -5.13$, $gl = 79$, $p = 0.0001$) y c) Ultimo internamiento (43.6 ± 22.4 vs 31.9 ± 13.7 , $t = -4.1$, $gl = 165$, $p = 0.0001$).

F) DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este es el primer estudio realizado en México y en América Latina acerca de el fenómeno de la puerta giratoria, en los pacientes que tienen o presentan múltiples ingresos a una institución psiquiátrica.

En este estudio se encontraron datos similares a los reportados por estudios previos realizados en algunos hospitales psiquiátricos de Europa y Norteamérica. Lewis y Joyce (7) en un estudio de Cohorte de 3875 primeros ingresos en Nueva Zelanda encontraron que el 8.2% de casos eran readmitidos entre 4 y 5 ocasiones, el 4.7% entre 6 y 9 ocasiones y el 1.5% más de 10 ocasiones.

Kastrup (14) en otro estudio danés de cohorte reportó que el 11% de los casos tuvieron por lo menos 4 admisiones hospitalarias, esta cifra es similar a la reportada por Korlceila y cols. (10) en Finlandia quienes encontraron que un 12.5% de sujetos presentaban cuatro a más readmisiones. Haywod y cols. Refieren en un estudio estatal de Norteamérica que el 64% de los hombres y 43% de las mujeres tuvieron cinco o más hospitalizaciones.

En el presente estudio se encontró que el proceso de rehospitalización que envuelve al paciente de puerta giratoria es un fenómeno muy complejo que probablemente depende de muchas y diferentes variables. Encontramos que la edad ha sido relacionada con el fenómeno de la puerta giratoria (FPG), encontrándose que los pacientes que la presentan tienen entre 18 y 34 años,

igualmente en otros estudios se ha reportado que los pacientes que presentan FPR son significativamente mas jóvenes que el resto de las muestras.

En estudios previos se ha tratado de determinar las características de pacientes con FPG encontrándose que los estudios con estos fines son pequeños y lejos de ser definidos, otros investigadores que intentas descubrir los factores que contribuyen a la readmisión constante han encontrado dificultades ya que las diferencias en las poblaciones de los pacientes y la metodología hacen dificiles las comparaciones (6).

En este estudio se encontraron factores que predisponen que un paciente psiquiátrico presente el FPG tales como: a) mas de tres ingresos previos, b) la falta de asistencia y seguimiento del paciente por el servicio de consulta externa, c) que la familia no asume ni se responsabiliza por el problema psiquiátrico del paciente, d) la falta de continuidad y apego al manejo farmacológico.

Así como Rosenblot y Mayer (6) encontraron que la única variable consistente de predicción en cuanto a la rehospitalizaciones es el número de readmisiones previas en el presente estudio se encontró que las readmisiones hospitalarias previas representaron una variable que predice posteriores readmisiones.

El proceso de rehospitalización que envuelve al paciente con el fenómeno de la puerta giratoria en un fenómeno muy complejo en el que sería

útil un estudio de seguimiento para promover un panorama más amplio del fenómeno.

G) BIBLIOGRAFÍA

1. PREDICTING THE "REVOLVING DOOR" PHENOMENON AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC, SCHIZOAFFECTIVE, AND AFFECTIVE DISORDERS. Am J.Psychiatry 152:6, June 1995.

2.Geller JL:IN AGAIN, OUT AGAIN: PRELIMINARY EVOLUTION OF A STATE HOSPITAL WORST RECIDIVISTS. Hosp. Community Psychiatry 1986; 37:386-390.

3.Lewis T, Joyce PR. THE NEW REVOLVING-DOOR PATIENTS:RESULTS FROM A NATIONAL COHORT OF FIRST ADMISSIONS. Acta Psychiatr Scand 1990:82:130-135.

4.Talbott JA: CARE OF THE CHRONICALLY MENTALLY ILL-STILL. A NATIONAL DISGRACE. Am J Psychiatr 136:688-689,1979
EDITORIAL:BURDEN OF SCHIZOPHRENIA. BR MED J 21 (sept) 700-707.1974

5.Rossenblatt A. Mayer JE. THE RECIDIVISM OF MENTAL PATIENTS:A REVIEW OF PAST STUDIES. Am J Orthopsychiatry 1974:44:697-706

6. Franklin JL, Kittredge LD, Trasher JH. A SURVEY OF FACTORS RELATED TO MENTAL HOSPITAL READMISSIONS. *Hosp Comm Psychiatry* 1975;26:749-756.

7. Lewis T, Joyce PR. THE NEW REVOLVING-DOOR PATIENTS: RESULTS FROM A NATIONAL COHORT OF FIRST ADMISSIONS. *Acta Pschiatr Scand.* 1990;82:130-135

8. Hoffman W, Gougleris G, Panzer M, Tigiser E, Warken R, Zimmer FP. Menerfachauenahmen in pasychatris, CHEN HRANKENHAUS EINE UNTERSUCHUNG ZUR SITUATION SOGENANTER "DRECHTUR_PATIENTEN" *Psychiatr Prax.* 1992;19:217-24.

9. Bachrach LL. THE EFFECTS OF DEINSTITUTIONALIZATION ON GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY. *Hosp Comm. Psychaitry* 1981;32:786-790.

10. Korkella JA, Karisson H, Kojari H. FACTORS PREDICTING READMISSION IN PERSONALITY DISORDERS AND OTHER NONPSYCHOIC ILLNESSES. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;92.138-144.

11. Harris m, Bergman HC, Buchrach LL: PSYCHIATRIC AND NONPSYCHIATRIC INDICATORS FOR REHOSPITALIZATION IN A CHRONIC PATIENT POPULATION. *Hosp community Psychiatry* 1996 ;37: 630-631.

12. Segal SP WATSON DISPOSITION AS A FUNCTION OF MENTAL DISORDER AND DAGEREOUSNESS INDICATORS. Arch. Gen Pschiatry 1988;45:759-63.

13. Maxine Harris, Ph.D, Helen C. Bergman REASSESSING THE REVOLVING DOOR: A DEVELOPMENTAL PERSPECTIVE ON THE YOUNG ADULT CHRONIC PATIENT. Amer J. Orthopschiat. 54(2), april 1984.

14. Kastrup M: WHO BECAME REVOLVING DOOR PATIENTS?. Acta Psychiatr Scand. 1987; 76:80-88

PREVALENCIA DEL FENÓMENO DE LA PUERTA GIRATORIA EN EL HPFBA

REGISTRO: _____

Nombre del paciente: _____ expediente _____

Edad: _____ Escolaridad (en años) _____ Edo Civil: _____

A) CRONOGRAMA DE INGRESOS HOSPITALARIOS



B) VARIABLES CLÍNICAS

Edad de inicio _____ Tiempo de evolución _____

Antecedentes Familiares de enfermedad mental:

- 1.- (): _____
- 2.- (): _____
- 3.- (): _____
- 4.- (): _____

Antecedentes Personales de enfermedad mental:

- 1.- (): _____
- 2.- (): _____
- 3.- (): _____
- 4.- (): _____

REGISTRO: _____

INTERNAMIENTO _____

Fecha de ingreso: _____ **Fecha de egreso:** _____ **Duración (días):** _____

DX DE INGRESO

- 1.- (): _____
- 2.- (): _____
- 3.- (): _____
- 4.- (): _____

DX DE EGRESO

- 1.- (): _____
- 2.- (): _____
- 3.- (): _____
- 4.- (): _____

Motivo de internamiento: _____

Motivo de egreso: _____

TX. de egreso: _____

REGISTRO: _____

INTERNAMIENTO _____

Fecha de ingreso: _____ **Fecha de egreso:** _____ **Duración (días):** _____

DX DE INGRESO

- 1.- (): _____
- 2.- (): _____
- 3.- (): _____
- 4.- (): _____

DX DE EGRESO

- 1.- (): _____
- 2.- (): _____
- 3.- (): _____
- 4.- (): _____

Motivo de internamiento: _____

Motivo de egreso: _____

TX. de egreso: _____

Registro: _____

Periodo intermedio _____ Y _____

Duración del periodo externo _____

Asistencia a consulta externa:

si () no ()

No de consultas: _____

Tratamiento en instancia extrainstitucional:

si () no ()

¿Cual? _____

Periodo intermedio _____ Y _____

Duración del periodo externo _____

Asistencia a consulta externa:

si () no ()

No de consultas: _____

Tratamiento en instancia extrainstitucional:

si () no ()

¿Cual? _____

Periodo intermedio _____ Y _____

Duración del periodo externo _____

Asistencia a consulta externa:

si () no ()

No de consultas: _____

Tratamiento en instancia extrainstitucional:

si () no ()

¿Cual? _____

Periodo intermedio _____ Y _____

Duración del periodo externo _____

Asistencia a consulta externa:

si () no ()

No de consultas: _____

Tratamiento en instancia extrainstitucional:

si () no ()

¿Cual? _____

Periodo intermedio _____ Y _____

Duración del periodo externo _____

Asistencia a consulta externa:

si () no ()

No de consultas: _____

Tratamiento en instancia extrainstitucional:

si () no ()

¿Cual? _____