

112396

**“FRECUENCIA Y EVOLUCION DE PACIENTES CON REINGRESOS
HOSPITALARIOS MULTIPLES EN UN
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL”**

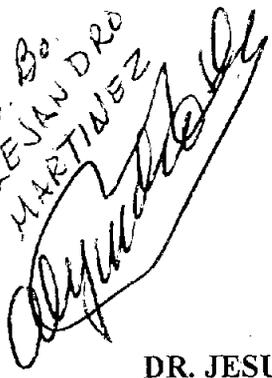
**TÉSIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

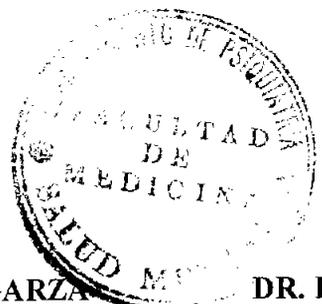
DR. RAMON CORTES GUTIERREZ

**DEPERTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
DR. JUAN N. NAVARRO**
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA
DIVISION DE INVESTIGACIONES CLINICAS**

*Vo. Bo.
DR. ALEJANDRO DIAZ
MARTINEZ*





DR. JESUS DEL BOSQUE GARZA
TUTOR TEORICO


DR. FRANCISCO PAEZ AGRAZ
TUTOR METODOLOGICO

2002



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.

**“FRECUENCIA Y EVOLUCION DE PACIENTES CON REINGRESOS
HOSPITALARIOS MULTIPLES EN UN
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL”**

**TÉSIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

DR. RAMON CORTES GUTIERREZ

**DEPERTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL

DR. JUAN N. NAVARRO

**INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA
DIVISION DE INVESTIGACIONES CLINICAS**

**DR. JESUS DEL BOSQUE GARZA
TUTOR TEORICO**

**DR. FRANCISCO PAEZ AGRAZ
TUTOR METODOLOGICO**

MARCO TEORICO	1
POLITICAS DE DESINSTITUCIONALIZACION DEL ASILO A LA HOSPITALIZACION BREVE	4
TEORIAS CLINICAS QUE EXPLICAN EL ORIGEN DEL FENOMENO DE LA PUERTA GIRATORIA	9
DEFINICION DE EL FENOMENO DE "EL FENOMENO DE LA PUERTA GIRATORIA"	17
VARIABLES CLINICAS	23
CARACTERISTICAS DEL PADECIMIENTO EL FENOMENO DE LA PUERTA GIRATORIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	29
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
OBJETIVOS	33
METODOLOGIA	34
VARIABLES	35
ANALISIS ESTADISTICO	36
RESULTADOS	39
DISCUSION	40
	43
BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	50

TITULO:
**“FRECUENCIA Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON REINGRESOS
HOSPITALARIOS MÚLTIPLES EN UN
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL”**

MARCO TEÓRICO

El cambio histórico del tratamiento del enfermo mental centrado en la hospitalización prolongada con un énfasis en la construcción de asilos, hacia una atención más abierta y promotora de la reinserción del paciente a su comunidad, ha provocado un fenómeno que, en los últimos años, ha llamado la atención a los profesionales de la administración en salud mental pública: la rehospitalización frecuente, también conocida como el “fenómeno de la puerta giratoria” (FPG).

Un número importante de enfermos mentales, ya sea por su padecimiento, por la carencia de redes sociales de apoyo o de deficiencias específicas en los sistemas de atención en salud mental puede caer en un círculo vicioso de ingreso y egreso hospitalario que, sin resolver el problema individual, genera una carga financiera importante para las instituciones que proporcionan los servicios de atención psiquiátrica.

El estudio de los sujetos con el FPG no es reciente y diversos factores, tanto clínicos como demográficos, han sido encontrados como predictores específicos del mismo. El FPG no sólo depende de elementos individuales, sino que se ve inmerso en las complejas situaciones que se viven en el país y tiempo en el que es estudiado. Este tipo de fenómenos deben pues, ser estudiados con diferentes ópticas y en geografía y condiciones diferentes para tratar de responder a las preguntas que plantee el sitio de estudio en particular.

Este trabajo pretende explorar la prevalencia del FPG en el hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro, siendo el único en la República Mexicana con el objeto de reconocer los principales factores clínicos y demográficos involucrados, a fin de que el problema sea reconocido como tal por las autoridades hospitalarias en lo particular y sanitarias en lo general, para tratar de proponer medidas específicas que acoten la magnitud del problema.

Un subgrupo de pacientes psiquiátricos son conocidos como pacientes de "puerta giratoria", por su alta frecuencia en admisiones y egresos del hospital.

Las estadísticas nos demuestran que aunque los números de primeras admisiones han estado relativamente estables, el número de pacientes que tienen readmisiones se ha incrementado considerablemente (1).

Esta situación ha atraído la atención y el consternamiento de los trabajadores de la salud mental; no solamente al cuerpo clínico sino también al administrativo de los hospitales o unidades psiquiátricas.

La literatura les ha adjudicado una multitud de rótulos o etiquetas como los son: "recidivistas", "Pacientes con múltiples readmisiones", "pacientes con rehospitalizaciones frecuentes", "usuarios frecuentes", "multiusuarios de servicios", "usuarios intermitentes", etc.

El paciente con FPG es uno de los más problemáticos para tratar y de los más costosos para los sistemas de salud. En algunos lugares comprenden hasta la mitad de todas las admisiones psiquiátricas (2).

Desgraciadamente aun no existe una definición operacional generalizada de lo que es el fenómeno de Puerta Giratoria. Investigaciones anteriores han

utilizado criterios altamente variables para definir al fenómeno de Puerta Giratoria a veces desde 3,4,5 y hasta 15 o más hospitalizaciones psiquiátricas (3,4).

Otros sugieren una definición más precisa, Rosse y cols (5), por ejemplo, definen a la Puerta Giratoria como un "patrón de cortas hospitalizaciones seguidas de repetidas admisiones". Sus términos "cortas" y "repetidas" colocan a esta definición en una situación ambigua.

Woogh (6) sugiere que Puerta Giratoria es cuatro o más admisiones. Otros combinan el número de admisiones con otros factores, por ejemplo, Lemer y cols (7) lo definen como pacientes que pasan por lo menos un cuarto de su periodo de seguimiento dentro del hospital y acumulan su periodo de estancia en sus múltiples hospitalizaciones.

El común denominador de varias definiciones en distintos estudios es 4 o más admisiones, pero con variaciones en el tiempo de observación. Korkelia y cols (8) lo define como 4 o más admisiones dentro de un periodo de 5 años, al igual que lo hace Lewis (2).

POLITICAS DE DESINSTITUCIONALIZACION. DEL ASILO A LA HOSPITALIZACIÓN BREVE

Paralelamente a la evolución del concepto de enfermedad mental se plantea el problema de la asistencia a los enfermos mentales. En el campo de la asistencia psiquiátrica, el manicomio se concibe como prestador de una asistencia anacrónica e injustificada tanto científica como socialmente, muchas veces inoperante y otras francamente perjudicial.

La toma de conciencia por parte de los psiquiatras de los errores de la asistencia sanatorial data de muchos años, y sin embargo, en algunos casos no cambian o cambian muy lentamente.

Hoy existe ya una idea clara acerca de los graves daños que produce la hospitalización prolongada e indefinida, totalmente injustificada fuera de las fases agudas de trastorno psíquico. El grave efecto del hospitalismo, se puede traducir en la inactividad, la pérdida de la iniciativa que supone el estar ingresado durante largo tiempo, y la pavorosa acumulación de centenares de pacientes, muchas veces hacinados y sin los cuidados mínimos, no ya de higiene mental, sino muchas veces de la elemental higiene general.

Las deficiencias asistenciales han sido otra de las fuentes que han originado el surgimiento de la actitud contestataria que supone la antipsiquiatría. La trágica apariencia que hace años presentaban las clínicas psiquiátricas, actualmente se ha modificado de una forma extraordinaria a causa de los recursos de la psicofarmacología. El psiquiatra sanatorial posee hoy una extensa gama de drogas que le permiten actuar sobre la agitación, la ansiedad, las alteraciones psicomotrices, la impulsividad y la explosividad. (9)

Aunque la postura contraria al uso de los fármacos, por parte de la antipsiquiatría, puede ser cuestionada, el hecho es que la actitud crítica de este movimiento favoreció en muchos países el abandono de las estrategias de asistencia asilar, para sustituirlas con otras de índole comunitario e integral.

En Italia la desinstitucionalización está representada principalmente por Franco Basaglia, que dirigió el Hospital Psiquiátrico de Gorizia desde 1961 hasta 1969, después asumió la dirección del Hospital Psiquiátrico de Colorno, en Parma y finalmente pasó a Trieste a dirigir otra institución psiquiátrica. Por donde ha pasado, Basaglia ha implantado ideas que pueden considerarse revolucionarias, cambiando por completo el tipo de asistencia y de trato a los internos. Es una personalidad fuertemente polémica, que dio lugar a conflictos con la administración por su actitud decidida e intolerante con los fallos que generaba la inercia administrativa. En su opinión, la misión del psiquiatra es "luchar contra el sistema que permite las nefastas condiciones de la asistencia actual". "O se es cómplice, o se actúa y se destruye", radicalización que prácticamente roza con la anarquía y la utopía.

Su obra que ha tenido más repercusión y conocido una amplia difusión es L'INSTITUZIONE NEGATA (La Institución negada), producción colectiva del equipo del Hospital de Gorizia.

Se trata de un extenso informe que recorre toda la historia de la experiencia antipsiquiátrica de Gorizia, es decir, la transformación de un manicomio tradicional en una institución operativa que ha intentado desterrar y destruir la imagen habitual de la enfermedad mental.

El equipo de Basaglia desarrolla sus concepciones en confrontación directa con el sistema asistencial de todas las instituciones sociales, no solamente las psiquiátricas, sino incluso las que se ocupan de otros "desviados sociales". La

característica de la actitud de la sociedad frente a los desviados es el régimen custodial punitivo que persigue el control social de una forma totalitaria. Al rebelarse contra las bases de este sistema intentan establecer las líneas generales de un tipo distinto de ayuda social. Para ellos, salud y enfermedad, normalidad y desviación, dentro y fuera, más y menos, antes y después, son, en el mundo totalitario capitalista, polos contrarios y equivalentes de una realidad única. (9)

Un equipo de trabajadores propuso dismantelar sistemáticamente la estructura autoritaria de un hospital psiquiátrico provincial de Gorizia en la frontera entre Italia y Yugoslavia. El proyecto no pretendía simplemente que el asilo "funcione mejor", sino quería sentar las bases de su destrucción total. La existencia del asilo representaba una contradicción. La contradicción central de la propia psiquiatría: la que existe entre la cura y la custodia.

El grupo de Gorizia se dio cuenta que mientras sus actividades se viesan confinadas entre las paredes del asilo, se encontrarían en un callejón sin salida. Era necesario salir del asilo e introducirse a la comunidad, ya que era en ella donde estaban las contradicciones que creaban los sufrimientos mentales.

En 1971 se pone en marcha el dismantelamiento del asilo municipal con la instauración concomitante de servicios comunitarios descentralizados (9). A los pacientes había que devolverles sus derechos como ciudadanos, en términos tanto legales como económicos, remplazando su situación de custodia por otra contractual. Este proceso consiste en poner los cimientos definitivos de su pertenencia al cuerpo social. Era el primer paso, y no el último, hacia la rehabilitación del ex-internado.

Mientras que antes las instituciones mediaban entre el paciente y el mundo exterior, la nueva meta consistía en establecer una relación directa. A tal efecto

una gran parte de los esfuerzos del equipo durante los primeros años del proyecto se encaminó hacia la creación de nuevos vínculos entre los pacientes y la sociedad (10).

Las transformaciones que estamos describiendo no tuvieron lugar de la noche a la mañana, desde luego, sino a lo largo de un periodo de siete años: a los pacientes se les dio de alta solo gradualmente y en el lapso intermedio se hicieron cambios drásticos en el modo de dirigir el hospital.

El primer paso consistió en eliminar la regimentación y la coerción física a la que estaban sometidos los internos del hospital. Se abolieron todos los mecanismos de coerción así como la administración de electrochoques e insulino-terapia: cuando era necesario sujetar al paciente se hacía siempre de manera personal en vez de mecánica. Seguían administrándose fármacos pero solo para facilitar el desarrollo de relaciones personales y nunca como tratamiento exclusivo.

A las actividades grupales, se les dio carácter de voluntarias, se abandonaron las que nada hacían por satisfacer las necesidades del paciente y se estimularon las que ayudaban al paciente a recuperar su condición de ser social. Se mostraron películas y obras teatrales importantes, permitiéndoles la entrada al público, a menudo atraían a gran número de personas ajenas al hospital.

También se organizaron vacaciones para grupos de pacientes, los cuales se alojaban en hoteles normales de la costa. Así no bastó con eliminar las barreras físicas entre los pacientes y el mundo exterior: hubo que idear actividades que echaran abajo las barreras sociales que existían aún. (10)

Se trataba de que los pacientes recuperaran su autonomía mas que organizarles la vida. Sin embargo para la mayoría no fue posible encontrar alojamiento fuera del hospital, lo que obligó a acondicionar como residencia algunos de los edificios vacíos. Allí los ex-pacientes podían comer y dormir en calidad de huéspedes.

Finalmente algunos pacientes, los que requerían una ayuda constante por ser demasiado viejos o estar incapacitados, permanecieron en el hospital hasta que finalmente se les trasladó a un hospital general.

El equipo de "primeros auxilios", que se creó en 1977, proporciona un servicio de urgencias abierto las veinticuatro horas del día: puede recurrir a él, por ejemplo, el personal del hospital general cuando se ve incapaz de solucionar alguna situación. El equipo decidía sobre la marcha si hay que ingresar o no al paciente; cuando era posible se evitaba el ingreso, pero, en el supuesto que fuera inevitable, se lleva a cabo con un mínimo de formalidades; Se establece contacto con parientes y vecinos para investigar los orígenes de la crisis.

La introducción de este servicio produjo un acusado descenso del número de pacientes ingresados en la sala de tratamiento. (10)

El fenómeno de desinstitucionalización aplicado en forma arbitraria y sin un trabajo comunitarios que acompañara la reinserción del enfermo en su sociedad genero en muchos países, el reingreso persistente a las instituciones. En la misma Italia en las ciudades del centro y sur el fenómeno del reingreso se hizo muy frecuente y los hospitales con orientación asilar regresaron a funcionar.

TEORIAS CLINICAS QUE EXPLICAN EL ORIGEN DEL FENÓMENO DE LA PUERTA GIRATORIA

La literatura ha descrito a los pacientes que presentan el fenómeno de puerta giratoria (FPG) como un subgrupo de los pacientes crónicos mentales que tienen una alta demanda por los servicios de salud mental.

Estas teorías sugieren que el síndrome de puerta giratoria, refleja deficiencias significativas a tres diferentes niveles:

1. Disfunción Organísmica

Muchos de los pacientes, con el FPG manifiestan, independientemente de su primer diagnostico, defectos en su constancia de sí mismos (self) y su constancia objeto. Su sentido de identidad personal esta casi siempre, confuso, variable y fragmentado. Hay una frecuente ausencia de metas, valores, y planes consistentes. En algunos casos, la fragmentación a nivel organismico puede ser profunda.(11)

Cuando se da el caso de que la perdida de la identidad llega a niveles tan altos, no tiene significado hablar de intervenciones de tratamiento, que no se encargan específicamente de atender este defecto básico. Incluso, aunque los pacientes estén de acuerdo en el tratamiento, se corre el riesgo que al siguiente día, el paciente experimente un cambio de identidad que no este de acuerdo al tratamiento o que incluso ni recuerde el acuerdo de intervención.(12)

Esta fragmentación en la identidad puede incluso afectar las relaciones interpersonales pasadas y futuras del individuo. Los pacientes pueden incluso

inventar un conjunto de recuerdos relacionados con su personalidad y vida pasadas. (13)

Bajo estas circunstancias, las historias de vida de que relatan estos pacientes carecen de credibilidad. Sin ser capaces de establecer su propia realidad en el pasado es muy difícil aprender de su comportamiento pasado. Los patrones disfuncionales son repetidos una y otra vez. Prácticamente se puede decir que cada paciente nace cada día, sin experiencias ni conocimientos que le sirvan de guía.

Pacientes quienes se inventan las funciones del ego como memoria y prueba de realidad presentes tendrán dificultades en planear el futuro. Es decir; un paciente puede estar de acuerdo en buscar un trabajo o encontrar un apartamento, pero si esos planes no emanan de un sistema del Self sólido de metas y valores, estos serán perdidos tan pronto como el arreglo del tratamiento termine, es decir unos minutos o unas horas después. Esta experiencia resulta muy frustrante para los miembros del personal medico y para los familiares.

Los pacientes que no tienen un coherente y sólido sentido de si mismos, también mostrarán fallas para archivar una real y consistente figura de las otras personas. Con estas distorsiones de percepción del mundo interpersonal tienen obvias y negativas implicaciones para la continuidad del cuidado de si mismos y seguimiento de metas y planes de vida. Toda esta disfunción, puede dar mucha frustración y puede causar que los familiares y amigos dejen sus buenas intenciones y entonces abandonen al paciente.

En el nivel orgánico, entonces, hay una profunda fragmentación del sentido del self y de los demás. Esto se traduce en el hecho de que no se puede predecir en realidad la colaboración del paciente con el tratamiento.

Desde esta perspectiva, no es sorprendente que los pacientes con estas características salgan y entren constantemente de los hospitales y servicios externos de salud mental. (14)

En ocasiones el paciente ve a los miembros del personal médico como salvadores, y al siguiente minuto el paciente puede estar peleando con los mismos miembros del personal médico que ahora son vistos como muy malos.

En resumen, aunque los pacientes con FPG son frecuentemente percibidos como una falla del los sistemas de servicios de salud mental, también puede ser entendido como una inevitable parte del curso clínico de algunos pacientes con altos grados de fragmentación del ego.

2. Disfunción interpersonal.

La sociedad no recibe bien a este tipo de personalidades que son inconsistentes y poco confiables en sus relaciones interpersonales. La mayoría de estos pacientes no ha tenido una exitosa separación de sus familias como adultos autónomos quienes sean capaces de funcionar independientemente, y como mantener relaciones satisfactorias con los miembros de su familia.

Mas precisamente, siendo explícitamente dependientes de sus familias, estos pacientes se involucran en relaciones volátiles y antagonistas con miembros de su familia.(13). Frecuentemente, estos pacientes están con parientes, por cortos pero intensos periodos de tiempo, en los que se empeñan en pelear y causar problemas, lo cual da como resultado que los echen de sus hogares. Así pasan fuera del hogar un tiempo y regresan otra vez para otro encuentro emocional.

Recordando a Mahler (15), en lo que respecta a la base de operaciones que representa la madre cuando el niño trata de descubrir el mundo en el camino que lo lleva de la dependencia a la independencia. En el desarrollo normal, se supone que los niños en este camino, son capaces de desarrollar un sentimiento de seguridad acerca del mundo y confort acerca de si mismos y su habilidad para funcionar en la realidad.

Después de algún tiempo, el niño puede entonces separarse y consolidar su self y lograr su autonomía. (15)

Desafortunadamente para los individuos que desarrollan dinámicas fronterizas, este proceso no esta completado. Aquí, la madre de el futuro fronterizo, tal vez responde al regreso del niño con una helada repulsión y solo demuestra calidez y soporte emocional cuando restablece una postura dependiente. Por eso es que los pacientes crónicos nunca adquirieron el sentido de si mismos para ser capaces de funcionar adecuadamente de manera independiente. (16)

Para complicar el cuadro, las instancias de tratamiento en ocasiones refuerzan el modelo defectuoso del desarrollo interpersonal con estos pacientes.

Los pacientes son capaces de recibir los servicios de las instituciones solo mientras sean totalmente dependientes de estas. Cuando el paciente muestra cualquier tipo de pensamiento independiente, o intenta desviarse de el plan de tratamiento desarrollado por los miembros del staff, la reacción de las agencias es casi por lo general áspera. Los pacientes tienden a ser criticados y algunas veces son transferidos a otros programas de control más amplio, separándolos de ciertos terapistas en quienes ya confiaban.

Con el objeto de no reproducir este modelo patológico, los clínicos deberían sentirse cómodos con sus pacientes cuando se dirigen hacia una mayor autonomía que cuando enferman y buscan de nuevo un refugio dentro de un encuadre más dependiente.

En vez de ver la independencia como un fenómeno de todo o nada, los clínicos deberían de verlo como una meta a la que el paciente accede gradualmente a través de estados variables, en diferentes fases. Al principio del tratamiento el paciente será más dependiente, con grandes necesidades de cercanía y soporte, con el paso del tiempo el balance cambiará, conforme el paciente va logrando mas autonomía.

El camino desde la dependencia a la autonomía, no procede en una línea recta, hay frecuentes regresos temporales a posiciones de dependencia a medida de que el paciente se dirige a una mayor individuación.

Finalmente, el concepto de la fase de reaproximación durante el desarrollo, que esta representada por vacilaciones entre necesidades de acercamiento y autonomía, puede ser útil en la comprensión misma del fenómeno de la puerta giratoria.

Cuando los pacientes vienen y van de la seguridad y cuidados del hospital a la libertad y la autonomía de la comunidad, esta reviviendo el movimiento de cercanía y acercamiento característico de la fase de reaproximacion, temprana en el desarrollo, aunque no de la manera exitosa como la que supone el desarrollo normal del individuo.

El modelo de puerta giratoria representa un desarrollo truncado del estado de reaproximación. Por eso es tan importante que los hospitales no repitan este

modelo de funcionamiento y permitan que los pacientes se muevan gradualmente de la dependencia sin que por ello se sientan abandonados.

El personal médico del hospital puede facilitar su salida de la fase de reaproximación de una vez por todas. (17)

3. Disfunción social

Los pacientes con FPG generalmente no poseen redes de apoyo dentro de la sociedad y la comunidad, esto trae como consecuencia que no encuentran ningún lugar de soporte salvo el hospital estatal.

Las redes sociales de los pacientes crónicos son mucho más pequeñas que las de los pacientes normales o neuróticos debido lógicamente a sus disfunciones orgánicas e interpersonales. (18)

Durante el tiempo en que el paciente entra y sale del hospital a la comunidad y viceversa, los miembros de las redes sociales con que contaban, empiezan por relacionarse con otras personas que no guardan relación alguna con el paciente y cada vez la relación de estos y el paciente se ve más afectada llegando a desaparecer.

Por ejemplo, al tiempo de hacer planes para el egreso del paciente del hospital hacia una vida en la comunidad, puede darse el caso de que el paciente insista mudarse con algún familiar específico. El hospital hace la labor de investigación y descubre que esa persona no ha tenido contacto con el paciente desde hace mucho tiempo y que su último encuentro fue tormentoso y no se le aceptará ahí.

El paciente se ve rechazado de una o varias formas quedándole como alternativa la rehospitalización. El paciente empieza a formar sus redes sociales dentro del hospital ya que pasan mas tiempo ahí que en cualquier otro lugar. Se relacionan con otros pacientes quienes sufren de relaciones interpersonales y de dificultades intrapsíquicas similares. Y así, es sólo dentro del hospital donde se cubren sus necesidades emocionales y materiales. (19)

Los pacientes crónicos, tienden a exhibir disfunción a tres niveles: Organismica, interpersonal y social. La disfunción en cada nivel se refleja en y se relaciona con la disfunción en los otros dos niveles.

En el nivel "organismico", el paciente experimenta deficiencias en el ego y fragmentación del self. En el nivel interpersonal, el paciente tiene dificultades para establecer relaciones significativas con los demás. En el nivel social, el paciente tiene se ve limitado por redes sociales empobrecidas, las cuales se encuentran prácticamente fuera de su alcance en tiempos o fases criticas.

A nivel "organismico" la puerta giratoria puede reflejar una confusión en las metas y deseos personales, en función de la fragmentación del ego de un individuo que carece de un sentido del self estable y coherente. En el nivel interpersonal, la puerta giratoria puede reflejar un lento intento para establecer balance entre autonomía y dependencia.

Finalmente, en el nivel social, el FPG puede representar la búsqueda del paciente de relaciones de apoya continuas, cuando la red social del individuo aparece inadecuada para necesidades presentes.

Las intervenciones terapéuticas que se centran en la distorsionada autoimagen del paciente deben ser utilizadas en un lugar de tratamiento que apoye relaciones interpersonales estables con los miembros del staff. Al mismo

tiempo, los pacientes deben tener acceso a una red de apoyo que sea adecuada para sus complejas y variadas necesidades.

Este trabajo ha identificado la disfunción entre los diferentes niveles entre estos pacientes. Al planear el tratamiento apropiado para ellos se tiene que ser responsivos a las múltiples deficiencias sociales y del desarrollo. (20)

El entender la variedad de disfunciones existentes, permite una visión más realista de lo que los pacientes necesitan y de la probabilidad de como estos van a utilizar el sistema de tratamiento.

El tratamiento realista requiere que la FPG no sea observado como un problema. En ocasiones, se le puede encontrar un uso terapéutico y de hecho, puede representar una parte necesaria de tratamiento, como resultado de la interacción del ego fragmentado del paciente y de las inadecuaciones del sistema que proporciona los servicios de atención.

DEFINICION DEL FENOMENO DE "EL FENÓMENO DE LA PUERTA GIRATORIA"

Un subgrupo de pacientes psiquiátricos son conocidos como pacientes de "puerta giratoria", por su alta frecuencia en admisiones y egresos del hospital.

Las estadísticas nos demuestran que aunque los números de primeras admisiones han estado relativamente estables, el numero de pacientes que tienen readmisiones se ha incrementado considerablemente. (21)

Esta situación ha atraído la atención y el consternamiento de los trabajadores de la salud mental; no solamente al cuerpo clínico sino también al administrativo de los hospitales o unidades psiquiátricas.

La literatura les ha adjudicado una multitud de rótulos o etiquetas como los son: "recidivistas", "Pacientes con múltiples readmisiones", "pacientes con rehospitalizaciones frecuentes", "usuarios frecuentes", "multiusuarios de servicios", "usuarios intermitentes" etc.

Lo cierto es que los proveedores de servicios de salud mental los experimentan como una masa importante de pacientes y los recursos que se requieren para encontrar y satisfacer sus necesidades pueden ser enormes. Estas son personas con serios y persistentes problemas de enfermedad mental.

El paciente con FPG es uno de los más problemáticos para tratar y de los más costosos para los sistemas de salud. En algunos lugares comprenden hasta la mitad de todas las admisiones psiquiátricas. (22)

Por citar algunos ejemplos, Pablo y cols (23), en un estudio realizado en una unidad psiquiátrica del Hospital General de Calgary en Canadá, encontraron

que el 60% de las admisiones eran en realidad readmisiones; cifra similar a la que reporta Elizabeth K. Mclean en un estudio de índices de readmisión en Londres.

Desgraciadamente aun no existe una definición operacional generalizada de lo que es el fenómeno de Puerta Giratoria. Investigaciones anteriores han utilizado criterios altamente variables para definir al fenómeno de Puerta Giratoria aveces desde 3,4,5 y hasta 15 o más hospitalizaciones psiquiátricas. (22)

Otros sugieren una definición más precisa, Rose y cols .(1997) (62), por ejemplo, definen a la Puerta Giratoria como un "patrón de cortas hospitalizaciones seguidas de repetidas admisiones". Sus términos "cortas" y "repetidas" colocan a esta definición en una situación ambigua.

Woogh, (6) sugiere que Puerta Giratoria es cuatro o más admisiones (5 años). Otros combinan el número de admisiones con otros factores, por ejemplo, Lemer y cols (1989), (30) lo define como pacientes que pasan por lo menos un cuarto de su periodo de seguimiento dentro del hospital y acumulan su periodo de estancia en sus múltiples hospitalizaciones.

Kastrup, (1) en sus estudios al respecto, lo define como: 1) pacientes con un mínimo de 4 admisiones, 2), sin periodos de admisión o egreso que duren más de $\frac{1}{4}$ parte del periodo de observación o 3) por lo menos cuatro admisiones durante la primera cuarta parte del periodo de observación.

El común denominador de estas definiciones es 4 o más admisiones, pero con variaciones en el tiempo de observación. Korkelia y cols (8) lo define como 4 o más admisiones dentro de un periodo de 5 años, al igual que lo hace Lewis (2).

En la tabla que se muestra a continuación se anota la definición del FPG y la prevalencia reportada por el autor para dicha definición.

AUTOR	DEFINICIÓN	FRECUENCIA
<p>Lewis y Joyce Nueva Zelanda (1990) Estudio: "Los nuevos pacientes de Puerta Giratoria, resultado de una cohorte nacional"</p>	<p>4 o más admisiones en un periodo de 5 años de seguimiento.</p>	<p>Estudio de cohorte de 3,875 hombres y 3,965 mujeres entre 15 y 64 años: 59% tuvieron solo una admisión. 14.6% cumplieron con el criterio de Puerta Giratoria.</p>
<p>Kastrup Dinamarca (1987) Estudio: "El uso de un registro psiquiátrico en predecir para predecir la aparición del FPG"</p>	<p>mínimo de 4 admisiones y 1) no admisiones o salidas por lo menos dentro de un cuarto del periodo de observación ó por lo menos 4 admisiones en el primer cuarto del periodo de observación.</p>	<p>Estudio de cohorte de 5,881 hombres y 6.856 mujeres reportó que 11% de los casos tuvieron por lo menos 4 admisiones hospitalarias.</p>
<p>Korkelia Finlandia (1995) Estudio: "Factores que predicen readmisiones en desordenes de personalidad y otras</p>	<p>4 o más admisiones en un periodo de 5 años.</p>	<p>Estudio de cohorte de 64 sujetos, 24 hombres y 40 mujeres, donde 12.5% de los sujetos presentaron 4 o más readmisiones.</p>

<p>enfermedades no psicóticas”.</p> <p>Haywood E.U.A (1995)</p> <p>Estudio: “Prediciendo el FPG entre pacientes con esquizofrenia, y desordenes afectivos y esquizoafectivos”</p>	<p>5 o más hospitalizaciones psiquiátricas.</p>	<p>Estudio de cohorte de 135 pacientes de los cuales el 64% de hombres y 43% de mujeres tuvieron 5 o más hospitalizaciones.</p>
<p>Rabinowitz Israel (1994)</p> <p>Estudio: “Perediciendo el fenómeno de Puerta Giratoria.”</p>	<p>4 ó más admisiones con menos de 2 y medio años entre admisiones consecutivas.</p>	<p>2220 pacientes 4570 hospitalizaciones 59%-una admisión 41%-2 ó más admisiones 23%-3 ó más admisiones 14%-4 ó más admisiones</p>
<p>Aldige y cols. E.U.A (1991)</p> <p>Estudio: “Outpatient Comminment for revolving door patients”</p>	<p>4 ó mas hospitalizaciones psiquiátricas.</p>	<p>Estudio de 1226 pacientes dentro de los cuales un 13.7% resulto paciente de puerta giratoria.</p>

Los estudios de seguimiento de pacientes con el FPG han provisto de un panorama muy 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.

El número de readmisiones ha sido interpretado como un signo de factores asociados al paciente y /o al tratamiento.

a) Premisas relacionadas con el paciente.

El FPG es una consecuencia inevitable de los síntomas de la enfermedad, el paciente vuelve una y otra vez debido a la naturaleza de su enfermedad.

Muchos de los pacientes crónicos son egresados de los hospitales y salen a vivir una triste existencia en el descuido absoluto de la comunidad. Al ser percibido como una carga para sus familiares, ello condiciona la recaída, al no cumplirse en forma adecuada con los regímenes de tratamiento prescrito (medicación, asistencia a consultas externas). La consecuencia de ello es la crisis que lleva inevitablemente al reingreso.(22)

Woogh (6) demostró, en un estudio nacional de cohortes, una tendencia hacia el incremento de admisiones múltiples en poblaciones no-psicóticas (adictos, orgánicos, trastornos de la personalidad).

b) Factores asociados al tratamiento.

Instituciones. Algunos autores refieren que el incremento en el número de hospitalizaciones durante las recientes décadas se explica por las "políticas de desinstitucionalización" que tuvieron lugar en los 60's. En los capítulos previos se ha revisado este aspecto en su sustento teórico.

Otros estudios especulan que el repetido número de hospitalizaciones psiquiátricas son producto de instalaciones inadecuadas para la rehabilitación y de un seguimiento en el tratamiento deficiente y pobre.

En 1974 Rosenblatt y Mayer concluyeron con su revisión que el único factor consistente como predictor de futuras admisiones fue el número de admisiones previas. Este hallazgo fue confirmado recientemente por Havassy y cols (31).

VARIABLES CLINICAS

a) *DIAGNOSTICO*

Hillard y cols (24), en su estudio titulado "Determinantes para la admisión de emergencia en adolescentes y adultos" reporta con respecto a las variables diagnosticas que los adultos con comportamiento agresivo, tendencias suicidas y diagnostico primario de esquizofrenia o trastornos afectivos, predicen mejor los índices de rehospitalización.

Para los adolescentes las tres variables más importantes fueron las tendencias suicidas, abuso físico y un primer diagnostico de esquizofrenia.

Katstrup y cols (1), realizan un estudio titulado "Quien se convierte en paciente de puerta giratoria?", Este estudio consiste en una cohorte representando todas las primeras admisiones del Hospital Psiquiátrico de Dinamarca, durante el periodo de Abril 1, 1970 a Marzo 31, 1971 Fue seguido por 10 años en el registro psiquiátrico. La cohorte consistió en 5881 hombres y 6856 mujeres, mayores de 15 años de edad. La población con el FPG fue definida como pacientes con un mínimo de cuatro admisiones y 1) no admisiones o egresos por lo menos dentro de un cuarto del periodo de observación o 2) Por lo menos 4 admisiones en el primer cuarto del periodo de observación. Las tasas de incidencia fueron 3.14 masculinos y 3.55 femeninos por cada 1,000. Los pacientes con FPG fueron mas jóvenes que los demás, solteros o divorciados, y vivían en grandes ciudades. Para hombres encuentra abuso de substancias y trastorno s de personalidad como diagnósticos de riesgo muy elevado así como psicosis psicógena, maniaco depresión y neurosis en lo que respecta al sexo femenino. 21.9% de los hombres y 13.0% de las mujeres tuvieron mas de 10 admisiones y 4.5% de hombres y 3.7% de mujeres pasaron mas de 5 años en el hospital.

En su estudio encontró que pacientes entre 15 y 24 años de edad con un diagnóstico de esquizofrenia eran un grupo de pacientes de riesgo a convertirse en pacientes de puerta giratoria en ambos sexos. El grupo de 15 -24 años de edad fue 21% y 13% hombres y mujeres respectivamente que llegaron a convertirse en pacientes de puerta giratoria, y esquizofrénicos 46% de hombres y 30% de mujeres llegaron a convertirse en pacientes con FPG.

Tabla de la comparación entre grupo diagnóstico en pacientes de puerta giratoria y otros pacientes:

Grupo Diagnostico	HOMBRES		MUJERES	
	<i>Puerta Giratoria</i>	<i>Otros Pacientes</i>	<i>Puerta Giratoria</i>	<i>Otros Pacientes</i>
Esquizofrenia	8.8	2.4	4.7	1.4
Psicosis Maniaco-Depresivas	6.3	7.4	15.0	9.4
Psicosis Senil	2.6	13.9	1.3	12.6
Psicosis Orgánica	5.0	7.9	4.9	6.0
Psicosis Psicógena	12.5	12.5	17.1	14.5
Neurosis	6.6	13.6	28.6	28.2
Trastornos de Personalidad	20.5	17.2	15.6	13.6
Trastornos Adictivos	30.6	14.8	7.2	4.1
Otros Diagnósticos	7.2	10.4	5.7	10.1

Lewis y Joice (2) realizan un estudio titulado "Los nuevos pacientes de puerta giratoria: resultados de una cohorte nacional de pacientes de primera admisión" Una cohorte de todas las primeras admisiones del Hospital psiquiátrico de Nueva Zelanda y de las unidades psiquiátricas de los hospitales generales en 1980 y 1981 fue seguida y estudiada por un periodo de tiempo de 5 años. La cohorte consistió en 3875 hombres y 3965 mujeres de edades desde los 15 a los 64 años. De estos sujetos, 59.4% tuvieron solo una admisión, y 14.6% entraron en su criterio de FPG (4 o mas admisiones en un periodo de 5 años de seguimiento). Basados en la información de la primera admisión, pacientes quienes eran jóvenes y tenían un diagnóstico psicótico tendían a convertirse en

pacientes con FPG. Pacientes con un primer diagnostico de esquizofrenia constituyo un grupo muy amplio de pacientes con FPG tanto en el sexo masculino como en el femenino. Encuentran entonces que los sujetos jóvenes y la presencia de un diagnostico de trastorno psicótico se traduce en una mayor probabilidad de convertirse en un FPG, para ambos sexos.

En los pacientes de sexo masculino el fenómeno esta asociado con el abuso de sustancias y en el sexo femenino con trastornos afectivos. Esto sucede porque trastornos afectivos en mujeres y abuso de sustancias en hombres fueron los diagnósticos más comunes de primera admisión, y por que estos trastornos por si mismos están asociados con una muy alta probabilidad de que los pacientes que los poseen tengan admisiones múltiples.

Los autores aseguran que en Nueva Zelanda hay un incremento en el numero de primeras admisiones por alcoholismo en el caso de los hombres y depresión neurótica en mujeres, mientras que las tasas de primera admisión por esquizofrenia van declinando.

La siguiente tabla muestra la relación entre diagnostico y sexo en la población de pacientes con FPG:

	FEMENINO (N=552)	MASCULINO (N=594)
Esquizofrenia	22.8	26.9
Manía	5.0	3.7
Psicosis depresiva	10.9	5.4
Otras psicosis	7.3	5.1
Trastornos orgánicos	3.3	3.3
Depresión neurótico	19.3	5.2
Otras Neurosis	3.4	2.4
Trastornos de personalidad	7.6	9.6
Alcoholismo	5.0	25.7
Drogadicción	1.5	2.1
Anorexia	2.5	0
Reacciones de ajuste	5.5	3.3
Otros	5.9	7.2

Segal y cols (11), observaron en 251 evaluaciones en 5 centros psiquiátricos en California que pacientes de puerta giratoria poseían características de incapacidad grave, daño a sí mismos y a otros. Impulsividad fue el factor de la enfermedad mental con mas influencia sobre la readmisión.

Korkelia y colaboradores (8), realizan un estudio titulado "Factores que predicen readmisiones en trastornos de personalidad y otras enfermedades no-psicoticas"

Este es un estudio retrospectivo de factores que predicen readmisiones y el tratamiento de seguimiento que fue emprendido en los primeros episodios del cuidado del interno (edades por debajo de 65 años), excluyendo trastornos mentales psicóticos y orgánicos, durante 1987 y 1988 en la clínica psiquiátrica de la universidad de Turku, Finlandia.

La cohorte consistió de 64 sujetos, 24 hombres y 40 mujeres. El estudio fue llevado a cabo hasta finales de 1993, permitiendo así 5 años de seguimiento. El diagnostico de trastorno de la personalidad no predijo readmisiones. El único factor significativo para predecir readmisión fue el no tener relaciones interpersonales.

La incidencia del síndrome de puerta giratoria, definido como 4 o más admisiones dentro de un periodo de 5 años fue 12.5%. Las mujeres tuvieron un riesgo elevado en cuanto a las readmisiones, pero no para convertirse en FPG. Pacientes quienes tuvieron psicoterapia como tratamiento de seguimiento, mostraron una frecuencia de 8% para 4 o más admisiones en un periodo de tiempo de 5 años, mientras pacientes quienes no tuvieron tratamiento de seguimiento tuvieron una frecuencia del 21% para 4 o más readmisiones en 5 años.

La incidencia del fenómeno de la puerta giratoria, definido como 4 o más admisiones en un periodo de seguimiento de 5 años, fue del 12%. El único factor que predecía significativamente tener o no un tratamiento de seguimiento fue un contacto previo de tratamiento.

Hoops (29) presentó un análisis de la información sobre la morbilidad atendida en 11 unidades hospitalarias durante el periodo 1973-78. Entre los hallazgos resaltó el hecho de que había sido mayor la proporción de varones que habían demandado los servicios, particularmente para hospitalización. Por otra parte, entre las mujeres, fue mayor la demanda de los grupos etarios más avanzados. Entre las causas de hospitalización predominaron los trastornos esquizofrénicos en uno y otro sexo, pero en hombres, el alcoholismo y la farmacodependencia, fueron otras causas frecuentes, mientras que la psicosis afectivas y las demencias fueron relativamente más importantes en las mujeres.

Los diagnósticos más frecuentes corresponden al retraso mental y a la esquizofrenia en un 32%; otras psicosis orgánicas crónicas (OPOC) en un 28%; la epilepsia en un 12%; la dependencia de drogas en un 7%, el síndrome de dependencia de alcohol en un 6% y, por último, las demencias seniles y pre-seniles en un 4%.

a) Edad

Entre los grupos más jóvenes predomina el retraso mental mientras que en la esquizofrenia y la OPOC se distribuyen de manera relativamente uniforme a partir de los 20 años. La dependencia de alcohol aparece desde los 21 hasta los 70 años, mientras que la dependencia de drogas se extiende fundamentalmente hasta los 50 años. Es preciso resaltar que ésta última situación es más frecuente que la primera hasta los 40 años, invirtiéndose a partir de la siguiente década.

La epilepsia muestra la mayor concentración de pacientes afectados internados de los 31 a los 60 años, sin embargo entre los menores de 20 ya es una condición frecuente.

b) Género

En la distribución por género, el retraso mental es más común en las mujeres y la esquizofrenia en los hombres, las OPOC son ligeramente más frecuentes en las mujeres que en los hombres; el síndrome de dependencia de alcohol y de las drogas predomina entre los varones, mientras que el abuso no dependiente de las drogas es igual tanto en los hombres como en las mujeres.

Características del padecimiento

El 59% de la muestra total tiene un padecimiento crónico.

a) Edad

Los pacientes con un padecimiento crónico se encuentran distribuidos uniformemente a lo largo de todas las edades, y representan la mayoría. Por otra parte, los brotes agudos y los estados descompensados se concentran entre los 21 y los 40 años, mientras que los estados residuales son mas frecuentes de los 41 años en adelante.

b) Género

En las características del padecimiento por género se encontraron diferencias significativas, con una tendencia, en los varones, a estar internados por brotes agudos, descompensación y estados residuales de la enfermedad, mientras que en las mujeres, por condiciones crónicas.

Evaluación clínica actual

Aquí es necesario precisar que en la encuesta se les interrogó acerca de la presencia de problemas actuales, pudiendo reportarse hasta 3 de ellos, por lo que los porcentajes rebasan la cifra esperada.

En la evaluación clínica actual en general, sin distinguir cuál fue considerado como problema principal y cuales como secundarios, encontramos que el estado psicótico y el aseo personal deficiente resultaron los más frecuentes (40%), seguidos por las conductas de aislamiento y el estado demencial (35%)

a) Edad

Con respecto a la edad, el estado psicótico es más común entre los 21 y los 40 años, mientras que el aseo personal deficiente ocupa una porción similar en los diferentes grupos etarios. Por otra parte, se encontró que las conductas de aislamiento y el estado demencial aumentan con la edad, mientras que la conducta violenta decrece con la edad.

b) **Género**

Respecto al primer problema reportado, se aprecia que el estado psicótico fue proporcionalmente similar en ambos sexos, mientras que el estado demencial fue notoriamente más frecuente en las mujeres, en tanto que la conducta violenta, el abuso de drogas y el aislamiento se reportaron con más frecuencia en los hombres.

Rehabilitación

Se encontró que 32% de los pacientes de la muestra total no participaban en estas actividades, apreciándose un porcentaje estable a lo largo de los grupos etarios, que va aumentando en las edades avanzadas. En los hombres se reportó una mayor tendencia a no participar.

Posibilidades de alta

En general, se apreció que cerca de la mitad de los pacientes (48%) podía ser externado, pero el resto no. De acuerdo con los diagnósticos principales, los pacientes esquizofrénicos, que son la mayoría, tienen las mismas posibilidades; lo mismo acontece con los pacientes con otras psicosis orgánicas crónicas y con los pacientes con demencias, aunque de éstos, a 18% se le valoró con traslado a otro nivel de atención. En cambio la mayoría de los pacientes con retraso mental, fueron valorados como sin posibilidades de ser dados de alta. En los pacientes con epilepsia también se reportó que un poco más de la mitad debía permanecer internado. Ambos grupos representan el 40% del total de los enfermos en estas condiciones.

Existencia de Familiares

El 60% de los pacientes de la muestra total sí cuentan con familiares.

a) Edad

Resalta el hecho de que gran proporción de los menores de 20 años carecía de familiares, y a partir de los 51 años ésta se incrementaba. Es importante hacer notar que todos los grupos etarios, aunque tuvieran familiares, un cierto porcentaje de los pacientes no recibe visitas.

b) Género

Por lo que se refiere al género, eran más las mujeres que carecían de familiares, mientras que los hombres recibían más visitas.

Causas por las que no reciben visitas

De la muestra total, el 43% de los pacientes no recibía visitas. Las causas principales eran el abandono y la carencia de familiares; las mujeres eran las que estaban más abandonadas.

Este trabajo permite tener una visión más amplia de la prevalencia puntual de los trastornos psiquiátricos de los pacientes internos atendidos en las unidades hospitalarias del país. Los resultados provienen tanto de las unidades para enfermos agudos como de las destinadas a los crónicos, permitiendo contar con una ventana epidemiológica acerca de la población con trastornos psiquiátricos severos que atiende.

EL FENOMENO DE LA PUERTA GIRATORIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Existe un reporte de Lewis y Joice (30) que, en un estudio de cohorte de 3,875 hombres y 3,975 mujeres entre los 15 y 64 años, el 14.6 % cumplieron con el criterio de la puerta giratoria.

Starko, -Alane- J. que habla sobre los efectos del modelo de identificación de puerta abierta sobre la productividad creativa y la autoeficacia realizándose J.S. Renzulli en 1986 los sujetos que participaron en las investigaciones de grupo de problemas reales fueron más propensos al reportar que el proyecto afecto sus objetivos, mejoro sus habilidades de investigación los llevo a una actitud mas positiva hacia la escuela e incremento el insight acerca de fuerzas y debilidades (27,28).

JUSTIFICACIÓN

El FPG en niños y adolescentes ha sido estudiado sólo en forma marginal en laos reportes de la literatura internacional y no se encontraron referencias específicas a la situación en México o algún otro país en vías de desarrollo. Como se ha visto, el FPG varia según las características del hospital en donde se estudie y por ende, es conveniente llevar a cabo este tipo de investigaciones para que la autoridad hospitalaria pueda implementar programas específicos adaptados a las propias necesidades

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las preguntas a responder en la investigación serán:

¿Cuál es la frecuencia del fenómeno de la puerta giratoria en una población del Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro" ?

¿Cuáles son los factores clínico demográficos que predicen el reingreso del paciente en un hospital psiquiátrico infantil ?

OBJETIVOS:

- 1.- Determinar la frecuencia del fenómeno de la puerta giratoria y el reingreso hospitalario en la población atendida en el Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro".
- 2.- Establecer la asociación entre variables demográficas (edad, sexo, estado socioeconómico) y el fenómeno de la puerta giratoria y el reingreso hospitalario.
- 3.- Establecer la asociación entre variables clínicas (diagnóstico psiquiátrico, edad de inicio, tiempo de evolución, severidad sintomática, tratamiento) y el fenómeno de la puerta giratoria y el reingreso hospitalario.

METODOLOGÍA

a) Diseño

Se llevó a cabo un escrutinio retrospectivo (estudio analítico, observacional) de casos y controles a partir de los expedientes del archivo clínico del Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro".

b) Sujetos

Se examinaron en forma directa y consecutiva todos los pacientes que fueron admitidos como pacientes hospitalizados por primera vez entre el 1o de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1991 en el Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro".

c) Criterios de selección:

* Expedientes en donde se encontrara registrado el primer ingreso al Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro" por cualquier causa.

* Que el ingreso estuviera registrado entre enero de 1990 y diciembre de 1991.

d) Variables e instrumentos

Toda la información fue extraída del expediente y vaciada en la forma que se diseño adhoc para este estudio (**Anexo #1**). Las variables principales que fueron sometidas a análisis se muestran a continuación.

VARIABLE:

** Fenómeno de la puerta giratoria.*

Definiciones operacionales:

La definición operacional más frecuentemente utilizada en la literatura es la de 4 o más internamientos en los 5 años de seguimiento. Sin embargo, en virtud de que no se encontraron suficientes sujetos que calificaran como "casos" bajo esta definición, se decidió hacer un análisis para cada una de las siguientes definiciones operacionales:

- 3 o más internamientos en los 5 años de seguimiento.
- 2 o más internamientos en los 5 años de seguimiento.

De estas, difícilmente se puede hablar propiamente del "Fenómeno de la puerta giratoria" pero sí se puede hablar de factores que predicen el reingreso hospitalario.

VARIABLE:

**Diagnostico psiquiátrico.*

El diagnóstico más frecuentemente mencionado en el expediente o bien el diagnóstico de egreso hospitalario fue tomado como el más adecuado. Se obtuvo un diagnóstico principal y hasta 2 diagnósticos accesorios por cada sujeto. Todos los diagnósticos fueron traducidos a los códigos del DSMIV y estas a su vez, y con fines de análisis fueron agrupados en las siguientes categorías:

1.- Trastornos relacionados con el uso de sustancias. Incluye todas las categorías relacionadas con el uso (abuso y dependencia) a sustancias así como los trastornos relacionados con el uso de las mismas (psicosis secundarias al uso de sustancias etc.)

2.- Trastornos mentales orgánicos. Se incluyen todos los trastornos secundarios a causas médicas, incluyendo demencias, delirium, síndromes amnésicos y trastornos cognoscitivos leves.

3.- Psicosis no afectivas. Incluye esquizofrenia en todos sus tipos. trastornos delirantes, psicosis breve, etc.)

4.- Trastornos afectivos. Incluye depresión unipolar, trastornos bipolares, distimia, etc.

5.- Retraso mental. En cualquiera de sus niveles, leve, moderado o severo.

6.- Otros. Incluyen otras causas de hospitalización poco frecuente (Trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención, trastornos del desarrollo.)

VARIABLES:

* *Clínicas y demográficas.*

Se obtuvieron además de los demográficos convencionales, la edad de inicio y tiempo de evolución del trastorno principal, la duración de las hospitalizaciones, el tiempo interhospitalizaciones, la asistencia a tratamiento en consulta externa entre hospitalizaciones y los motivos de ingreso y egreso.

e) **Procedimiento**

Previa autorización del comité científico del Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro", el investigador principal solicitó el apoyo del personal del archivo clínico del hospital quien proporcionó los expedientes para su revisión continua. Se procedió a la revisión directa de los expedientes clínicos de pacientes que ingresaron a partir de enero de 1990. Una vez detectados, se procedió al llenado de la 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 fue capturada en una base de datos computarizada mediante el programa Excel versión 6.0 para su posterior análisis estadístico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

En primer lugar se procedió 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 utilizó la prueba "T" *student* para contrastes de medias, o ANOVA unidireccional cuando se trató de comparaciones entre más grupos, hi cuadrada para contrastes entre variables categóricas.

Debido a la imposibilidad de obtener información completa para todos los sujetos, las n particulares de cada análisis siempre serán consignadas.

Se fijó el nivel de significancia en 0.05. Todos los análisis fueron hechos con el programa SPSS para Windows versión 6.2.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 314 niños que fueron hospitalizados en el periodo de inclusión. De ellos 190 (60.5%) del sexo masculino y 124 (39.5%) del femenino. La edad promedio de la muestra fue de 15.2 ± 2.2 años (rango 4 a 19 años). En promedio los años de escolaridad de la muestra fue de 6.2 ± 3.4 años.

a) Variables clínicas

La distribución de diagnósticos recodificada como se mencionó en el apartado de método se muestra en la tabla #1 que se muestra a continuación.

TABLA #1. DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

GRUPO DIAGNÓSTICO	N (%)
Trastornos relacionados con el uso de sustancias	53 (16.9%)
Trastornos mentales orgánicos	72 (22.9%)
Psicosis no afectivas	77 (24.5%)
Trastornos afectivos	39 (12.4%)
Retraso mental	40 (12.7%)
Otros	33 (10.5%)

En 118 casos se documentó un segundo diagnóstico y en 20 casos se anotó un tercero. La edad promedio de inicio del trastorno principal fue de 161.13 ± 40.9 meses (rango de 12 a 232 meses). El tiempo de evolución promedio de los trastornos fue de 25.2 ± 36.4 meses,

De la muestra total, 122 (38.9%) se encontró en el expediente alguna referencia a un antecedente familiar de algún trastorno mental y en 101 (32.2%) de los sujetos había un antecedente familiar de consumo de sustancias. En 61 casos (19.4%) existió una referencia de antecedente psiquiátrico personal.

b) Frecuencia del fenómeno de la puerta giratoria y de pacientes con reingresos.

La frecuencia de pacientes con el fenómeno de la puerta giratoria de acuerdo a la definición de 4 o más internamientos en un periodo de 5 años fue de 8 casos (2.5%). De estos 8 pacientes, 6 tuvieron 4 internamientos, 1 tuvo 7 internamientos y 1 10 internamientos.

La frecuencia para los pacientes con 3 reingresos hospitalarios fue de 14 (4.5%) y para 2 internamientos fue de 56 (17.8%).

En la tabla que se muestra a continuación (Tabla #2) se describe la distribución de los motivos del 1er internamiento.

TABLA #2. DISTRIBUCIÓN DE MOTIVOS DEL 1ER INTERNAMIENTO.

Motivos	n (%)
Delirios o alucinaciones	102 (32.5%)
Agresividad	81 (25.8%)
Consumo de sustancias	28 (9.0%)
Errores de conducta	33 (10.5%)
Síntomas depresivos	25 (8.0%)
Intento suicida	29 (9.3%)
Fuga de casa	9 (2.7%)
Abandono social	7 (2.2%)

c) Contrastes entre pacientes con y sin reingresos.

No se documentaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables clínicas y demográficas al comparar a los 8 sujetos con FGP y el resto de la población.

Para los sujetos con 3 o más internamientos se encontró que tuvieron una edad de inicio del padecimiento principal significativamente menor que los que no

los tuvieron (137.4 ± 33.0 vs 162.2 ± 40.9 , t 2.23, gl 312, $p=0.02$). En el resto de los contrastes no se documentaron diferencias significativas.

Para los sujetos con 2 o más internamientos se encontró igualmente que la edad de inicio del trastorno mental era significativamente menor que los que tuvieron un solo internamiento (148.4 ± 46.4 vs 163.8 ± 39.1 , t 2.58, gl 312, $p=0.01$). Los pacientes con más de 2 hospitalizaciones tuvieron un porcentaje significativamente mayor de antecedentes personales psiquiátricos patológicos que los que sólo fueron hospitalizados 1 vez (21/56 (37.5%) vs 40/258 (15.5%), hi 14.2, gl 1, $p=0.00001$). En el resto de los contrastes no se documentaron diferencias.

Vale la pena resaltar que la distribución de diagnósticos entre los sujetos con reingresos y sin ellos no fue estadísticamente significativa en ninguno de los 3 análisis.

En los contrastes por sexo se documentó que la duración de la primer hospitalización fue significativamente mayor en el sexo masculino (54.4 ± 47.4 vs 44.1 ± 36.0 , t -2.01, gl 312, $p=0.04$).

DISCUSIÓN:

De acuerdo con las definiciones operacionales que se notaron en la sección de metodología, tenemos que, el FPG se definió como cuatro o más internamientos en los 5 años de seguimiento, sin embargo en virtud de que no se encontraron suficientes sujetos que fueran calificados como "casos" bajo esta definición se decide hacer un análisis para cada una de las siguientes:

- 3 o más internamientos en los 5 años siguientes.
- 2 o más internamientos en los 5 años siguientes.

La frecuencia de pacientes con el fenómeno de la puerta giratoria de acuerdo con la definición antes mencionada fue de 8 casos (2.5%).

La frecuencia para los pacientes con 3 reingresos hospitalarios fue de 14 (4.5%) para 2 internamientos fue de 56 (17.8%).

Se encontraron diferencias significativas en los sujetos estudiados en cuanto al sexo de ellos 190 (60.5%) para el sexo masculino y 124 (39.5%) del femenino de igual que en la edad promedio (rango de 4 a 19 años).

En cuanto a la distribución de los diagnósticos clínicos entre los pacientes FPG, nuestro estudio encontró psicosis no afectiva (24.5%) trastorno mental orgánico 72 (22.9%) trastornos relacionados con sustancias 53 (16.9 %) retraso mental 40 (12.7%) trastorno afectivo 39 (12.4%) otros 33 (10.5%).

Havassy y cols (17) concluye que pacientes con admisiones múltiples, es muy probable que tengan diagnósticos de esquizofrenia, resultado que va en la línea de los hallazgos del presente trabajo. Renato (23) y Pablo a igual que

Havassy (32), y encuentran a los diagnósticos de psicosis no afectiva como los mas asociados al fenómeno de la puerta giratoria.

Hillard y cols (24), reportan, con respecto a las variables diagnosticas que la esquizofrenia y los trastornos afectivos predicen mejor las readmisiones.

Kastrup (1) hace notar que los pacientes con diagnostico de esquizofrenia son un grupo muy amplio de FPG para ambos sexos no lo reporta como diagnostico de mayor predicción.

Lewis y Joice (2) coinciden con nuestros resultados al notar que la presencia de un diagnostico de trastorno psicótico se traduce en una mayor probabilidad de convertirse en FPG.

En los que a motivos se refiere entre los pacientes del FPG nuestro estudio reporto que los motivos más frecuentes fueron delirios y alucinaciones, seguido por agresividad, errores de conducta, intento suicida, consumo de sustancias, fuga de casa y abandono social.

Segal y cols (11) observaron que sus pacientes con FPG poseen características de incapacidad grave, auto y heteroagresividad e impulsividad.

Rabinowitz (33) contrario a lo dicho por Hillard y coincidiendo con el presente estudio, reporta que intentos suicidas no resultaron ser una variable significativa asociada al FPG.

De acuerdo con este estudio los casos encontrados fueron significativamente bajos por que no existe estabilidad en los diagnósticos en la psiquiatría infantil y de la adolescencia por lo que en cuanto se resuelve la situación critica se abandona la búsqueda del tratamiento.

Proponemos para futuras investigaciones la integración de un equipo interdisciplinario que permita llevar acabo el seguimiento estrecho de los casos.

No deja de ser intrigante que la patología en aparición se halla resuelta tan repentinamente, de acuerdo a Rutter (31) la psicopatología no presenta pautas lineales de continuidad en el tiempo por lo que el modelo explicativo se apoyaría o en la inestabilidad del diagnostico o en la discontinuidad del desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Kastrup M. WHO BECAME REVOLVING DOOR PATIENTS? *Acta psychiatr scand* 1987; 76: 80-8,1992.
- 2.- Lewis T, Joice PR. THE NEW REVOLVING-DOOR PATIENTS RESULTS FROM A NATIONAL COHORT OF FIRST ADMISSION, *Acta psychiatr scand*: 82: 130-135,1990.
- 3.- Geller JL:IN AGAIN, OUT AGAIN: PRELIMINARY EVOLUTION OF A STATE HOSPITAL WORST RECIDIVISTS. *Hosp. Community psychiatry*, 37: 386-390,1986.
- 4.- Green JH. FREQUENT REHOSPITALIZATION AND NONCOMPLIANCE WITH TREATMENT. *Hosp. Community psychiatry*: 39: 936-46,1988.
- 5.- Rosse SO, Hawkins J, Apodaca L. 1977 DECISION TO ADMIT. *Arch gen psychiatry* 34: 418- 421.
- 6.- Woogh CM. A COHORT THROUGH THE REVOLVING DOOR. *Can J. Psychiatry*: 31: 214-21, 1986.
- 7.- Lemer Y, Popper M, Zilber N. 1989 PATTERNS AND CORRELATES OF PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION IN A NATION WIDE SAMPLE: 1 PATTERNS OF HOSPITALIZATION WITH SPECIAL REFERENCE TO THE "NEW CHRONIC" PATIENTS. *Soc psychiatry psychiatr Epidemiol* 24: 121-126.
- 8.- Korkelia JA, Karlsson H, Kujari H. FACTORS PREDICTING READMISSIONS IN PERSONALITY DISORDERSAND OTHER NONPSYCHOTIC ILLINES. *Acta psychiatr scand*: 92:138- 144,1995.

9.- Salvat M. PSQUIATRIA Y ANTIPSIQUIATRIA , Salvat editores, Barcelona, España,1974

10.- Rosenblatt A, Mayer JE: THE RECIDIVISM OF MENTAL PATIENTS: A REVIEW OF PAST STUDIES. Am J Otrhopsychuiatry: 44: 679-06, 1974

11.- Segal SP. Watson, MA Goldfinger, SM, Averbunk, JD.CIVIL COMNMITMENT IN THE PSCHIATRIY EMERGENCY ROOM. III DISPOSITION AS A FUCTION OF MENTAL DISORDER AND DANGEROUS INDICATORS. Arch gen psychiatry: 45: 759-63, 1988

12.- Lamb, H 1982 YOUNG ADULT CHRONIC PATIENTS
Hosp. Community psychiatry 33: 465- 468.

13.- Pepper, B., Ryglewicz, H., and Kirshner, M. 1982. THE UNINSTITUTIONALIZED GENERATION: A NEW BREED OF PSYCHIATRIC PATIENT, IN THE YOUNG ADULT CHRONIC PATIENT, B. Pepper and H. Ryglewicz, eda. Jossey- Bass, San Francisco

14.- Cáraveo AJ. LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSQUIATRICOS EN LA POBLACION MEXICANA. ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS. Salud Mental. 19 (supl 2);, 1996.

15.- Mahler, M., Pine, F., and Bergman, A. 1975. THE PSYCHOLOGICAL BIRTH OF THE HUMAN INFANT. Basic Book, New York.

16.- Masterson, J. 1976. PSYCHOTERAPY OF THE BORDERLINE ADULT. Brunner/Mazel, New York.

17.- Maxime Harris, PH.d; Helen C. Bergaman; REASSESSING THE REVOLVING DOOR: CHRONIC PATIENT. Amer. J. Orthopsychiat. 54(2). 1984.

18.- Beels C. SOCIAL NETWORKS AND THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA. Inter. J. Fam. Ther. 3:310-315, 1981.

19.- Lipton, F. Et al. 1981. SCHIZOPHRENIA: A NETWORK CRISIS. Schiz. Bull. 7:144-151.

20.- Caraveo AJ, Saldivar G, Gómez EM: FACTORES RELACIONADOS CON EL TIEMPO DE ESTANCIA EN PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS EN UNA ENCUESTA NACIONAL. Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional en Salud Pública, Cuernavaca Morelos. Enero 1995.

21.- Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Havassy BE, Goldfinger SM, Hopking JT: CHARACTERISTICS OF HIGH USERS OF PSYCHIATRIC IN PATIENT SERVICES. Hosp. Community Psychiatry, 38: 1112-1114, 1987.

22.- Talbott JA: CARE OF THE CRONICALLY MENTALLY ILL-STILL A NATIONAL DISGRACE. Am J. Psychiatry 136: 688-689, 1979.

23.- Renato Y Pablo, M.A. THE READMISSION OF PSYCHOTIC PATIENTS TO A GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY UNIT.

24.- Hillard JR, Slomowitz M, Deedens J. DETERMINANTS OF EMERGENCY PSYCHIATRIC ADMISSIONS FOR ADOLESCENTS AND ADULTS. Am. J. Psychiatry: 145:1416-9, 1988.

25.- DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

26.- CIE 10. TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
DESCRIPCIONES CLINICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO. Décima
Revisión de la Clasificación internacional de las enfermedades.

27.- Starko, - Alane – J. JOURNAL ARTICLE Effects of the Revolving Door
Identification Model on Creative Productivity.1989 –27736-001.

28.- Cáceres , - Bárbara – Zimmann; Kanter, - Joel; Barber, - Jack; Maurer, -
Carolyn CHAPTER, Passing the baton: FOUR PERSPECTIVES ON A LONG –
TERM TREATMENT. 1995-97558

29.- Hobbs P., Deavoll B, Abernethy P. Psychiatric service use: a cohort study of
first attenders. Acta Psychiatr Scand: 86:313-9, 1992.

30.- Bowman - Carol. Authored – Book; Book CHILDREN'S PAST LIVES: HOW
PAST LIFE MEMORIES AFFECT YOUR CHILD. 1997-97531-000

31.- Michael Rutter, Adolescence as a Transition Period: Continuities and
Discontinuities in Conduct Disorder.J. Adolescence. –Health. CHILD
PSYCHIATRY UNIT INSTITUTE OF PSYCHIATRI. 1992 Sep. 13 (6) 451-60

32.- Havassy BE, Hopkin JT: FACTOR PREDICTING UTILIZATION OF ACUTE
PSYCHIATRIC INPATIENT SERVICES BY FRECUENTLY HOSPITALIZAD
PATIENTS. Hosp Community psychiatry: 40: 820-823, 1989.

33.- Rabinowitz, J. Mark, M. Slyuzberg M. Popper, M. Munitz, M. PREDICTING
REVOLVING-DOOR PATIENTS IN A 9-YEAR NATIONAL SAMPLE. Soc
Psychiatry Psychiatr Epidemiol: 30:65-72, 1995.

RECIBIDO EN LA BIBLIOTECA
DE LA BIBLIOTECA

ANEXO #1

PREVALENCIA DEL FENOMENO DE LA PUERTA GIRATORIA EN EL HPJNN

REGISTRO: _____

Nombre del paciente: _____ Expediente: _____

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

A) CRONOGRAMA DE INGRESOS HOSPITALARIOS

90 91 92 93 94 95 96



B) VARIABLES CLINICAS

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: _____

_____ 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 de internamiento: _____ y _____

Duración de periodo externo: _____

Asistencia a consulta externa : si () no ()

N° de consultas: _____

Tratamiento en instancias extrainstitucional: si () no ()

¿Cuál? _____

Periodo de internamiento: _____ y _____

Duración de periodo externo: _____

Asistencia a consulta externa : si () no ()

N° de consultas: _____

Tratamiento en instancias extrainstitucional: si () no ()

¿Cuál? _____

Periodo de internamiento: _____ y _____

Duración de periodo externo: _____

Asistencia a consulta externa : si () no ()

N° de consultas: _____

Tratamiento en instancias extrainstitucional: si () no ()

¿Cuál? _____

Periodo de internamiento: _____ y _____

Duración de periodo externo: _____

Asistencia a consulta externa : si () no ()

N° de consultas: _____

Tratamiento en instancias extrainstitucional: si () no ()

¿Cuál? _____

Periodo de internamiento: _____ y _____

Duración de periodo externo: _____

Asistencia a consulta externa : si () no ()

N° de consultas: _____

Tratamiento en instancias extrainstitucional: si () no ()

¿Cuál? _____