

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**FACTORES CLINICOS Y SOCIODEMOGRAFICOS RELACIONADOS A LA
REHOSPITALIZACION EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
TRATADO EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"
INGRESADOS EN ABRIL DEL 2005**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

LUZ MARIA PIEDAD ZEPEDA MARTINEZ

TUTOR TEORICO

DR MIGUEL HERRERA ESTRELLA

TUTOR METODOLOGICO

DR FRANCISCO FRANCO LOPEZ SALAZAR

MÉXICO, D.F.

Marzo de 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

	<u>Pág.</u>
Resumen	2
Introducción	4
Antecedentes	8
Justificación	25
Planteamiento del problema	25
Hipótesis	26
Objetivos	26
Definición de variables	26
Material y Métodos	27
Resultados	29
Discusión	35
Conclusión	38
Bibliografía	40

RESUMEN

Introducción: La Esquizofrenia (EF) se relaciona con gran frecuencia a recaídas (RC) (42% anual) que concluyen en Rehospitalización (RH). Varios factores influyen en este fenómeno, algunos de los cuales corresponden a características sociodemográficas y de la misma enfermedad. Sin embargo existen pocos estudios sobre este tópico en nuestro medio, por lo que realizamos un estudio descriptivo transversal para describir los factores sociodemográficos y clínicos que se relacionan con la RH en pacientes con EF. **Material y Método:** Por medio de un censo se identificaron los casos, realizándose posteriormente un seguimiento longitudinal, retrospectivo y retrolectivo de la evolución de pacientes con EF que se ingresaron a hospitalización continua vía urgencias en el mes de Abril del 2005, incluyendo a sujetos de ambos sexos, adultos, con las características ya referidas y además con o sin comorbilidad que aceptaron participar en el estudio, ya sea ellos o sus tutores legales, y cuyo expediente clínico era accesible para revisión y obtención de los datos pertinentes que se recopilaron en un instrumento diseñado *Ad Hoc*. El análisis de los datos se realizó por medio de pruebas de resumen, X^2 y coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** La muestra se integro por 50 casos, que reportaron una frecuencia de recaídas del 60%, misma que se relacionó con el sexo, lugar de origen, la ocupación y el tratamiento previo. **Conclusión:** En nuestros pacientes con EF se presenta una frecuencia de RH similar a la reportada en la literatura, misma que se relaciona con tres factores sociodemográficos y un clínico (sexo, ocupación, lugar de origen y tratamiento anterior).

SUMMARY

Introduction: Schizophrenia (SPH) is related with great frequency to Relapses (42 annual %) that conclude in Rehospitalization (RH). Several factors influence this phenomenon, some of which correspond to sociodemographic characteristics and of the illness. However, few studies exist on this topic in our environment. For that reason we carried out a cross-sectional descriptive study to describe the sociodemographic and clinical factors that are related to the RH in patients with SPH. **Material and Method:** With the use of a census the cases were identified, being carried out a longitudinal, retrospective and retrolective keeping of the latter evolution of patients with SPH that were entered to continuous hospitalization through emergencies in the month of April of 2007, including subjects of both sexes, adults, with the referred characteristics and also with or without comorbidity that accepted to participate in the study, either them or their legal tutors, and whose clinical file was accessible for revision and obtention of the pertinent data. These were gathered in a designed instrument *Ad Hoc*. The analysis of the data was carried out through summary tests, X^2 and Pearson correlation coefficient. **Results:** The sample was integrated by 50 cases that reported a frequency of relapses and RH of the 60%, this phenomenon was related with the sex, origin place, the occupation and the previous treatment. **Conclusion:** In our patients with SPH the frequency of Relapses and RH is similar to the reported in the literature, and it is related with three sociodemographic factors and one clinical factor (sex, occupation, place of origin and previous treatment).

INTRODUCCIÓN

** Recaída, rehospitalización y su enfoque en el tiempo.*

Podemos definir de forma general una recaída (RC) como una reaparición de síntomas psicóticos y como una exacerbación de estos (1). En cuanto a la rehospitalización o reinternamiento (RH) diversos autores han tratado de definirlo desde varios puntos de vista; refiriéndose al paciente que lo presentaba, como aquel que es admitido de forma repetida a un hospital. También se han utilizado otros conceptos para tratar de describirlo, en algunas de las cuales se detectan variación en el número de ingresos repetidos y en el intervalo de tiempo en que éstos ocurren. No obstante la mayoría de los autores determinan como pacientes de ingresos múltiples a aquellos pacientes con 3 a 4 admisiones dentro de un período de seguimiento de 5 a 10 años, aunque algunos otros requieren mayor número de rehospitalizaciones. También se le ha definido considerando que tienen que pasar al menos 10 días desde el alta anterior para contabilizar un nuevo ingreso, siendo éste el concepto utilizado para el presente estudio.

La RH no es exclusiva de los padecimientos psiquiátricos, de esos pacientes “diferentes” con historias “especiales”, sino que aparece en cualquier institución hospitalaria que interviene en el manejo de patologías crónicas, y es probable que algunas circunstancias relacionadas a ese fenómeno, se encuentren presentes en nuestros pacientes y sean semejantes a las reportadas en los enfermos “somáticos”.

A estos pacientes con múltiples ingresos se les ha denominado como: ingresadores múltiples y frecuentadores de servicios, y a la RH se le ha denominado como el fenómeno de la puerta giratoria (revolving door) y recidivismo . Geller en 1982, realiza un rastreo de los orígenes del término "revolving door", y citando a Pittman, señala que se utilizó por primera vez en 1958 en un libro sobre alcohólicos que tenían conflictos con la policía. Posteriormente, en los años 60 y tras la publicación del libro "Action for Mental Health" (Joint Commission on Mental Illness and Health, E.U., 1961), el término se utilizó para hacer referencia a los pacientes mentales con antecedentes criminales. Sin embargo en los años 70 el fenómeno pierde las connotaciones de interacción entre enfermedad mental y sistema legal. En la misma década de los años 60 se le asoció con el proceso de la reinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos. Por otro lado vale la pena hacer hincapié, en el hecho de que el término se utilizó en sus inicios como un medio para culpar o responsabilizar al sistema institucional de la situación del paciente que se ingresaba una y otra vez, cuando todos tenían en mente que existía un apoyo inadecuado para el mismo, así como un sistema de rehabilitación precario y unas líneas sanitarias y legales contradictorias. Mientras tanto se reservaba el término recidivismo para indicar que el causante de esta situación era el propio paciente y la evolución de su enfermedad, como cuando presentaba incumplimiento terapéutico, ambivalencia hacia el tratamiento o un carácter cíclico en la enfermedad mental que padecía. Rosenblat y

Mayer (citados por Geller) concluyen en su artículo sobre tal recidivismo, que el factor de ese fenómeno que se relacionaba a la RH, era el número de ingresos previos, para dar a entender que hay un tipo de paciente que independientemente de las patologías que sufra, los síntomas y las intervenciones terapéuticas que sobre él se realicen, "prefiere" instalarse en el estilo revolving door, lo que podría acarrearle indudables ventajas prácticas, que le provocaban actitudes regresivas de funcionamiento primitivo que eran mantenidas en un movimiento cíclico, tanto por el mismo paciente como por la sociedad que no es capaz de resolver problemas difíciles de manera consistente (2).

****Recaída y rehospitalización en la esquizofrenia. Importancia de su estudio.***

La Esquizofrenia (EF) se presenta como una enfermedad de evolución crónica, con una frecuencia de recaídas (RC) anual cercano al 42%; y generalmente a este fenómeno se suma la necesidad de la Rehospitalización (RH) (3). Para las instituciones estos fenómenos representan un gran problema, ya que los esfuerzos por proporcionar atención médica que logre la recuperación de esos pacientes se incrementan, resultando la prestación del servicio psiquiátrico más costosa. Asimismo, los recursos invertidos para proporcionarla resultan inútiles si el paciente se encuentra nuevamente enfermo y hospitalizado, y peor aún, quizá con mayor deterioro en su

estado. Por otro lado el costo de la atención también se incrementa por una mayor utilización de los mismos servicios e instalaciones psiquiátricas al ser necesaria la RH (4). Esta situación ha modificado el objetivo de los tratamientos a largo plazo, los cuales buscan en la actualidad la prevención de las RC y la RH (3). A pesar de los progresos terapéuticos por la aparición de nuevos y mejores neurolépticos, el pronóstico de los pacientes con EF resulta sombrío en un 45% de los casos. Los fenómenos de la RC y la RH se relacionan a esa circunstancia, por lo que ambos tópicos han adquirido importancia en el ámbito de la investigación (5).

Las frecuentes hospitalizaciones han hecho pensar que existen factores que pueden estar relacionados a las recaídas constantes, y por lo tanto al fenómeno de la RH. Entre esos factores se han señalado algunas características sociodemográficas y clínicas. Uno de esos factores es el género, ya que se ha descrito que la RH se presenta con mayor frecuencia entre los pacientes masculinos que en los femeninos (5.4% vs. 4.1 respectivamente); los primeros debutan a una menor edad y por lo tanto sufren de una mayor cronicidad en la evolución de su padecimiento; también en los hombres las formas de presentación clínica de las patologías psiquiátricas muestran mayor severidad y menor respuesta a los tratamientos; estos últimos factores se han asociado frecuentemente a la RH (4).

En 1988, en los Estados Unidos de Norteamérica, casi un tercio de la asignación de los gastos para el tratamiento de las enfermedades mentales se utilizó en el tratamiento de la EF, el cual supero al costo del tratamiento en conjunto de todas las neoplasias. Dicho costo, bajo influencia de la RH entre otros factores inherentes a la EF, se calculo en 2,300 millones de dólares en 1995. Por otro lado se reconoce que en la EF es más frecuente que se presente el fenómeno de la RH, en comparación con los trastornos esquizoafectivos y los trastornos del estado de ánimo, ya que se ha reportado en el 66% de los pacientes a los tres años, y en el 80% a los seis. Además el tema de la RH también fue considerado como parámetro para evaluar la calidad de la atención médica (5).

ANTECEDENTES

Se piensa que varios factores contribuyen a la RH, los primeros se relacionan con la historia natural y severidad clínica de la enfermedad psiquiátrica subyacente, los mismos que sugieren que los pacientes de puerta giratoria son aquellos con condiciones psiquiátricas crónicas y más severas, que permanecen hospitalizados por largo tiempo, que tienen fallas de adherencia al tratamiento o en el mantenimiento de la medicación antipsicótica, que presentan un alto número de internamientos previos y un diagnóstico primario de mal pronóstico. Los segundos corresponden a factores sociales, económicos y culturales, entre otros como el estado social o económico, el grado de soporte cultural, la falta de apoyo social y familiar, y las deficiencias en el sistema de salud. (6). La mayoría de los trabajos sobre este tema, intentan determinar factores predictivos de RH, los cuales son predominantemente citados en los estudios sobre la predicción del fenómeno en pacientes psicóticos. (5).

- En un estudio realizado en E.U. en 1995 utilizando una encuesta hecha por el Instituto Nacional de Salud Mental en 1986, Weiden y Olton encontraron que el riesgo mensual de recaída es ligeramente menor en el segundo año después de ser dado de alta que en el primero; que las tasas de incumplimiento son mayores en los primeros meses después de haberse dado de alta, y que después disminuyen eventualmente a una tasa mucho menor; y finalmente que

la magnitud de las diferencias mensuales entre las recaídas y las tasas de incumplimiento es relativamente pequeña dentro de los 24 meses posteriores al alta del paciente, concluyendo que el mejorar tanto el cumplimiento como la efectividad en la medicación tendría efectos sinérgicos positivos, incluso en términos de costos. (7).

- Peter Weiden y cols. realizaron un estudio en la Harvard Medical School y el Massachusetts General Hospital en 1997 con el objetivo de determinar las causas y patrones de recaída para un grupo de pacientes con esquizofrenia, y evaluar la posibilidad de iniciar nuevas intervenciones antes del alta; encontrando que la razón más común para la RH fue el incumplimiento en la ingesta del medicamento (n=25; 50%) seguido de la pobre respuesta al mismo (n=13; 26%). Ciertas características del medicamento se asociaban al incumplimiento y el negativismo a su ingesta o aplicación, y por lo tanto con la recurrencias o RC, como cuando se utilizaba medicamento de depósito (n=27; 49%) así como a la pobre respuesta cuando se utilizaban antipsicóticos atípicos (n=20; 37%). Los autores concluyeron que el incumplimiento y la pobre respuesta al tratamiento eran las causas más comunes de recurrencia y la RH para los pacientes de puerta giratoria, así como el uso de medicamentos en

presentación de depósito y atípico, aunque 2/3 de los pacientes los aceptaban, y eran los más recomendados (8).

- Fabio L. Gastal y cols., realizaron un estudio en Sao Paulo, Brasil en 2000, cuyo objetivo fue identificar las variables que podían predecir el fenómeno del “revolving door” en un hospital psiquiátrico al momento de la segunda admisión. Tomando una muestra de pacientes con esquizofrenia y trastornos afectivos o psicóticos, a los que se les había dado seguimiento durante 5 a 24 años y a través de análisis de regresión logística, evaluaron el impacto del género, edad, estado marital, condiciones sociales, diagnóstico, periodo promedio de estadía en la primera admisión e intervalo entre la primera y la segunda hospitalización. Como resultados destacan que los reingresadores en ese país tienen características similares a los pacientes de países con condiciones culturales, sociales y económicas muy diferentes. Estos tienden a tener más frecuentemente EF, son jóvenes, cuentan con hospitalizaciones largas, viven cerca de los servicios de salud, y tienen intervalos cortos entre readmisión. También describen que el estrato social y la clase económica no tienen relación con la presencia de recurrencia, pero si las características de la familia, el ambiente familiar, los altos niveles de emoción expresada, la carga de tener que enfrentar un miembro de la familia con una enfermedad mental, y

el contar con servicios inadecuados. No hubo asociaciones con raza, lugar de origen, ocupación, actividad económica o estado social con el patrón de hospitalización. Descubrieron también que el promedio de estadía más común en los internamientos era de 50 días; que los pacientes que tuvieron un periodo más largo durante su primera admisión tendían a presentar más recidivas; que el intervalo promedio entre la primera y segunda admisión era de 824 días; que los pacientes readmitidos antes de 2 años, tendían a mostrar un patrón de recidivas comparable con el de los pacientes de más años de evolución. Estos resultados revelaron que los pacientes que tuvieran un intervalo entre la primera y segunda admisión de 1 a 360 días, una estadía mayor a 60 días en su primera admisión, que tuvieran EF y una edad entre 13 y 35 años, tenían un alto riesgo de presentar subsecuentemente un patrón recidivista. (6)

- La Dra. María Teresa Cortés-Padilla y cols. realizaron también en el 2000 un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hospital Psiquiátrico Guillermo Dávila del IMSS, cuyo objetivo fue conocer los factores psicosociales relacionados con la frecuente rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica. Fue realizado a través de entrevistas grabadas o muestras de conversaciones para determinar la Emoción Expresada (EE) y la aplicación de cuestionarios mixtos, para analizar posteriormente los datos con análisis

estadístico descriptivo e inferencial. Encontraron que el 60.9% de los familiares presentan alto nivel de EE, es decir, tienen un sobreinvolucramiento emocional; y el 64.3% de los sujetos de la muestra convivieron más de 35 hrs. a la semana con los familiares que presentaron alta EE. Se encontró también que en los casos de trastornos mentales lo suficientemente severos como para requerir hospitalización, existe una prevalencia mayor en los hombres (5.4%) que en las mujeres (4.1%). Por lo que respecta a las psicosis, la diferencia entre ambos sexos es muy pequeña, siendo ligeramente más frecuente en la población masculina. Concluyeron que el alto nivel de EF por el familiar más cercano al paciente, el conocimiento que el paciente y su familiar tienen respecto de la enfermedad mental, y la relación insatisfactoria médico-paciente, son factores psicosociales que estuvieron presentes y que se relacionaron con los frecuentes reingresos a hospitalización de pacientes con psicosis orgánica. Esto corrobora lo que la literatura indica en cuanto a que el registro más alto de recaídas (92%) se encuentra en pacientes que permanecen más de 35 horas por semana con parientes que presentan alta EE, debido a que el contacto cara a cara entre el paciente y el familiar propicia un sobreinvolucramiento emocional, perjudica la convivencia y representa un factor de estrés que invariablemente exacerba la sintomatología. Al comparar la opinión afectiva que el paciente tiene de su familiar con la EE por el familiar, se encontró una

gran discrepancia, pues mientras el paciente considera que el trato que le brinda su familiar y los sentimientos que ese trato le produce son positivos, se demostró que el paciente es víctima de críticas, relaciones negativas y excesivo involucramiento emocional por parte del familiar. Los pacientes que sufren recaídas provienen de padres inseguros, vulnerables o que no tenían conocimiento de cómo eran percibidos por su familiar enfermo. Los frecuentes reingresos al hospital, nos hacen pensar que existen factores que intervienen, no sólo para evitar el control de la enfermedad del paciente, sino para facilitar sus constantes RC. (4).

- Sacco y Rodríguez citan a Doering y León en su revisión bibliográfica de 2001. Estos últimos describieron que los factores predictores de mejor pronóstico en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos son: sexo femenino, edad mayor de 40 años, estado civil casado, infancia normal, personalidad previa no esquizoide, ausencia de previos trastornos de la conducta, consulta temprana, curso agudo, escasas hospitalizaciones anteriores, formas residuales, ausencia de recaídas, factores desencadenantes, síntomas afectivos, catatónicos o confusionales, depresivos, paranoides, alucinaciones, buena integración laboral, buen funcionamiento sexual, alto nivel educativo, convivencia con otros familiares con baja EE, tratamiento neuroléptico continuado, ausencia de

autismo, aplanamiento afectivo, ambivalencia, alucinaciones típicas y síntomas de primer orden de Schneider. Dentro de los factores predictores de peor pronóstico según los mismos autores son: antecedentes de familiares con esquizofrenia, personalidad esquizoide, inicio temprano, internamientos prolongados, síntomas negativos, trastorno esquizoafectivo, antecedentes de intento de suicidio, curso prolongado, tratamiento de intervención en crisis, aislamiento social, clase social baja, falta de contención familiar y alta EE de los familiares(5).

- Irene Linares Vallejo elaboró su tesis doctoral (2002), con el objetivo de determinar las características sociodemográficas y clínicas de los reingresadores que por sí mismas o por sus implicaciones propiciaban los ingresos frecuentes, analizar qué características pueden ayudar a predecirlos y prevenirlos, estudiar la evolución en los ingresos de los “casos”, interpretar el comportamiento de variables clínicas y sociodemográficas de los casos a lo largo del tiempo y valorar los motivos que influyeron de forma específica en que los pacientes persistieran o no en el reingreso. Para esto, identificó a un grupo de pacientes con reingresos múltiples en el Hospital General Yagüe de Burgos, España, y a un grupo control. A través de un estudio dinámico retrospectivo de diseño híbrido y considerando como variables edad, sexo,

estado civil, estudios, residencia, número de reingresos, motivo de reingreso, involuntariedad del reingreso, estancia en días, diagnóstico, consumo o no de sustancias psicoactivas, existencia de tentativas autolíticas y tratamiento, encontró que los reingresadores presentan un perfil sociodemográfico y clínico caracterizado por: ser pacientes en mayor proporción femeninos, más jóvenes, más frecuentemente con los diagnósticos de EF, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor, así como con mayor número de tentativas autolíticas y abuso de sustancias, con comorbilidad de trastornos de la personalidad, problemas sociales y ambientales (variabilidad diagnóstica), y también que cuentan con ingresos involuntarios por problemas ajenos a la reagudización de su patología. Algunas características tenían carácter predictivo (edad, estado civil y el contar con pareja) y otras se consideraban factores de riesgo (viudez, no contar con pareja, ingresos involuntarios, intentos autolíticos y recibir tratamiento en unidades de larga estancia), por lo que se determina que los pacientes recidivistas son característicamente hombres jóvenes con esquizofrenia o algún trastorno afectivo. Las condiciones sociales y la severidad de la enfermedad están asociadas con el número de readmisiones. Otros factores asociados son conductas violentas, criminalidad, abuso de alcohol, adicción a drogas, incumplimiento del tratamiento y falta de apoyo social. El fenómeno de puerta giratoria es resultado de la interacción de un amplio rango de

características relacionadas a la enfermedad psicótica subyacente, (ejemplos severidad de la enfermedad, mal apego al tratamiento), factores adyuvantes (abuso de sustancias), disponibilidad de servicios (ejemplos: grupos de soporte comunitarios asertivos). (2)

- Mahendran R. Mythily, et. al. realizaron un estudio en Singapur, en 2005 con el objetivo de estudiar los patrones de readmisión por medio de una cohorte de pacientes esquizofrénicos de primer ingreso a un instituto estatal de salud mental, y llevando a cabo un análisis retrospectivo de los registros de los pacientes hospitalizados entre abril de 1993 a marzo de 1994, hallaron que el sexo, la corta duración de la enfermedad y la referencia a programas de cuidados, estaban asociados significativamente con el fenómeno de puerta giratoria (9).
- Cruz y Conteras en el 2007 realizaron un estudio observacional exploratorio, correlacional y retrolectivo con el objetivo de describir los factores relacionados a la RH en pacientes del HPFBA que contaban con expediente clínico, antecedente de un internamiento, que en forma subsecuente continuaron bajo control en la institución entre el mes de Enero del 2006 al mismo mes del 2007 y que tuvieron un internamiento en el mes de Enero del 2007, momento en que

por medio de un muestreo intencional se realizó la selección e inclusión de los casos al estudio. La recolección de los datos se realizó por medio de la revisión de los expedientes. La muestra se integro de 100 casos, observándose igual proporción de hombres y mujeres, en promedio los pacientes se encontraban en la cuarta década de la vida, en su mayoría eran solteros, se encontraban bajo cuidado de la madre, contaban con una educación básica de nivel secundaria en mayor proporción, no contaban con actividad remunerada, se clasificaron en el nivel socioeconómico 1 y 2 (en un 31 y 35% respectivamente) y requerían de exención de pago para recibir la atención psiquiátrica (en un 10%). Aquellos con mejor ingreso económico contaban con mayor apoyo familiar. El diagnóstico reportado en mayor proporción fue Esquizofrenia (51%), el 35% había sido ingresada en 2 ocasiones y el 26% entre 3-4. El 50% había tenido un reingreso como mínimo en el último año. La rehospitalización se relaciono con el estado civil, ya que los pacientes solteros presentaban mayor dificultad para adherirse al tratamiento que los casados, quienes presentaron en menor proporción agudizaciones; con quien viven también se relaciono al fenómeno en estudio, pues los pacientes que vivían con las madres presentaron en mayor proporción recaídas y sufrieron más rehospitalizaciones; y finalmente la escolaridad, ya que un mayor nivel educativo puede asociarse a una mayor capacidad para adquirir conciencia de

la enfermedad mental y mayor capacidad para asumir responsablemente el tratamiento médico. Reportaron también que la RH en pacientes psicóticos se presenta en un 61%, y que en un 51% los pacientes que la sufren padecen de EF, en un 9% de Trastorno Esquizofreniforme, en un 6% de Trastorno Bipolar y finalmente en un 5% de Trastorno Psicótico relacionado al consumo de sustancias. Los autores concluyeron que los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, solteros, sin ocupación remunerada, con menor nivel de escolaridad, mayor resistencia a la ingesta del tratamiento y que se encontraban bajo cuidado de la madre, sufren en mayor proporción la RH. (10)

- También en el 2007 López realizó un estudio descriptivo y transversal, que aunque el objetivo era evaluar la CV de los pacientes psicóticos, señaló que entre estos pacientes atendidos en Servicios Ambulatorios del HPFBA, la mayoría eran del sexo masculino y se encontraban en la cuarta década de la vida, aunque en promedio las mujeres eran más jóvenes, en forma significativa radicaban más frecuentemente en el D.F. y contaban con una escolaridad básica e incompleta, eran solteros, vivían con sus padres o familiares y un 40% tenía actividad laboral remunerada, aunque la cuarta parte no laboraba. La mayoría tenía el diagnóstico de Esquizofrenia, con una evolución entre 3 y 22 años, recibían con mayor frecuencia tratamiento con neurolépticos atípicos, de

acuerdo al PANSS contaban con una sintomatología que requería manejo médico, no presentaban en forma significativa síntomas extrapiramidales, pero contaban con un apego al fármaco tan sólo de un 30% de un máximo posible de 100 y tenían comorbilidad con depresión. Su nivel de funcionalidad en promedio era de 70 de un máximo posible de 100, con un nivel de Calidad de Vida (CV) promedio de 51 de un máximo posible de 100, que las áreas más afectadas eran el bienestar psicológico y físico, el humor y el área laboral, y las perspectivas para lograr mejoría en las mismas áreas eran pocas. El autor concluyó que los pacientes psicóticos ambulatorios tienen una CV baja y con mayor deterioro en indicadores psicosociales, y que por lo tanto se requieren aproximaciones dirigidas a estos aspectos dentro del régimen médico y tratamiento de los pacientes que demandan atención como externos al HPFBA.

(11)

CALIDAD EN EL SERVICIO

La RH se ha propuesto como un indicador para valorar la calidad de los servicios psiquiátricos, particularmente cuando ocurre dentro de un tiempo relativamente corto y posterior a la alta del paciente, lo que usualmente se ve como un fracaso en la atención del problema del paciente que cuenta con un internamiento previo. Esto presupone que si se hubieran tenido cuidados apropiados en la estabilización del paciente y en la planeación de su tratamiento como externo, no hubiera ocurrido la

RH. Sin embargo no se han realizado intentos empíricos para entender si la RH representa o no un fracaso en la hospitalización inicial.

Esto cobra importancia ya que el tiempo de hospitalización del paciente se ha tratado de disminuir como una medida para disminuir los costos en su atención, sin embargo esto puede reflejar un cuidado inadecuado, ya que pierde de vista al paciente dando mayor importancia a aspectos relacionados a la economía, lo que nos haría pensar en la necesidad de realizar algunas reformas en los cuidados de salud en lo general.

Un alta prematura se puede asociar a la RH, ya que los pacientes con sintomatología de la agudización aún presente o sintomatología residual persistente que dificulte su autocuidado tienen mayor riesgo de RH, así como aquellos que desarrollen ideación suicida.

La RH no es un buen indicador de la calidad de los cuidados de un hospital, no hay evidencia de que resulte de un inadecuado tratamiento durante su estancia dentro de la institución, a una alta prematura o corta estancia, y el incremento de personas atendidas no parece incrementar el número de pacientes con RH.

La readmisión puede entonces considerarse un reflejo del curso de la enfermedad mental, ya que ésta puede mostrar gran variabilidad en su severidad, duración de sus periodos de agudización, en sus tiempos interepisodio y tasas de RH, la que puede ser resultado de las políticas generales de admisión de la institución, que en ocasiones cuentan con criterios inadecuados de hospitalización. La RH puede reflejar

la calidad de los servicios que proporcionan las instituciones, sin dejar de considerar que la prevención de tal fenómeno debe ser responsabilidad de los proveedores del cuidado a nivel comunitarios, más que de cuidado a nivel hospitalario una vez que este ha organizado un plan de cuidados post internamiento en colaboración con el que ofrece cuidados en la comunidad y/o en el hogar (12).

COSTOS

Para la institución los reingresos representan un problema debido a que la atención que recibe el paciente, los esfuerzos realizados para lograr su recuperación y los gastos inicialmente invertidos son inútiles pues el paciente se encuentra nuevamente enfermo y, peor aún, cada vez más deteriorado. (4). Un estimado reciente del costo directo total (los gastos actuales relacionados en el tratamiento de la enfermedad: cuidados institucionales, servicios profesionales, medicamentos) de la esquizofrenia en EU, lo eleva a 19 mil millones de dólares anuales. Un aspecto obvio en el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia es el riesgo de la recaída y sus costos asociados. Dos factores que influyen en la recaída es la pérdida de la eficacia del medicamento y otro es la falta de apego a el mismo. En 1993 los EU gastaban crudamente 2300 millones cada año en servicios de corto plazo para pacientes con múltiples episodios de esquizofrenia. Usando un análisis real de supervivencia estimaron que dentro de los 2 años posteriores a la alta, los primeros episodios de rehospitalización para estos pacientes costarán casi 2 mil millones de dólares en gastos directos de hospital, aproximadamente el 63% de éstos gastos será por pérdida de respuesta al medicamento y el 37% por incumplimiento de la medicación. También se observó que en el primer año posterior a la alta, es más común la recaída por pérdida de eficacia del medicamento y en el segundo año es más por incumplimiento de parte del paciente. La tasa de rehospitalización a un año es del

50%. Se debe trabajar entonces en el apego al tratamiento y en la eficacia del mismo para reducir el índice de recaídas. (7). No es probable que haya suficientes recursos para cubrir la demanda de cuidados de salud. Dado que los recursos siempre serán limitados, los recursos disponibles deben ser bien distribuidos. Los modelos farmacoeconómicos ayudan a identificar, medir y comparar el costo y el resultado de los fármacos. Estos modelos no intentan reemplazar el entendimiento o juicio de los médicos, sino más bien resumir una parte de la información para tomar decisiones informadas. (13)

INTERVENCIONES

En una reciente revisión (Mueser, 2000) se destacaron seis diferentes intervenciones: el modelo de administración del caso, el apoyo al empleo como rehabilitación, el entrenamiento en habilidades sociales y de autocuidado, la terapia cognitiva para los síntomas psicóticos y los programas integrados para el diagnóstico dual. Todos los autores están de acuerdo en las ventajas de un tratamiento combinado, porque cada uno puede aumentar el cumplimiento del otro, aunque Möller (1996) advierte que, un exceso de intervenciones puede generar gran estrés en pacientes estabilizados. Ha sido Carpenter (1996) quien ha establecido que el mejor tratamiento de mantenimiento para la esquizofrenia debe contemplar los siguientes aspectos: a) Detección precoz y manejo ambulatorio de las exacerbaciones de los síntomas; b) Dosis mínima eficaz

para aumentar el cumplimiento y disminuir los efectos indeseables; c) Intervención psicosocial, incluyendo a la familia, para reducir las tasas de recaída y mejorar el funcionamiento, y d) Integrar diversas modalidades terapéuticas y proveer equipos de tratamiento comunitario.

Fleischacker (1999) describe las intervenciones psicosociales que han demostrado su eficacia: 1. Las intervenciones familiares, muestran una disminución en las tasas de recaída, una disminución de la elevada “expresión emocional” y mejoran el funcionamiento social, esto se realiza con estrategias de comunicación, en resolución de problemas, afrontamiento del estrés e intervenciones en crisis; 2. Psicoeducación: implicación precoz en programa de contactos frecuentes con el paciente y familia, información, necesidad de cumplimiento y detección precoz de recaídas, y 3. Habilidades sociales: al menos durante un año permiten al paciente un entrenamiento en el afrontamiento de actividades cotidianas. (14)

JUSTIFICACION

En los últimos años a la par del crecimiento en la población general, se ha incrementado la población con trastornos mentales, así como la demanda de atención en los servicios de salud mental, y se ha considerado al fenómeno de la RH como un reflejo y un posible indicador que describa ese hecho. Uno de esos trastornos de evolución crónica es la EF, y la RH en gran proporción se ha asociado con él. Por estos aspectos la RH se ha considerado como un tópico importante en la investigación y uno de los puntos a estudiar ha sido la descripción de los factores que pueden facilitar su presencia, ya que este conocimiento puede permitir la detección de poblaciones o subpoblaciones susceptibles y la estructuración de un perfil para su identificación. Este conocimiento puede permitir el diseño de estrategias para estudiarlos, y así desarrollar programas preventivos y de manejo, que logren mejorar su atención y pronóstico, así como los aspectos relacionados al costo de la EF.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué factores clínicos y sociodemográficos están relacionados a la RH en pacientes con EF tratados en el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, ingresados en el mes de abril del 2005?

HIPÓTESIS

■Las RH en pacientes con EF Paranoide se asocian con características sociodemográficas y clínicas de los enfermos.

OBJETIVOS

■Describir la frecuencia de la RH en pacientes ingresados en Abril del 2005 que padecen EF Paranoide y se encuentran bajo tratamiento en el HPFBA.

■Describir los factores sociodemográficos y clínicos que muestren relación con la RH en pacientes con EF Paranoide.

DEFINICION DE VARIABLES

Variable independiente

Rehospitalización en Pacientes con EF Paranoide: Número de reingresos a hospitalización continua vía urgencias, considerando como ingreso llave el ocurrido en Abril del 2005.

Unidad de Medición:

Numérica continua y de intervalo

Variable dependiente:

Conjunto de características sociales, demográficas y clínicas recopiladas y asentadas en las cédulas, registros y documentos hospitalarios, incorporados en el expediente clínico por el equipo interdisciplinario que proporciona atención a los usuarios.

Unidad de Medida:

Las características se consideran en forma dicotómica: nominales de dos categorías (género y tratamiento), dicotómica presente/ausente (pareja), categóricas con 3 a 8 categorías (Lugar de origen, lugar de residencia, grupo familiar, número de integrantes en la familia, escolaridad, ocupación, nivel socio-económico, tratamientos y apego al tratamiento y control médico) y numéricas continuas y de intervalo (número de ingresos totales en la institución donde se realiza el estudio y en otra institución).

MATERIAL Y METODOS

Diseño:

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

Sujetos:

Se incluyeron por medio de un censo en el estudio a sujetos adultos, hombres y mujeres, con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide de acuerdo a los criterios de la CIE 10, que ingresaron por primera vez o por reingreso a hospitalización continua vía urgencias en el mes de Abril del 2005, que contaban o no con comorbilidad y con expediente clínico.

Material:

La recopilación de los datos se realizó en una hoja de captura diseñada *ad Hoc*.

PROCEDIMIENTO

Por medio de la revisión de la libreta de Ingresos de Urgencias, durante el mes de marzo del 2007, el investigador responsable identificó los casos ingresados en el mes de Abril del 2005 de pacientes con Dx. de EF, y acudió al archivo para la obtención de los expedientes clínicos para realizar un seguimiento longitudinal y retrospectivo de la evolución de los pacientes en relación a sus ingresos a hospitalización. Tomando como ingreso llave el ocurrido en el mes señalado, se considero tanto a los pacientes de primer ingreso como a los de reingreso, con la finalidad de determinar las proporciones correspondientes. De los paciente que

resultaron con reingreso, se realizó en abril del 2007 la captura de los datos sobre sus características sociales, demográficas y clínicas, todo esto en forma retrolectiva. Posteriormente se realizó en mayo del mismo año, una codificación de los datos obtenidos y su captura en el instrumento diseñado *ad Hoc*. En forma posterior se realizó el análisis estadístico de los datos, utilizando pruebas de resumen (DS, medias, porcentajes etc.), X^2 para comparación de proporciones en el caso de las variables dicotómicas y categóricas, y coeficiente de correlación de Pearson para conocer que variables se relacionaban con el número de reingresos en el proceso de la RH de los pacientes. De septiembre del 2007 a marzo del 2008 se redactó el documento final en formato para tesis.

RESULTADOS

La muestra se integro con 50 pacientes que fueron divididos en dos grupos, pacientes Con Reingresos (CR) y Sin Reingresos (SR) en hospitalización continua; siendo incluidos 50% de cada género. De forma significativa, más del 50% de los varones tenían reingresos [$X^2=4.66(1),p .03$]. En términos generales los pacientes de ambos grupos se encontraban en promedio en la cuarta década de la vida, entre un rango de 18 a 54 años. En ambos grupos la mayoría eran originarios de y radicaban en los estados del centro de la república, y vivían con sus familiares; de forma significativa pacientes de ambos grupos tenían pareja [$X^2=13.9(5),p .02$]. En cuanto a la escolaridad ambos grupos contaban en mayor proporción con una escolaridad de secundaria y primaria. Más de la mitad no tenía ocupación y de forma significativa se designaron por trabajo social con un nivel socioeconómico entre exento y los niveles 1 y 2 en mayor proporción. [$X^2=13.9(5),p .02$]. (Cuadro 1). En ambos grupos el principal motivo de internamiento fue la agudización de la EF. El tratamiento anterior en los dos grupos fue en forma significativa en mayor proporción un NLP Atípico [$X^2=7.8(3),p .04$], en el tratamiento al momento del estudio en mayor proporción fue un NLP Típico, y como tratamiento agregado en forma significativa se les administró un Estabilizador del Ánimo [$X^2=12(5),p .02$]. En cuanto al apego al tratamiento, así como al apego al control médico, en ambos grupos resultó ser malo en la mayoría de los pacientes (Cuadro 2). El número de ingresos al corte en ambos grupos de forma significativa

fue entre 1 y 3 [$X^2=45(11)$, p .000], considerando el ingreso llave y los previos. La RH en los dos grupos se observó con un rango de 1 a 3 reingresos de forma significativa [$X^2=50(12)$,p .000]. En general, al momento del corte, el 30% de los pacientes que habían debutado en el mes de Abril no había presentado aún recaídas. En total (sumatoria del último ingreso y los previos), los pacientes estuvieron ingresados entre 1 y 3 veces en nuestra institución en un porcentaje del 60% (cuadro 3). Finalmente, el número de rehospitalizaciones se relacionó en forma significativa con el sexo masculino [$r=.51(50)$, p.000], lugar de origen [$r=.36(50)$, p.01], la ocupación [$r=.31(50)$, p.02], y el tratamiento anterior o previo [$r=.51(50)$, p.000] (Cuadro 4).

Cuadro 1.- Descripción de las características sociodemográficas de los pacientes estudiados por grupo (n=50)

		SR (n=15)				CR (n=35)				Total			
		n		%		n		%		n		%	
		media	Ds	Min	Max	media	Ds	Min	Max	media	Ds	Min	Max
Sexo*	Masculino	11		44		14		56		25		50	
Edad		37	12	18	54	35	9	20	54	35	10.39	18	54
	Edad de inicio del Trastorno	35	14	18	54	29	10	18	49	31	12.14	18	54
Estado Civil	Casado	4		8		5		10		9		18	
	Soltero	10		20		25		50		35		70	
	Divorciado					3		6		3		6	
	Unión libre					1		2		1		2	
	Separado	1		2						1		2	
	Viudo					1		2		1		2	
Con Pareja**		10		20		31		62		41		82	
Lugar de Origen	Centro	10		20		30		60		40		80	
	Norte	2		4						2		4	
	Sur					3		6		3		6	
	Oriente	2		4		1		2		3		6	
	Extranjero					1		2		1		2	
	Sin datos	1		2						1		2	
Lugar de Residencia	Centro	13		26		33		66		46		92	
	Sur	1		2		1		2		2		4	
	Oriente	1		2		1		2		2		4	
Dónde o con quien vive	Indigente	1		2						1		2	
	Albergue	2		4		2		4		4		8	
	Solo	1		2		1		2		2		4	
	Pareja	4		8		6		12		10		20	
	Padres	6		12		16		32		22		44	
	Familiares	1		2		10		20		11		22	

*[$\chi^2=4.66(1),p .03$]

** [$\chi^2=13.9(5),p .02$]

Cuadro 1cont.- Descripción de las características sociodemográficas de los pacientes estudiados por grupo (n=50)

		SR (n=15)		CR (n=35)		Total	
		n	%	n	%	n	%
Escolaridad	Analfabeta	1	2	1	2	2	4
	Primaria	4	8	7	14	11	22
	Secundaria	4	8	12	24	16	32
	Preparatoria	2	4	1	2	3	6
	Licenciatura incompleta	2	4	5	10	7	14
	Licenciatura			2	4	2	4
	Técnica	1	2	6	12	7	14
	Se desconoce	1	2	1	2	2	4
Religión	Sin religión	1	2	3	6	4	8
	Católica	13	26	28	56	41	82
	Otras			4	8	4	8
Ocupación	Sin ocupación	10	20	20	40	30	60
	Labores domésticas			8	16	8	16
	Comercio			1	2	1	2
	Empleado	4	8	4	8	8	16
	Campesino	1	2	1	2	2	4
	Estudiante			1	2	1	2
Nivel Socioeconómico*	Exento	7	14	4	8	11	22
	1	1	2	10	20	11	22
	2	1	2	9	18	10	20
	3	4	8	4	8	8	16
	4			4	8	4	8
	5	2	4	4	8	6	12

* [$\chi^2=13.9(5), p .02$]

Cuadro 2.- Descripción de las características clínicas de los pacientes estudiados por grupo (n=50)

		SR (n=15)		CR (n=35)		Total	
		n	%	n	%	n	%
Motivo de Internamiento	Agudización	5	10	11	22	16	32
	Agresividad	3	6	5	10	8	16
	Negativa a medicamentos	1	2	7	14	8	16
Comorbilidad	Suicidabilidad			4	8	4	8
	Sin comorbilidad	5	10	1	2	6	12
	Tmc sec a sustancias	2	4			2	4
Tratamiento anterior **	TOC			1	2	1	2
	NLP Típico	3	6	20	40	23	46
	NLP Átípico	12	24	13	26	25	50
Tratamiento	NLP Típico	9	18	23	46	32	64
	NLP Atípico	6	12	12	24	18	36
Tratamiento agregado*	NLP Típico	1	2	3	6	4	8
	NLP Átípico	5	10	1	2	6	12
	Antidepresivo			3	6	3	6
	Estabilizador del Edo. De Animo	2	4	16	32	18	36
	Corrector	6	12	10	20	16	32
	Benzodicepinas	1	2	2	4	3	6
Apego a Control en consulta Externa	Nulo			2	4	2	4
	Malo	12	24	17	34	29	58
	Irregular	2	4	14	28	16	32
Apego a Tratamiento	bueno	1	2	1	2	2	4
	Malo	12	24	21	42	33	66
	Irregular	1	2	12	24	13	26
	Bueno	2	4	1	2	3	6

*[$\chi^2=7.8(3),p .04$]

** [$\chi^2=12(5),p .02$]

Cuadro 3.- Descripción de las características de los ingresos a hospitalización en los pacientes estudiados (n=50)

		SR (n=15)		CR (n=35)		Total	
		n	%	n	%	n	%
Número de Ingresos*	1-3	15	30	19	28	34	68
	4-6			9	18	9	18
	7-9			3	6	3	6
	10-12			3	6	3	6
	>13			1	2	1	2
Número de Reingresos**	0	15	30	10	20	10	20
	1-3			16	32	16	32
	4-6			3	6	3	6
	7-9			4	8	4	8
	10-12			3	6	3	6
Número de Internamientos en otra institución	0	14	28	27	54	41	82
	1	1	2	7	14	8	16
	5			1	2	1	2

*[$\chi^2=45(11),p .000$]

**[$\chi^2=50(12),p .000$]

Cuadro 4.- Factores Sociodemográficos y Clínicos relacionados con las Recaídas (n=50)

	r	p
Sexo	.51	.000
Lugar de Origen	.36	.01
Ocupación	.31	.02
Tratamiento Anterior	.51	.000

DISCUSIÓN

Consideramos que la muestra resulta representativa de los pacientes con Esquizofrenia y otras Enfermedades Psicóticas, ya que presenta las características referidas en la literatura para estos pacientes, así como para los pacientes atendidos en la institución donde se realizó el presente trabajo de acuerdo a lo reportado por Cruz y López. Se encontró predominio de pacientes masculinos, a diferencia de lo señalado por los autores referidos, aunque nuestra institución funciona en cierta medida como un hospital de concentración; por otro lado Linares señala predominio de mujeres con la enfermedad en estudio, y otros reportan predominio en el sexo masculino, en los cuales se presenta con mayor severidad y pobre respuesta a tratamiento de acuerdo a López. Son jóvenes, como lo señala Linares, Gastal, Rendón, Doering y los autores de esta institución, por lo que es probable que presenten una evolución crónica y con recaídas. En su mayoría son originarios y radican en los estados del centro de la república, reforzando lo señalado por Gastal, Cruz y López; este aspecto nos orienta a pensar en el hecho de que cuentan con mayor disponibilidad del servicio y de un fácil acceso para demandar atención, pero también en una posible deficiencia en el sistema de salud, como lo reportan Gastal y López. La mayoría viven con la familia, lo que podría representar que cuentan con apoyo por parte de ésta como factor predictivo positivo, aunque en el caso de presencia de una alta Emoción Expresada en la familia, resulta negativa para la

evolución del paciente y su enfermedad, como lo señala el estudio realizado en el IMSS. En mayor proporción no cuentan con pareja, factor predictivo negativo de acuerdo a Linares, Rendón, Doering y León, y en nuestro medio con Cruz y López. En mayor proporción cuentan con educación básica, factor de mal pronóstico que coincide con lo señalado por Doering y León, Linares y los autores de esta institución. Los pacientes cuentan también en su mayoría con un nivel socioeconómico bajo, lo que coincide con lo señalado por Gastal en relación a que el estrato social y la clase económica pueden considerarse como factores predictivos negativos, ya que nos hablan de una menor capacidad para adquirir y continuar con el tratamiento.

Con mayor frecuencia los pacientes se ingresaron a hospitalización continua por agudización de la Esquizofrenia. Habían estado con tratamiento a base de neurolépticos atípicos que se cambiaron a típicos combinados con antidepresivos, estabilizadores del estado del ánimo y corrector, por lo que es probable que presentaran incumplimiento terapéutico por su baja situación económica y el alto costo de los medicamentos atípicos, aunque en general también se habla de un mal apego al tratamiento en los pacientes con Esquizofrenia, así como de la presencia de sintomatología afectiva en comorbilidad con su patología de base, de acuerdo a López, y estos aspectos también se consideran factores asociados a la RH, como describe Linares. Como se señaló anteriormente, los pacientes tenían en su mayoría mal apego al medicamento y a su control médico, que son dos aspectos que se

asocian con la RH, como se señala en el estudio de 1986 en EUA y como reportan Linares y López.

La RH se observó en el 60% de los pacientes, frecuencia muy similar a la reportada por Cruz. El rango de reingresos resulto similar al reportado en los pacientes con Psicosis orgánica del estudio realizado en el IMSS, y al 35% de los pacientes del estudio de Cruz.

El lugar de origen se asoció con la RH, ya que de acuerdo a lo reportado por Gastal y López, los pacientes que viven cerca de los servicios de salud demandan mayor atención por un fácil acceso. También Linares señaló a este respecto que los pacientes residentes en ciudades presentan en mayor proporción recaídas y RH. La ocupación fue otro de los factores relacionados al fenómeno en estudio, lo que concuerda a lo reportado por Doering y León sobre la integración laboral, con Linares sobre el desempleo, con Gastal sobre la ocupación y la actividad económica, y finalmente con Cruz sobre que la mayoría de los pacientes carecen de trabajo, aunque difiere de lo reportado por López. En el caso de este último autor cabe señalar que su estudio se realizó en una población cuya patología no presentaba una agudización, se manejaban como externos y reunía las características de quienes se incorporan al programa de hospital de día, cuya condición médica puede considerarse como mejor, así como su pronóstico. Finalmente el tratamiento también se relaciono

a la RH, lo que podría estar asociado con el incumplimiento en la ingesta del medicamento o la pobre respuesta al mismo referida por Leiden.

CONCLUSIÓN

La Esquizofrenia se considera como una enfermedad de mal pronóstico, y los pacientes atendidos con ese diagnóstico en nuestra institución sufren de recaídas por agudización de la misma patología, las cuales concluyen en Rehospitalización. Este fenómeno resultó de una frecuencia alta, como se ha señalado en la literatura, fenómeno que se ha asociado a ciertos factores o características sociales, demográficas y clínicas que están presentes en esos pacientes y que se han descrito ampliamente en la literatura, como se observó en la muestra estudiada; y aunque pocas de éstas características resultaron con significancia estadística en diversos estudios, en el nuestro el sexo, lugar de origen, la ocupación y el tratamiento previo resultaron significativos. Además, muchas otras características están presentes en la mayoría de los pacientes definiendo un perfil, el cual nos permite detectar a aquellos pacientes con diversos grados de riesgo para sufrir una recaída y una RH. Es probable, como hemos señalado, que esos factores tengan interacciones que resulten complejas y dinámicas, y que se asocien en forma directa o indirecta al fenómeno motivo de estudio. También es indudable que se requieren de estudios con mejores diseños metodológicos para entender y conocer mejor el proceso de la RH, para así crear mejores modelos de atención encaminados a impactar sobre los factores asociados que la favorecen, lo que repercutirá en una mejor utilización de los recursos

para el manejo de los pacientes que padecen de Esquizofrenia, que presentan agudizaciones de la misma y sufren de Rehospitalización.

BIBLIOGRAFIA

1. Muela JA Y Godoy JF; Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicotherma*. 2001. Vol 13, N°1 , pp. 2
2. Irene Linares Vallejo, et al. Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid, 2002. p.p. 13
3. Csernansky JG; Schuchart EK. Relapse and Rehospitalization rates in patients with Schizophrenia. Effects of second generation antipsychotics. *SNC Drugs* 2002; 16 (7): 473-84
4. Cortés Padilla, María Teresa; et al. Factores psicosociales relacionados con la rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica. *Salud Pública Méx.* 2001; pp:530
5. Sacco, Marcela; Rodríguez, Roberto C. Reingresos de pacientes esquizofrénicos a un año de alta.. *ALCMEON. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.* Julio de 2001. Año XII, Vol. 10, No. 1,
6. Gastal, Fabio L; Andreoli, Sergio B. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Revista Saúde Pública.São Paulo,* June, 2000. Vol. 34 n.3.
7. Peter J. Weiden, Mark Olton. Cost of Relapse in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, National Institute of Mental Health.*1995; Vol. 21, No. 3.
8. Weiden, Peter M.D, et al. Evaluación y selección del tratamiento para pacientes con esquizofrenia de puerta giratoria. *Psychiatric Quarterly.* 1997; 68(4):377-392
9. Mahendran R. Mythily. et al. Brief communication: factors affecting rehospitalization in psychiatric patients in Singapore.. *International Journal of Social Psychiatry.* Jun, 2005; 51(2):101-5
10. Cruz VP y Contreras GA; Factores de riesgo para la rehospitalización en pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; *Psiquis (México),* Noviembre-Diciembre 2007; 16 (6); 159:164
11. López SFF; Calidad de vida en pacientes psicóticos externos; *Alcmeon,* Noviembre 2007; Año 16; 14(2); 65:75
12. John S. Lyons, PH D., Michel. Am J. Predicting readmission to the Psychiatric Hospital in a Managed Care Environment: Implications for Quality for Indicators. *Psychiatry.* March; 1997. 154:3
13. Glazer WM, et al. A Pharmacoeconomic Model of Outpatient Antipsychotic Therapy in "Revolving Door" Schizophrenic Patients. *J Clin Psychiatry.* 1996; 57:337-345,
14. Cercos, Leal; Arias, Juan. Evolución reciente del tratamiento de la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29(Supl. 1) pp:63-64