

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

**Comparación entre población derechohabiente y no derechohabiente de
Institución Médico Social en la reincidencia hospitalaria en pacientes con
patologías psicóticas.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:

Dra. Lucía Isabel Cruz Valdez

Médico Residente de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

Tutor Teórico

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats

Tutor metodológico

Dr. Juan Antonio Díaz Pichardo.

México D.F. Febrero 2010



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.

*“Cuando éramos niños
los viejos tenían como treinta
un charco era un océano
la muerte lisa y llana
no existía ...”
Pasatiempo; M. Benedetti*

**Con amor y agradecimiento a mis niños,
de los que he aprendido tanto y tanto...**

*“...Los hombres ya no tienen tiempo de conocer nada.
Compran cosas hechas a los vendedores.
Pero como no existen vendedores de amigos,
Los hombres ya no tienen amigos...”
El principito; Antoine de Saint Exupery*

**A mis amigos, por su paciencia y apoyo: a mis amigos hermanos,
a mis amigos padres, y a mis amigos maestros;
con especial cariño y agradecimiento a mi maestro y amigo Carlos Ibañez y Ortiz.
A todos ellos, por su confianza y apoyo.**

INDICE

Resumen	1
Summary	1
Introducción	2
Antecedentes	6
Justificación	8
Objetivos	9
Hipótesis	9
Metodología	9
Resultados	12
Tablas	16
Gráficas	18
Discusión	21
Conclusiones	24
Limitaciones	25
Bibliografía	26

RESUMEN

Objetivo.- El objetivo de este estudio fue comparar si la incidencia de re-hospitalizaciones en pacientes con patologías psicóticas es mayor en población no derechohabiente en relación a los usuarios que cuentan con un seguro médico institucional.

Método.- En una muestra total de 190 pacientes hospitalizados con diagnóstico de algún trastorno psicótico, se dividieron en Grupo I y Grupo II, con y sin servicio médico institucional respectivamente, se recabaron los datos relativos a la hospitalización y sociodemográficos. Se aplicó la prueba T de student para definir si la diferencia en el número de ingresos era estadísticamente significativa.

Resultados.- En el Grupo I número de ingresos estuvo en un rango de 1-8, con un promedio de ingresos de 1.57 por paciente. El promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 21.05 días por paciente, con un rango de 17.23-24.09 días de estancia. Y en el Grupo II el número de ingresos osciló entre 1 y 10, con un promedio de 1.58 ingresos por paciente. Los días de estancia intrahospitalaria promedio fueron de 20.31 días por paciente, con un rango de 16.63-23.45 días de estancia. El resultado de la prueba T fue de 0.4780, con una $P= 0.30$ lo cual resulta estadísticamente no significativo.

Conclusiones.- A partir de los resultados del presente estudio, se puede concluir que el ser derechohabiente de una Institución Médica de Salud no es un factor predictor de menores ingresos hospitalarios.

SUMMARY

Objective: The objective of this study was to compare if the incident of re-hospitalization in patients with psychotic disorder is major in population without medical institutional service.

Method: In a total sample of 190 patients hospitalized with diagnosis of some psychotic disorder, there divided in Group I and group II, with and without medical service institutional respectively, the information relative to the hospitalization and sociodemographic characteristics was obtained. There was applied the test T of student to define if the difference in the number of income was statistically significant.

Results: In the Group I number of income was in a range of 1-8, with an average of income of 1.57 for patient. The average of hospitalized days was 21.05 days for patient, with a range of 17.23-24.09 days of stay. And in the Group II the number of income ranged between 1 and 10, with an average of 1.58 income for patient. The days of hospitalized average were 20.31 days for patient, with a range of 16.63-23.45 days of stay. The result of for the difference of income was of $p = 0.05$ (minor to 0.05) which proved not to be statistically significant.

Conclusions: From the results of the present study, it is possible to conclude that the being a Medical Institution of Health is not a factor predictor of minor hospitable income.

INTRODUCCION

En la actualidad, las hospitalizaciones psiquiátricas son utilizadas principalmente cuando existe un riesgo serio y agudo. Esto típicamente es definido como cualquier riesgo del paciente que tenga un potencial realista de autolesionarse seriamente o dañar a otra persona. Por lo tanto, las hospitalizaciones hoy en día son usadas principalmente para la estabilización de cuadros agudos^{1,2}.

Los niños y adolescentes con frecuencia son egresados una vez que los comportamientos más agudos de riesgo alto o las posibilidades de formularse ideas autolíticas han remitido. Los servicios de vigilancia pos-tratamiento deberían, idealmente, proporcionar una continuidad de cuidado para antiguos hospitalizados, mejorando la transición de los servicios de hospitalización intensivos a la comunidad; además de ayudar a jóvenes y familias en el mantenimiento de los beneficios obtenidos en el hospital. Esto serviría como una función preventiva para reducir la probabilidad de re-hospitalización³.

Muchos, pero no todos los informes han sugerido que la mayoría de los hospitalizados adolescentes y niños, por padecimientos psiquiátricos reciben al menos algún servicio de especialidad de salud mental después de la hospitalización. Sin embargo, el retraso entre el evento agudo, la hospitalización y la vigilancia post-hospitalaria ha sido examinado en escasos estudios⁴ y pocos estudios han examinado registros de tratamiento reales para verificar o clarificar la información sobre el empleo de servicios psiquiátricos. Por lo tanto, no siempre es claro que tan rápidamente estos jóvenes utilizan los servicios después de la hospitalización. Además, no se puede definir qué factores están relacionados con el empleo de servicio de vigilancia post-hospitalaria y la interrupción más pronta del empleo del servicio, aunque se ha asociado con tasas relativamente altas de vigilancia post-hospitalaria cuando existe la preocupación de riesgo suicida^{4,5} trastornos de conducta y algunos trastornos del espectro de esquizofrenia.

Anderson y Newman (1973) describieron un modelo conceptual que consiste en tres clases de variables que son predictivas de acceso a los servicios, una de ellas, la disponibilidad de recursos del paciente, que aumenta la probabilidad de acceso al tratamiento^{6,7,8,9} es un factor que predispone a la utilización de los servicios y que puede aumentar la probabilidad de que el tratamiento externo sea considerado como una opción ya que esto debería disminuir las recaídas y por lo tanto el reingreso hospitalario. Dentro de los factores de severidad de enfermedad se incluyen la percepción del paciente, la familia, o expertos en cuanto a la severidad de enfermedad "y la necesidad" consiguiente del tratamiento.

En niños y adolescentes con intentos de suicidio de repetición, son notables niveles severos de angustia y alteración de la funcionalidad³ pero no es claro si este nivel de necesidad es asociado con el empleo mayor de servicios de vigilancia post-hospitalaria. La comorbilidad psiquiátrica, como un indicador de la extensión de problemas de conducta y

emocionales, también se ha relacionado con el mayor empleo de tratamiento en algunos estudios epidemiológicos de jóvenes¹⁰ pero no expresamente estudiado en relación con la vigilancia post-hospitalaria.

Con respecto a los pacientes y familias que ya han vencido "las barreras" del acceso de tratamiento y han tenido acercamiento con proveedores de salud mental antes de sus hospitalizaciones por lo visto debería tener menos dificultad de utilización de los que quienes tienen acceso por primera vez¹¹. El papel de los padres de los adolescentes es crucial para tener el tener acceso y el reconocer la necesidad de servicios de salud mental de los jóvenes⁸. Por lo tanto, el no tener un padre o un cuidador en la casa puede representar un impedimento para tener acceso y seguimiento de los servicios de vigilancia post-hospitalaria.

Los adolescentes menos jóvenes han presentado actitudes más negativas al buscar ayuda que los más jóvenes y por lo tanto pueden tener menor probabilidad de acceso o permanecer en servicios de salud mental. Los datos en cuanto a diferencias sexuales del empleo de servicio en la comunidad han sido inconstantes.

El empleo del servicio de urgencias pediátrico por niños que requieren la consulta psiquiátrica ha sido relatado raras veces en la literatura. La disminución de camas de hospitalización psiquiátrica ha conducido a un aumento de visitas psiquiátricas de emergencia y un aumento del número de instalaciones que proporcionan a niños una evaluación psiquiátrica de urgencia que puede llegar a un servicio de psiquiatría. Los niños con quejas psiquiátricas pueden expresar comportamientos peligrosos¹² y prolongar su permanencia en el servicio de urgencias pediátricas, siendo esta una causa de aumento en el consumo de recursos¹³.

En un estudio donde se tomaron en cuenta variables demográficas, incluyendo el género, la raza y la edad, y variables psiquiátricas, que incluían los diagnósticos, los intentos de suicidio de pre-hospitalización, y hospitalizaciones anteriores, fueron examinados como predictores potenciales de nueva hospitalización; durante el período de seguimiento, antes de seis meses posterior al egreso, el 19 por ciento de los adolescentes fue hospitalizado de nuevo^{8,14}.

Algunos predictores significativos independientes de utilización de servicio en 6 meses incluyen el diagnóstico, el tiempo de permanencia en el hospital, historial de intentos de suicidio, el estrés percibido, y el cumplimiento de medicación en 3 meses^{15,16}.

El tratamiento de los pacientes hospitalizados es una alternativa cara de apoyo para los pacientes con trastornos psiquiátricos agudos, por lo cual se ha sugerido la atención continua en los servicios de Hospital de día. Existen estudios que sugieren que los

programas de tratamiento en hospital de día, son superiores a la continuación del tratamiento en consulta externa en términos de mejoramiento de síntomas psiquiátricos, sin embargo, estos datos son inconcluyentes sobre los gastos, que sugieren que los hospitales de día pudieran ser más caros que el seguimiento en consulta externa¹⁷.

Costello, al evaluar los gastos generados por la utilización de servicios de atención psiquiátrica infantil y de adolescentes con necesidades del servicio, el 66.9 % no recibió ningún tratamiento, los jóvenes con un seguro de salud pública fueron asociados con las tasas más altas de seguimiento por la especialidad de salud mental que aquellos que tenían un seguro privado o ningún seguro¹⁸.

En pacientes que cuentan con un servicio de atención psiquiátrica se ha encontrado que los clientes de proveedores de servicios de salud mental cuentan con el número más alto de visitas como paciente externo, la probabilidad más baja de admisión a una institución psiquiátrica, así como el empleo de servicios de urgencia, y los gastos totales más bajos incluyendo gastos como paciente externo, hospitalizado y gastos de los servicios de urgencias, y medicaciones¹⁹.

Martin estudio las tendencias en el empleo de hospitalización y servicios de salud mental de paciente externo, incluyendo farmacoterapia, entre niños y adolescentes con seguro privado a partir de 1997 hasta 2000, la proporción de jóvenes con antecedente de una hospitalización psiquiátrica, disminuyó la hospitalización en el 23.7 % a partir de 1997 hasta 2000. Las tendencias de costos de acuerdo al diagnóstico, fue variable, sin embargo se redujeron las vistas a tratamiento por depresión, hiperactividad, trastornos de ajuste, y trastornos de ansiedad²⁰. La disminución fue acompañada por aumentos simultáneos del empleo de gastos médicos asociados con medicaciones psicotrópica, en particular para jóvenes con trastornos de ansiedad y el humor. Estos resultados documentan un cambio hacia modalidades de tratamiento de paciente externo a base de medicación²¹.

Los pacientes en riesgo de hospitalización psiquiátrica emplean limitadamente los servicios de atención externa, aunque la investigación clínica ha demostrado que algunos tratamientos con pacientes externos y el cuidado en casa pueden ser tan eficaz como la hospitalización para el tratamiento de ciertos problemas de salud mental; sin embargo, la sustitución de servicios ambulatorios para el cuidado de los hospitalizados tiene limitaciones cuando las aseguradoras restringen los problemas de salud mental para el control del paciente externo por los altos costos de éste²² por lo que la mayor parte de los costos queda a cargo del sector público^{18,19,23}.

Las personas que sufren comorbilidad entre enfermedad mental y abuso de sustancia (diagnóstico doble) incrementan los costos para mantener a los pacientes en la

comunidad y la utilización de hospitales psiquiátricos. El mantenimiento en la comunidad es un paso, aunque crítico, hacia suspender la medicación y la abstinencia eventual. Así, hay una necesidad de la información que compare la eficacia y costos de tales servicios para proponer opciones de servicio²⁴.

En una unidad infantil de hospitalización psiquiátrica, se encontró mejoría considerable en el funcionamiento psicológico respecto al evento agudo y la continuación de tratamiento a 6 meses en relación con su funcionamiento en admisión. Los niños que estuvieron más afectados en la admisión tuvieron más progreso durante la admisión, pero fueron más irregulares en la continuación del tratamiento que los niños que tenían síntomas más leves en la admisión²⁵. No hubo otras variables, solas o en la combinación, relacionadas considerablemente con el progreso en admisión o el resultado de continuación, incluyendo diagnósticos específicos, género, raza, edad, CI, funcionamiento de familia, acontecimientos de vida negativos, educación parental y el empleo, la historia de familia biológica, la duración de hospitalización, la participación parental durante servicios de continuación y la admisión^{4,14}.

La hospitalización psiquiátrica es a menudo beneficiosa, en particular si un programa de tratamiento especializado y la vigilancia post-hospitalaria están disponibles y si el niño presenta un cuadro clínico menos patológico⁴. Representa una modalidad fundamental dentro del tratamiento de las enfermedades psiquiátricas graves, pues, aparte de que es un medio terapéutico estructurado que responde a las necesidades de cuidado, control y protección del paciente, lo mantiene alejado de situaciones estresantes. La hospitalización durante la fase aguda busca tanto manejar los síntomas como facilitar el reajuste del paciente a su ambiente y está indicada en pacientes con pobre conciencia de enfermedad, mal cumplimiento del tratamiento, peligro para sí mismo o los demás o alteración de las actividades de la vida diaria, debida a síntomas psicóticos o conductas anormales o incontrolables^{26,27,28,29}.

Pocos estudios han examinado registros de tratamiento reales para verificar o clarificar la información sobre el empleo de servicios psiquiátricos, los cuales deberían, idealmente, proporcionar una continuidad de cuidado para los pacientes con antecedente de hospitalización, mejorando la transición de los servicios de hospitalización intensivos a la comunidad¹⁶.

La continuidad de tratamiento además de ayudar a los jóvenes y sus familias en el mantenimiento de los beneficios obtenidos en el hospital, sirve como una función preventiva para reducir la probabilidad de re-hospitalización^{5,30,31,32}. Sin embargo, las decisiones de los padres se basan en la experiencia, y esta es muy variada, ya que

depende de muchos factores, por ejemplo, si fue la primera hospitalización psiquiátrica del niño, la distancia del hospital a su casa, su confianza en quien le atendió, fuentes de apoyo, y su situación económica en ese momento^{33,34}.

La mayoría de los trabajos sobre el tema, intenta determinar factores predictivos de rehospitalización. La falta de adhesión al tratamiento, el mantenimiento de la medicación antipsicótica, el número de internaciones anteriores, la severidad de los síntomas, el diagnóstico psiquiátrico primario, y la duración de las internaciones son los factores predominantemente citados en los estudios sobre predicción de las rehospitalizaciones de pacientes psicóticos^{35,36,37,38,39,40,41,42,43,,44,45,46,47}. El abuso de sustancias se menciona en varios estudios como un importante predictor de recaída y rehospitalización^{24,36,43,48,49} pero Sanguinetti y col. establecieron, en un estudio retrospectivo sobre 2000 internaciones y rehospitalizaciones involuntarias, que el principal factor para predecir los reingresos era el diagnóstico psiquiátrico primario y que el abuso de alcohol y drogas no era un determinante significativo⁴⁵. Otros predictores estudiados son las relaciones familiares insatisfactorias y los antecedentes policiales, la falta de controles psiquiátricos periódicos, y la falta de apoyo social⁵⁰.

Los reingresados presentan un perfil sociodemográfico y clínico caracterizado por ser paciente mucho más jóvenes y de género mayoritariamente femenino, destacan en ellos como entidades diagnósticas esquizofrenia, Trastornos bipolar, Trastorno Depresivo Mayor^{50,51,53,54,55,56,57}. Presentan a su vez mayor número de tentativas autolíticas, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, Trs. de personalidad, problemas psicosociales y ambientales, así como mayor variabilidad diagnóstica e ingresos involuntarios y por problemas ajenos a la reagudización de la propia patología⁵⁸.

La esquizofrenia sigue siendo una de las principales causas de hospitalización^{9,59,60,61,62,63,64}. Este tipo de pacientes, tienden a ser “consumidores” habituales de recursos de salud mental y representan el llamado “síndrome de puerta giratoria”, registrando hasta 5 a 8 readmisiones en el año. Entre las explicaciones posibles, está la corta estadía (en promedio 10 días/cama). Otras razones podrían ser el diagnóstico incompleto, la falta de adherencia al tratamiento, la alta expresividad emocional en el hogar, entre otras. Los trastornos severos de personalidad requieren un tipo de tratamiento altamente especializado⁵¹.

Se sugiere que la pérdida de la eficacia de los neurolépticos puede producir cerca del 60% de los costes de rehospitalización y el no cumplimiento del tratamiento neuroléptico prescrito el 40% de estos costes de rehospitalización. Mientras que lo primero se ha observado sobre todo durante el primer año tras el alta, el no cumplimiento del tratamiento se da en el segundo año. Un aspecto igualmente importante es que los tratamientos más baratos no son necesariamente los más económicos a la larga, y ello parece ser válido tanto para los ansiolíticos³¹ como para los neurolépticos.

La complejidad que entraña el hecho de ingresar en múltiples ocasiones es un fenómeno multifactorial en el que además de ser importantes las patologías, también lo son otras causas como la utilización del hospital, por motivos no puramente psiquiátricos, el incumplimiento terapéutico, negación de la enfermedad, la escasez de una red de asistencia, problemas psicosociales y ambientales, y en caso de existencia, recursos hospitalarios^{58,64}.

Aunque la hospitalización sea la mejor opción en una situación crítica de un continuo de cuidados para jóvenes con padecimientos psiquiátricos, sigue siendo relativamente alto su costo, por lo que la tendencia actual es el empleo de los servicios de salud mental externos, incluyendo farmacoterapia.

ANTECEDENTES

En Europa, la hospitalización de personas con enfermedades mentales se remonta hasta ochocientos años atrás. Estos hospitales con frecuencia estaban abarrotados de pacientes e incluían el ingreso para los “pobres”. La distinción entre “indigente” y “loco” sólo empezó a ser reconocida en el siglo XVIII. Hacia finales del siglo XIX, la creciente preocupación pública acerca de las enfermedades mentales condujo a mayor provisión de asilos y atención de custodia restrictiva. Sin embargo, esta tendencia fue contrarrestada por un movimiento liberal llamado “Tratamiento Moral”, pionero en Francia (Pinel 1806) e Inglaterra (Tuke 1813). Este enfoque favorecía la liberación de personas que estaban físicamente restringidas en asilos más grandes (Connolly 1856) e introducir formas sociales de tratamiento basadas en el respeto por el ser humano. Para finales del siglo XIX, esta política se revirtió a favor de los enfoques de custodia restrictiva debido a la escasez de personal, la sobrepoblación y la preocupación por la seguridad. En los años treinta, volvió a cambiar la tendencia hacia la introducción del tratamiento electroconvulsivo y del tratamiento de coma insulínico. El optimismo sobre la efectividad de nuevos tratamientos era paralelo a un movimiento de políticas de atención más liberales. Las actitudes sociales siguieron cambiando después de la segunda guerra mundial, en particular con la introducción de la medicación antipsicótica en 1952 (clorpromazina y fármacos posteriores) que hacían posible la rehabilitación incluso para los pacientes con enfermedades mentales graves. Al mismo tiempo, los grandes asilos eran criticados por ser “instituciones totales” (Goffman 1961), inhumanas y represivas (Wing 1970)^{26,65}.

Desde los años sesenta, en Norteamérica y Europa, se han cerrado los grandes hospitales y se han establecido unidades locales pequeñas de hospitales generales. Este proceso ha sido gradual, a excepción de Italia en donde los hospitales psiquiátricos públicos se cerraron rápidamente y se prohibieron los ingresos a asilos. Al mismo tiempo, han

evolucionado muchos tipos de enfoques de atención comunitaria. Por ejemplo, el manejo de casos, un régimen de atención comunitaria ampliamente usado, que ahora es una obligación estatutaria en varios países. Las políticas actuales de salud mental y orientación en el Reino Unido promueven una estancia hospitalaria corta con seguimiento realizado por programas comunitarios como el manejo de casos y el Abordaje del Programa de Atención (Care Programme Approach; DOH 1999). Sin embargo, la atención comunitaria ha sido criticada por no prestar atención adecuada (DOH 1994), en particular para el enfermo mental con un "patrón rotativo" de ingresos, refiriéndose a los pacientes que tienen ingresos repetidos, frecuentes y los "nuevos pacientes de estancia prolongada"^{12,35,51,52,58,66}.

En los países de ingresos altos, durante las últimas tres décadas, se ha reducido drásticamente la duración de la estancia hospitalaria para las personas con enfermedades mentales graves. Se alega que esta reducción ha causado un patrón rotativo de ingresos en el hospital^{12,35,51,52,58,66} y ha llevado al empeoramiento de los resultados de la salud mental a pesar del ahorro evidente de costes, aunque otros sugieren que las estancias más largas pueden ser más perjudiciales al institucionalizar a los pacientes en atención hospitalaria.

En algunos países "occidentales", aunque el número de camas disminuyó, las tasas de ingresos aumentaron, quizá como resultado directo de las políticas de atención comunitaria¹⁷. Un modelo común de atención hospitalaria para los pacientes con enfermedades mentales graves consta de ingresos al hospital cortos y frecuentes. Otros países han tenido experiencias muy diferentes. Uno de los indicadores de rendimiento del National Service Framework for Mental Health del Reino Unido es la reducción de la frecuencia de los reingresos por una urgencia psiquiátrica (DOH 1999).

En países orientales como Japón, ha aumentado la provisión de camas durante los últimos 30 años y muchos países "en vías de desarrollo" proporcionan atención médica "estándar" o no especializada o continúan utilizando instituciones que han permanecido inalteradas durante décadas²⁶.

Las políticas de atención comunitaria pueden cambiar el modelo de atención hospitalaria para los pacientes con enfermedades mentales graves, favoreciendo los ingresos más cortos. Por lo tanto, es importante determinar los efectos de las diferentes duraciones de las estancias hospitalarias. Este dato ayudará a informar a los elaboradores de políticas para desarrollar servicios de salud mental seguros, apropiados, eficientes y eficaces en el futuro⁶⁷.

Los datos económicos son muy deficientes y difíciles de interpretar. Ningún estudio ha informado los costes indirectos, por ejemplo, los costes familiares, de viajes etc. y los costes intangibles como la incomodidad. Glick (1975) sugiere que una vez que el paciente es dado de alta, realmente no hay mucha diferencia entre los grupos de corta y larga

estancia, el grupo de estancia corta puede costar más una vez que los pacientes salen del hospital. Tal vez se podría explicar si es común la utilización de hospital de día para estas personas en comparación con los pacientes que tuvieron una estancia hospitalaria más prolongada como observó en Kennedy (1980). Sin embargo, si se usara la estancia hospitalaria media como medida de recursos consumidos, los costes promedios de la estancia prolongada serían mucho mayores que la estancia corta²⁶. De la literatura de protección a la infancia, la investigación ha sugerido que servicios intensivos con base en la comunidad proporcionan resultados iguales o mejores comparados con el tratamiento residencial. En nuestro país, en el caso de la atención psiquiátrica infantil el problema es aún más serio, ya que sólo existe en la República Mexicana un hospital psiquiátrico que atiende a este tipo de población y que se encuentra ubicado en la Ciudad de México⁶⁷.

La psiquiatría institucional se practica como especialidad en los organismos asistenciales para promover la salud mental, procurar la prevención de los trastornos mentales y proporcionar el tratamiento, la rehabilitación y la investigación de la enfermedad mental. A diferencia de lo que se pensaba hace algunas décadas, actualmente no se pone en duda que exista la necesidad de hospitales psiquiátricos, ya que éstos han demostrado ser necesarios y efectivos en el manejo de los cuadros agudos del padecimiento²⁷; sin embargo, debe destacarse que también se considera que no son la única opción para el tratamiento de los trastornos mentales, lo que actualmente se pretende en México es crear una continuidad comunidad-hospital^{67,68}.

Un importante resultado de este cambio de visión se encuentra en que el paciente transita del hospital psiquiátrico a la comunidad en un menor tiempo posible, lo que a su vez reduce los costos del tratamiento como lo marca la NOM-025-SSA2-1994⁶⁹.

JUSTIFICACION

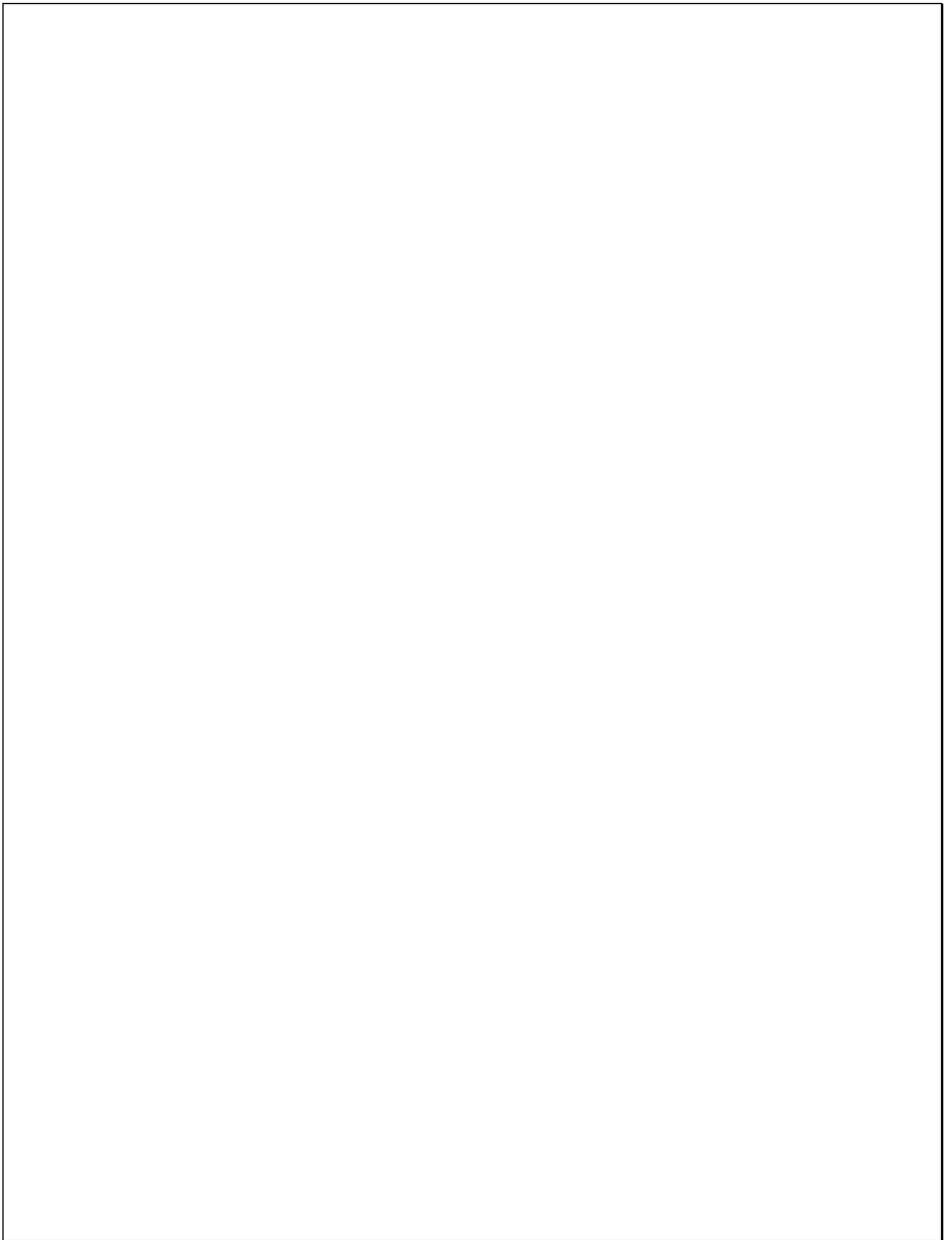
La hospitalización representa una modalidad fundamental dentro del tratamiento de las enfermedades psiquiátricas graves, pues, además de que es un medio terapéutico estructurado que responde a las necesidades de cuidado, control y protección del paciente, lo mantiene alejado de situaciones estresantes. Durante la fase de la hospitalización aguda se busca tanto manejar los síntomas como facilitar el reajuste del paciente a su ambiente y está indicada en pacientes con mala conciencia de enfermedad, mal cumplimiento del tratamiento, peligro para sí mismo o los demás o alteración de las actividades de la vida diaria, debida a síntomas psicóticos o conductas anormales o incontrolables.

La hospitalización es fundamental para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas graves; por ello es importante el conocimiento que los servicios de salud tengan sobre la población que atienden, a fin de que puedan planear la atención, la docencia y la investigación. A pesar de ello, frecuentemente estos datos se desconocen y se utiliza, en cambio, la información de otros países como propia, lo que puede generar errores en la atención de los pacientes. Por ese motivo la información obtenida para cada institución puede contribuir a conformar el panorama epidemiológico nacional, el cual es diferente, a su vez, si los datos son obtenidos por encuestas de población general, por servicios que atienden pacientes ambulatorios o por hospitalización.

El cuidado primario es un recurso apropiado para ayudar a aumentar la atención a problemas de salud mental infantiles y adolescentes. Su potencial requiere el constante desarrollo y la evaluación rigurosa de distintas áreas, que incluyen mejoría en la enseñanza médica; información clara sobre problemas de salud mental infantiles por el equipo de cuidado primario; desarrollo de intervenciones psiquiátricas específicas en niños y adolescentes para emplear adecuadamente los cuidados primarios; desarrollo cuidadoso y exigente de clínicas de atención externa específicas para los padecimientos psiquiátricos; desarrollo de protocolos enfocados en la remisión de padecimientos y desarrollo de clínicas de promoción de salud mental en cuidado primario.

Por consiguiente, si se logra una identificación de los factores que influyen en la hospitalización psiquiátrica infantil en cada uno de los grupos de estudio es posible incidir sobre los factores negativos y reforzar los positivos, lo que permitiría disminuir los reingresos hospitalarios y un mejor manejo con seguimiento externo.

Tomando en cuenta lo anterior, si se lograra integrar un perfil de la población estudiada, sería posible ofrecer un manejo acorde a los tratamientos hospitalarios internacionales actuales.



OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio fue:

1) Comparar si la incidencia de re-hospitalizaciones en pacientes con patologías psicóticas fue mayor en población no derechohabiente.

Los objetivos específicos fueron:

1) Describir si existió diferencia en el promedio de días de estancia intrahospitalaria en población derechohabiente y no derechohabiente.

2) Describir las principales patologías psicóticas por las cuales se hospitalizaron a los menores en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

3) Describir si existieron diferencias en cuanto al motivo de ingreso, diagnóstico y días de estancia intrahospitalaria en relación al género y edad de los pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es menor el índice de re-hospitalizaciones de pacientes con cuadros psicóticos en la población que cuenta con servicios de atención médica institucional comparados con aquellos que no tienen este servicio?

HIPÓTESIS

La incidencia de hospitalizaciones psiquiátricas de pacientes con cuadros psicóticos es menor entre pacientes que cuentan con una institución que les garantice el contar con el medicamento, comparados con aquellos que no cuentan con este servicio.

METODOLOGÍA:

DISEÑO

Se trató de una investigación observacional, comparativa, abierta y retrospectiva que consistió en la revisión de los expedientes de aquellos pacientes que fueron hospitalizados en los últimos cinco años (en el periodo comprendido del primero de julio de 2004 al 30 de junio de 2009) en las diferentes unidades del Hospital Psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro con cualquier diagnóstico de Trastorno psicótico.

Conforme a los resultados de la búsqueda de los pacientes hospitalizados con algún diagnóstico de Trastorno psicótico se conformaron dos grupos, cada uno de 95 pacientes, definidos como Grupo I, quienes contaban con algún servicio médico social: derechohabientes de las instituciones ISSSTE, IMSS, PEMEX, Secretaría de Marina,

ISEMYM, Seguro Popular y se pareó al grupo no derechohabiente tomando en cuenta las variables de año de hospitalización, sexo, grupo de edad y nivel socioeconómico, con una muestra total de 190 pacientes.

Se realizó la recolección de datos en una Cédula de recolección de datos relativos a la hospitalización y datos sociodemográficos.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Se estudiaron a aquellos pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” que fueron ingresados con algún diagnóstico de Trastorno psicótico en el periodo comprendido del primero de julio de 2004 al 30 de junio de 2009.

Tamaño de la muestra

Se revisaron los expedientes del archivo clínico del periodo comprendido entre el primero de julio del año 2004 al 30 de junio del año 2009, un total de 19094; además se solicitó al servicio de epidemiología los registros hospitalarios del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” para obtener el número de expediente de los pacientes hospitalizados que fueron registrados con algún servicio médico institucional durante el mismo periodo.

Se obtuvo una muestra total de 190 pacientes.

Criterios de inclusión

Todo paciente que haya sido hospitalizado en los últimos cinco años con cualquier diagnóstico de Trastorno psicótico.

Criterios de exclusión

Aquellos pacientes con diagnóstico de Trastorno psicótico secundario a consumo de sustancias

Criterios de eliminación

Aquellos pacientes a que requirieron traslado a algún Hospital General y no concluyeron su hospitalización en el Hospital Psiquiátrico Infantil.

VARIABLES

- a) Variable dependiente: rehospitalizaciones.
- b) Variable independiente: tener o no servicio médico institucional

PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS

Se realizó la prueba “T de Student” para comparar el número de hospitalizaciones en ambos grupos (con y sin servicio médico) y determinar si la diferencia fue estadísticamente significativa.

ASPECTOS ETICOS

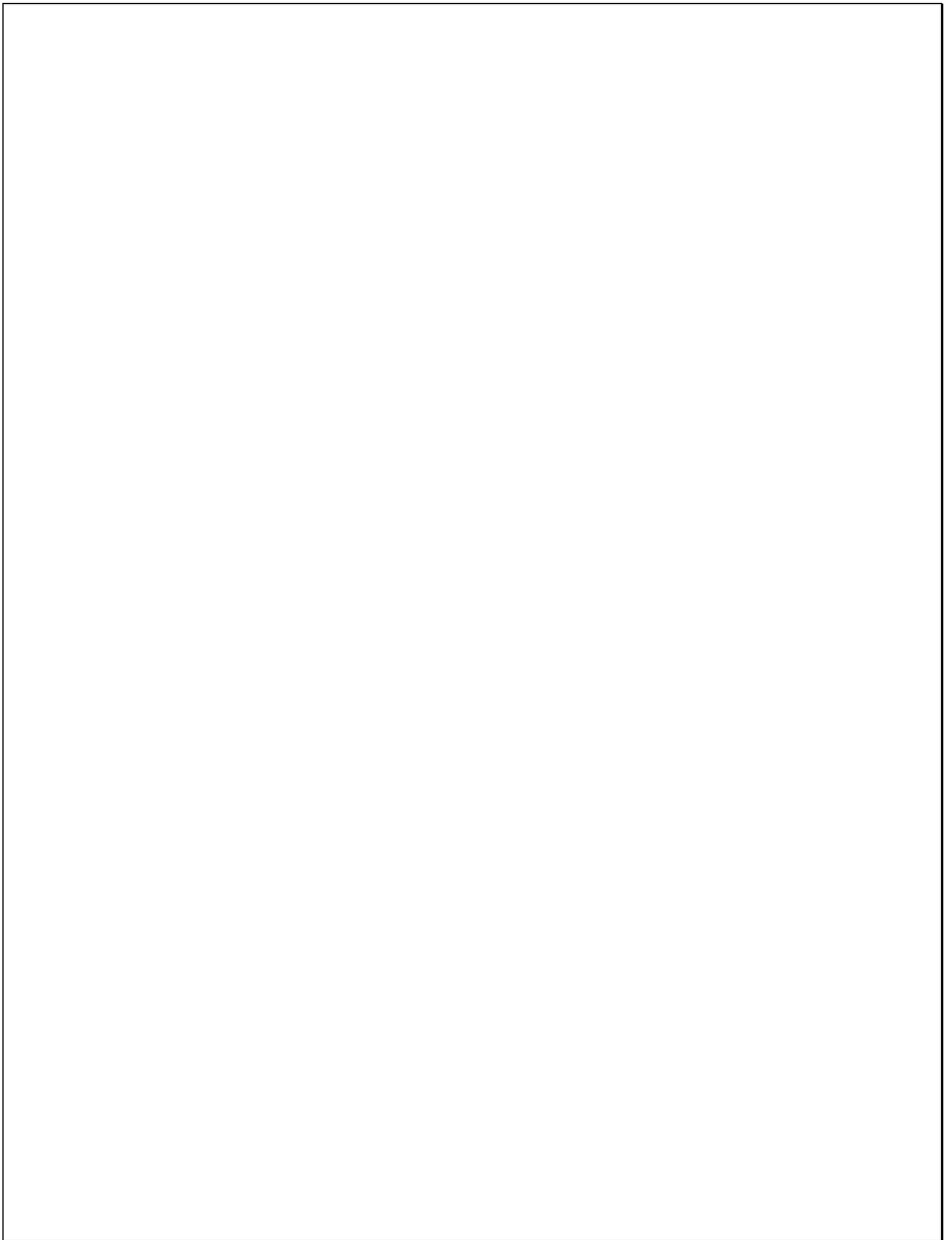
La presente investigación no implicó riesgos ni peligros para el paciente, sin embargo, como toda información psiquiátrica, los datos recabados en la cédula de recolección son confidenciales (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica, Artículos 133 y 134). Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A pesar de que el presente estudio no implica riesgos para el paciente y no se utilizó la carta de consentimiento informado; debido a que se recabaron datos sociodemográficos, la identidad del paciente permaneció anónima.

BIOSEGURIDAD

El presente estudio no implicó riesgos relativos a la bioseguridad.



DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Se revisaron 19094 expedientes en el archivo clínico del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” que comprende el periodo de julio 1º de 2004 al 30 junio de 2009, de los cuales 579 fueron hospitalizados con diagnóstico de algún trastorno psicótico y 95 de éstos pacientes contaban con algún tipo de Seguro Médico Institucional, para realizar el pareo del grupo no derechohabiente, se seleccionó a los pacientes de acuerdo al número de pacientes derechohabientes por año, quienes tuvieron por lo menos clave B de Trabajo Social y edad similar al grupo de pacientes derechohabientes. La muestra total fue de 190 pacientes, 95 pacientes por grupo, nombrándose como Grupo I y Grupo II, derechohabientes y no derechohabientes respectivamente. Con un promedio de ingresos de 1.57 ingresos en el Grupo I y 1.58 ingresos en el Grupo II, con un resultado en la prueba T de Student de 0.4780 y una P de 0.30 lo cual resulta estadísticamente no significativo.

Grupo I (pacientes derechohabientes):

Dentro de este Grupo I (pacientes derechohabientes) las características sociodemográficas encontradas fueron: 50.52% varones (n=48) y 49.45% mujeres (n=47), con edades entre los 10 y los 17 años, con un promedio de 14.88 años. Respecto al estado civil, 94 pacientes (98.94%) eran solteros y sólo una paciente (1.05%) vivía en unión libre. De este grupo, 48 pacientes (50.52%) fueron referidos como derechohabientes de una Unidad Hospitalaria del interior de la república y 47 (49.47%) radicaban en el D.F.

La escolaridad referida en la nota de ingreso fue, en un paciente (1.05%) ninguna; 10 pacientes (10.52%), tuvieron reportado como grado escolar primaria (3 la cursaban en ese momento, y en el resto concluida), 14.73% (n=14) primer grado de secundaria, al igual que el segundo grado de secundaria; 24.21% (n=23) tercer grado de secundaria, 15 pacientes primer grado de bachillerato (15.78%), 16 segundo grado de bachillerato (16.84%) y 2 tercer grado de bachillerato (2.10%).

Un 25.26% no tenían alguna ocupación (24 pacientes), el 72.63% (69 pacientes) eran estudiantes, y el 2.10% eran empleados (2 pacientes).

El 5.26% se describió sin religión (5 pacientes), un 83.15% tenían religión católica (n=79), el 8.42% cristiana (n=8), 2.10% eran Testigos de Jehová (n=2) y uno profesaba la religión mormona (1.05%).

El 69.47% de los casos (n=66) sólo tuvo un ingreso, 17.89% (n=17) tuvo dos ingresos, 7.36% (7 casos) tenían tres ingresos, 2.10% con cuatro ingresos (2 casos), 1.05% tuvo seis

ingresos (1 paciente), y en la misma proporción se encontraron un paciente con siete y uno ocho ingresos (1.05% respectivamente). El número de ingresos estuvo en un rango de 1-8, con un promedio de ingresos de 1.57 por paciente.

El promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 21.05 días/paciente, con un rango de 17.23-24.09 días de estancia.

La distribución de pacientes por institución fue: 55.78 % contaba con ISSSTE (53 pacientes), 29.47% con IMSS (28 pacientes); 5.26% PEMEX (5 pacientes), 3.15% contaba con el servicio de la Secretaría de Marina (3 pacientes), 3.15% con ISEMYM (3 pacientes), y 3.15% era derechohabiente del Seguro Popular (3 pacientes).

En este grupo, el diagnóstico más frecuentes fue el de Trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral 21.05% (n=20, 11 mujeres y 9 varones), seguido de Esquizofrenia, con un 18.94% (n=18, 8 mujeres y 10 varones); 15.78% tuvo diagnóstico de Trastorno Bipolar, episodio maniaco o mixto con síntomas psicóticos (n=15,9 mujeres y 6 varones). El 14.73% (n=14, 8 varones y 6 mujeres) tuvo diagnóstico de Trastorno psicótico agudo y transitorio. Al 9.47% se le diagnóstico de Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (n=9, 5 mujeres y 4 varones); 6 pacientes, todas del sexo femenino (6.31%) tuvieron diagnósticos de Trastorno depresivo recurrente episodio grave con síntomas psicóticos. El 3.15% (n=3, 1 mujer y 2 varones) presentó Trastorno de ideas delirantes y 3 pacientes varones (3.15%) fueron diagnosticados con Trastorno esquizoafectivo, Dos pacientes varones (2.10%) tuvieron diagnóstico de episodio maníaco con síntomas psicóticos y 2.10% (n=2, 1mujer y 1 varón) diagnóstico de Trastorno mental sin especificación (en los que se reportaron síntomas psicóticos). Finalmente se diagnosticó Psicosis no orgánica en un paciente masculino y Trastorno orgánico de la personalidad en otro más; y a una paciente femenino se le diagnosticó Trastorno psicótico no orgánico, correspondiente a 1.05% para cada caso.

En este grupo de estudio, 17 pacientes fueron ingresados por presentar síntomas psicóticos como motivo principal de ingreso (17.89%); de éstos, 8 eran varones y 9 mujeres. En el caso de un paciente varón, se le ingresó por cursar con agitación psicomotriz y dos mujeres por conducta suicida, como motivos únicos de ingreso. La mayoría de los pacientes tuvo más de un motivo de ingreso, siendo los más frecuentes una combinación de síntomas psicóticos y agresividad (20 varones y 13 mujeres); en el resto se encontraron una combinación de varios motivos de ingreso como agitación psicomotriz, soporte familiar inadecuado, y/o conducta suicida, entre otros, todos estos además de los síntomas psicóticos, llamando la atención que el menos reportado fue negativismo a medicamentos (asociado a otros). No se describimos cada una de las

combinaciones de síntomas, debido a que en su mayoría, en los reportes de ingreso se describen más de dos motivos, sin que se especifique cuál de estos fue el principal.

El 88.42% egresó por mejoría (n=84), 3.15% egresaron como alta administrativa (3 pacientes) debido a que se les otorgó permiso terapéutico y no regresaron del mismo, 6.31% egresaron como alta voluntaria (n=6) a solicitud del familiar responsable, un paciente fue dado de alta por máximo beneficio (1.05%), y un paciente egresó para tratamiento con Terapia Electro Convulsiva (1.05%).

Grupo II (pacientes no derechohabientes):

Del grupo II (no derechohabientes), 48.42% fueron varones (n=46) y el 51.57% mujeres (n=49), de edades entre los 10 y los 17 años, con un promedio de 14.87 años. Respecto al estado civil, 91.57% (n=87) se reportó como soltero; 2.10% (n=2; 1 varón y 1 mujer) vivían en unión libre; 1.05% (una paciente) fue casada y 4.21% (4 pacientes de sexo femenino) separadas. El 41.05% de estos pacientes (n=39) tenían su residencia en el D.F. y 58.94% (n=56) vivían en el interior de la república.

Respecto a la escolaridad, en este grupo se encontró que el 6.31% (n=6) no tenían escolaridad; 16.84% (n=16) cursaban o tenían primaria terminada; 12.63% (n=12) tenían un grado escolar de primero de secundaria; 8.42% segundo de secundaria (n=8); 31.57% (n=30) tercero de secundaria; el 14.73% primer grado de bachillerato (n=14); 8.42%, segundo grado de bachillerato (n=8); y el 1.05%, tercer grado de bachillerato (n=1).

Sobre la ocupación, 30 pacientes (31.57%) no tenían ocupación; 56 pacientes (58.94%) fueron estudiantes; 6 pacientes (6.31%) estaban empleados; y 3 pacientes (3.15%) se dedicaban al hogar.

Los datos recabados respecto a la religión fueron: 3 pacientes sin religión (3.15%); 85 pacientes profesaban la religión católica (89.47%); 4 la cristiana (4.21%); 2 eran Testigos de Jehová (2.10%); y una paciente se consignó como politeísta (1.05%).

En el 73.68% (n=70), sólo se reportó un ingreso; el 12.63% (n=12) tuvo dos ingresos; 6.31% ingresó en tres ocasiones (n=6); el 4.21%, tuvo cuatro ingresos (n=4); y con cinco, ocho y diez ingresos, se reportó un paciente en cada caso (1.05%). El número de ingresos osciló entre 1 y 10, con un promedio de 1.58 ingresos por paciente.

Los días de estancia intrahospitalaria promedio fueron de 20.31 días por paciente, con un rango de 16.63-23.45 días de estancia.

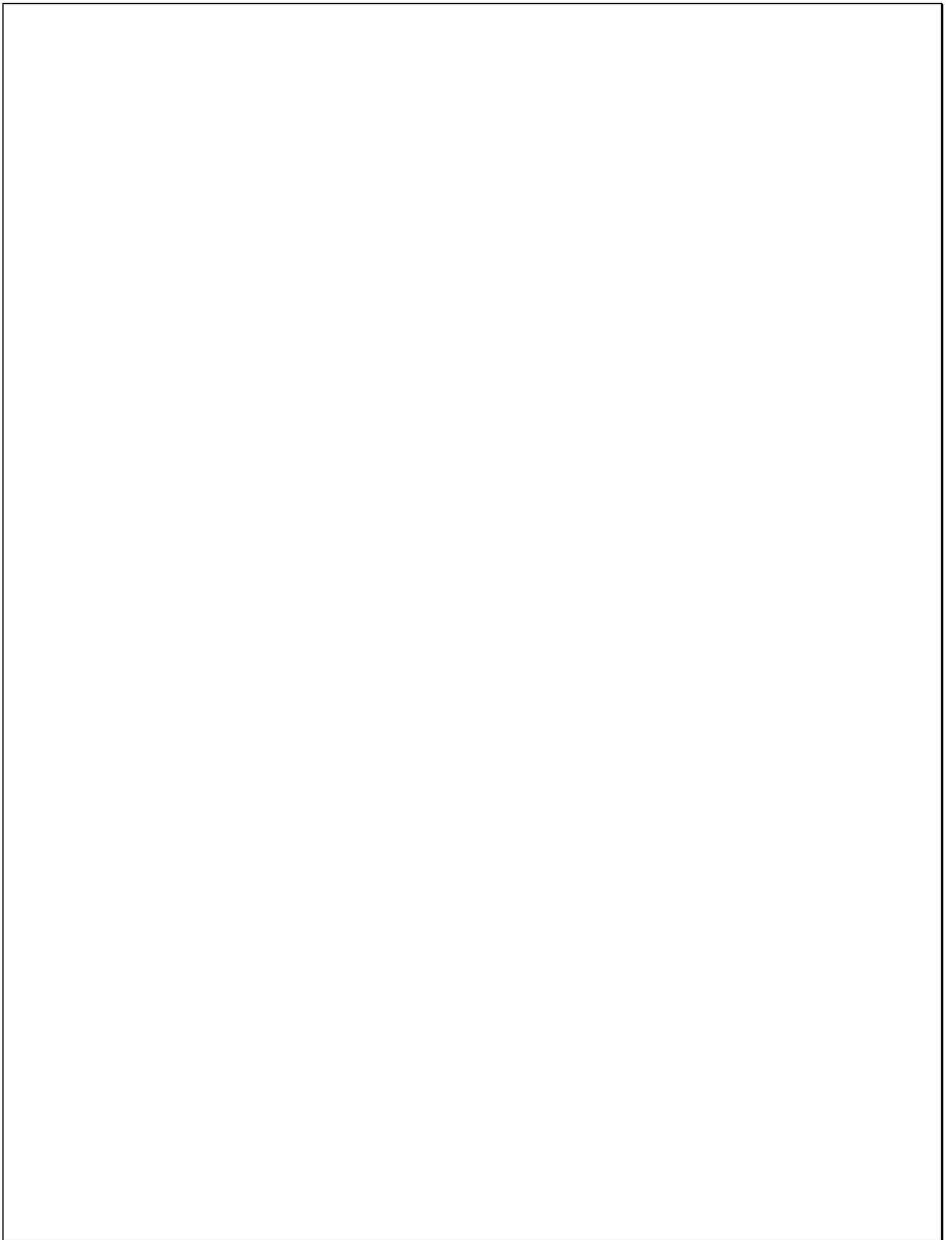
El número de ingresos estuvo en un rango de 1-8, con un promedio de ingresos de 1.57 por paciente.

El promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 21.05 días/paciente, con un rango de 17.23-24.09 días de estancia.

El diagnóstico más frecuente fue el de Esquizofrenia, en un 27.36% (n=26; 19 varones y 7 mujeres); seguido de Trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral, correspondiente a 22.10% (n=21,9 varones y 12 mujeres); a 12.63% (n=12; 4 varones y 8 mujeres) se les diagnosticó Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave con síntomas psicóticos; 11.57% tuvieron diagnóstico de Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (n=11; 1 masculino y 10 femenino); 9 pacientes (5 mujeres y 4 varones) tuvieron diagnóstico de Trastorno Bipolar, episodio actual maniaco o mixto con síntomas psicóticos, correspondiente al 9.47%. El 5.26% (n=5; 4 mujeres y 1 varón), fue diagnosticado con Trastorno psicótico agudo y transitorio. Un 3.15% (n=3; 2 varones y 1 mujer) tuvo Trastorno de ideas delirantes y 3.15% (n=3; 1 mujer y 2 varones) fueron diagnosticados con Retraso Mental Moderado con síntomas psicóticos. En dos pacientes varones (2.10%) se diagnosticó Psicosis no orgánica, sin especificación. Además se encontraron los diagnósticos de Trastorno esquizoafectivo en una paciente, Episodio maniaco y Trastorno mental sin especificación (con síntomas psicóticos) en 1 paciente respectivamente, ambos varones, correspondientes al 1.05%.

Motivos principales de ingreso: Sólo 28 pacientes (29.47%) ingresaron por cursar con síntomas psicóticos como motivo único de ingreso, de éstos 14 fueron varones y 14 mujeres. Un paciente ingresó por presentar conducta suicida (de sexo masculino) y a una paciente ingresó por presentar agresividad como motivo de ingreso único. El resto de los pacientes ingresaron por más de un motivo, siendo los más frecuentes una combinación de síntomas psicóticos, auto o heteroagresividad y agitación psicomotriz y al igual que en los casos del Grupo I no se describimos cada una de las combinaciones de síntomas ya que en su mayoría, los ingresos fueron motivados por más de dos y no se especificó cuál de éstos fue el motivo principal.

Los motivos de egreso reportados en este grupo fueron: el 87.36% egresó por mejoría (83 pacientes), un 2.10% fue dado de alta administrativa (n=2) por no regresar de permiso terapéutico, en 8.42% el familiar responsable solicitó el alta voluntaria (8 pacientes), y 2 pacientes fueron egresados por máximo beneficio (2.10%).



TABLAS

TABLA 1. Características Generales de los Pacientes

Característica	Grupo I	Grupo II
Masculino	48 (50.52)	46 (48.42)
Femenino	47 (49.45)	49 (51.57)
Edad Promedio	14.88 años	14.87 años
Estudiantes	69 (72.63)	56 (58.94)
Otra ocupación	26(27.36)	39 (41.05)
Foráneos	47 (49.47)	56 (58.94)
D. F.	48 (50.52)	39 (41.05)
Solteros	94 (98.94)	87 (91.57)
Otro Edo.Civil	1(1.05)	8 (8.42)

Datos: n (%)

TABLA 2. Promedio de ingresos por año (n/# de ingresos)

Año	Grupo I	Promedio	Grupo II	Promedio
2004	4/4	1	4/4	1
2005	19/36	1.89	19/41	2.5
2006	17/30	1.76	17/34	2
2007	24/41	1.70	24/35	1.45
2008	20/26	1.3	20/23	1.15
2009	11/13	1.18	11/14	1.27
TOTAL	150/95	1.57	151/95	1.58

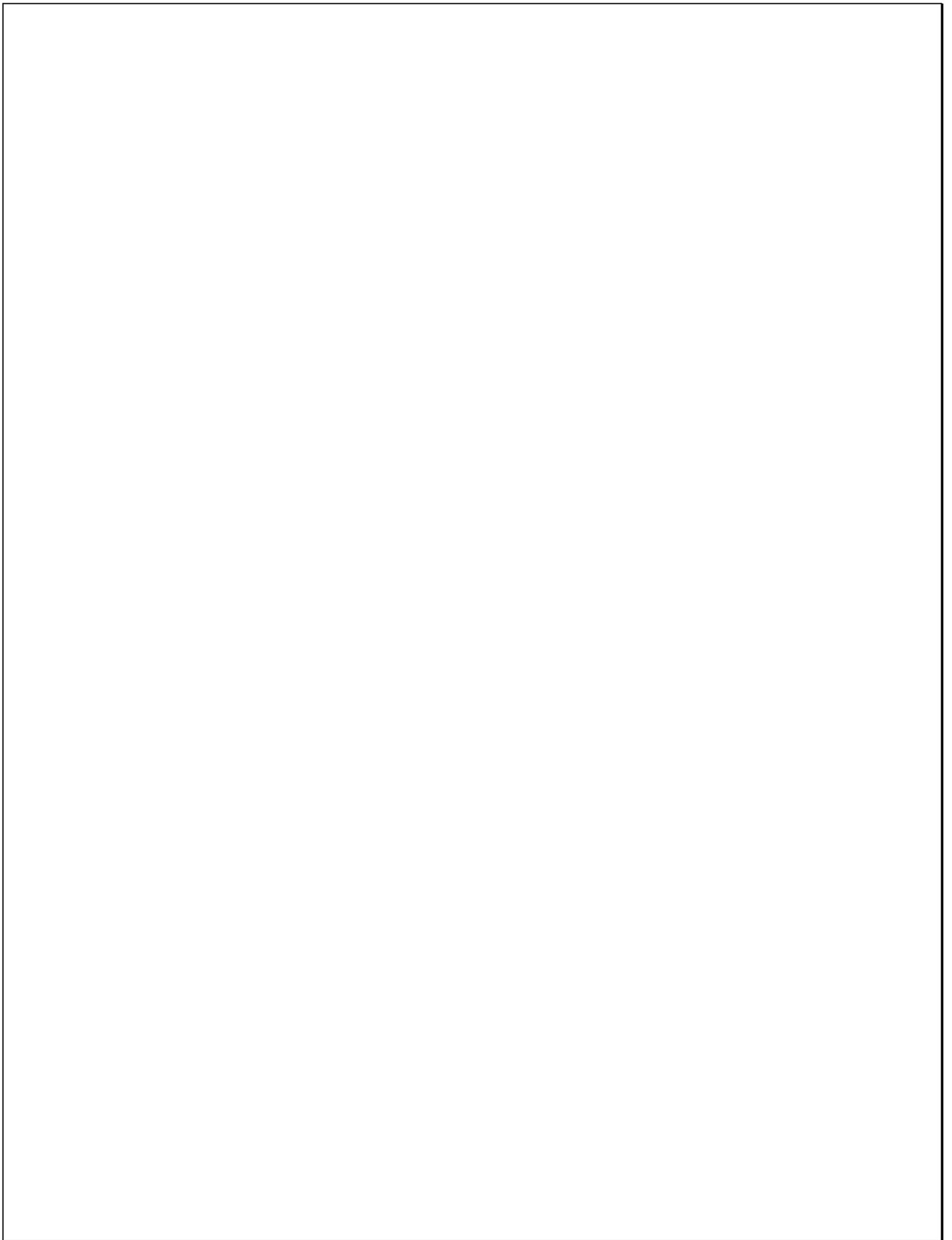


TABLA 3. Diagnósticos por grupo

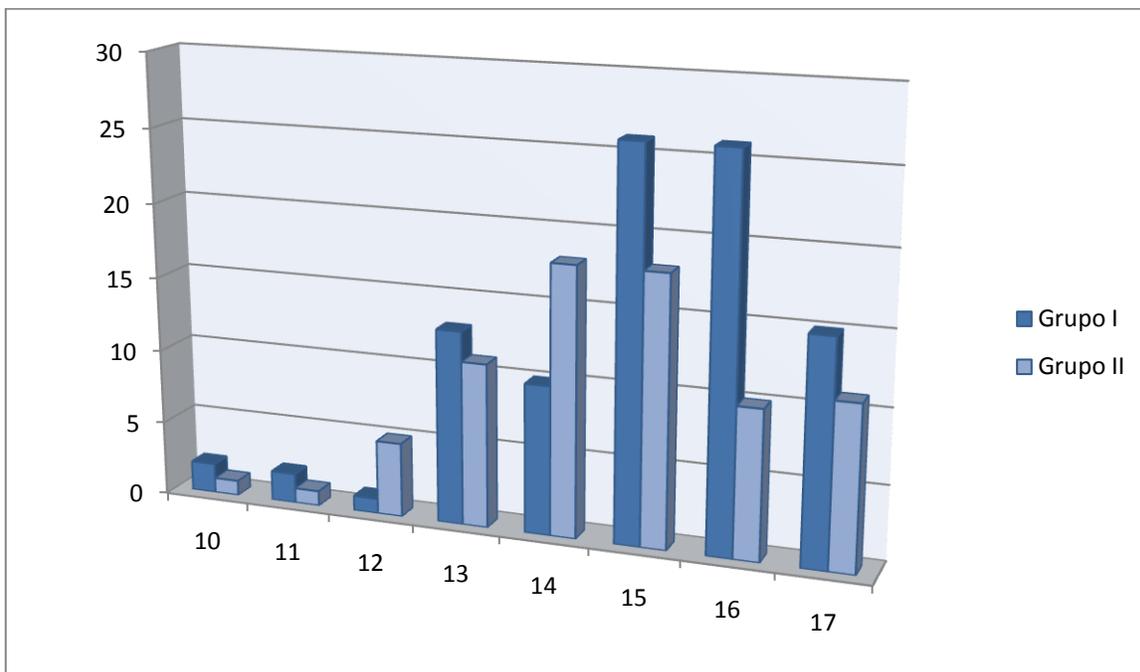
Diagnóstico	Grupo I (n)	Porcentaje	Grupo II (n)	Porcentaje
F06	16	16.84	21	22.10
F20	22	23.15	26	27.36
F22	3	3.15	3	3.15
F23	14	14.73	5	5.26
F25	3	3.15	1	1.05
F29	1	1.05	2	2.10
F30	2	2.10	1	1.05
F31	15	15.78	9	9.47
F32	9	9.47	11	11.57
F33	6	6.31	12	12.63
F99	2	2.10	1	1.05
F07	1	1.05	0	0
F28	1	1.05	0	0
F71	0		3	3.15
TOTAL	95	100	95	100

TABLA 4. Motivo de Egreso

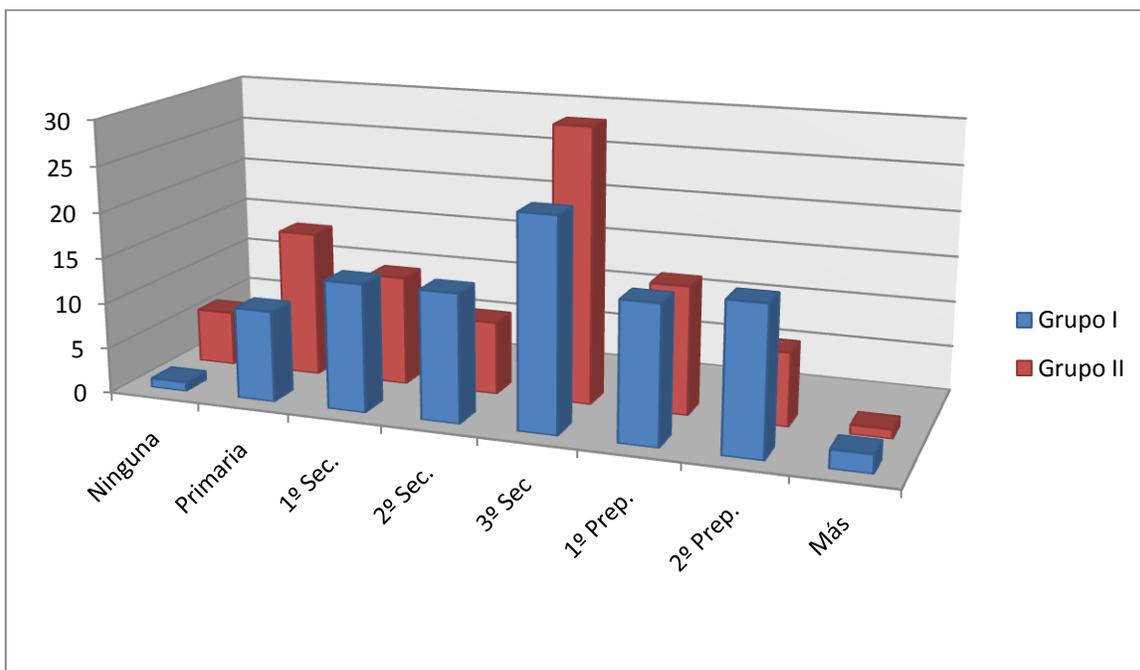
Motivo	Grupo I (N)	Porcentaje (%)	Grupo II (N)	Porcentaje (%)
Mejoría	84	88.42	83	87.36
Administrativa	3	3.15	2	2.10
Voluntaria	6	6.31	8	8.42
Máximo beneficio	1	1.05	2	2.10
TEC	1	1.05	0	0

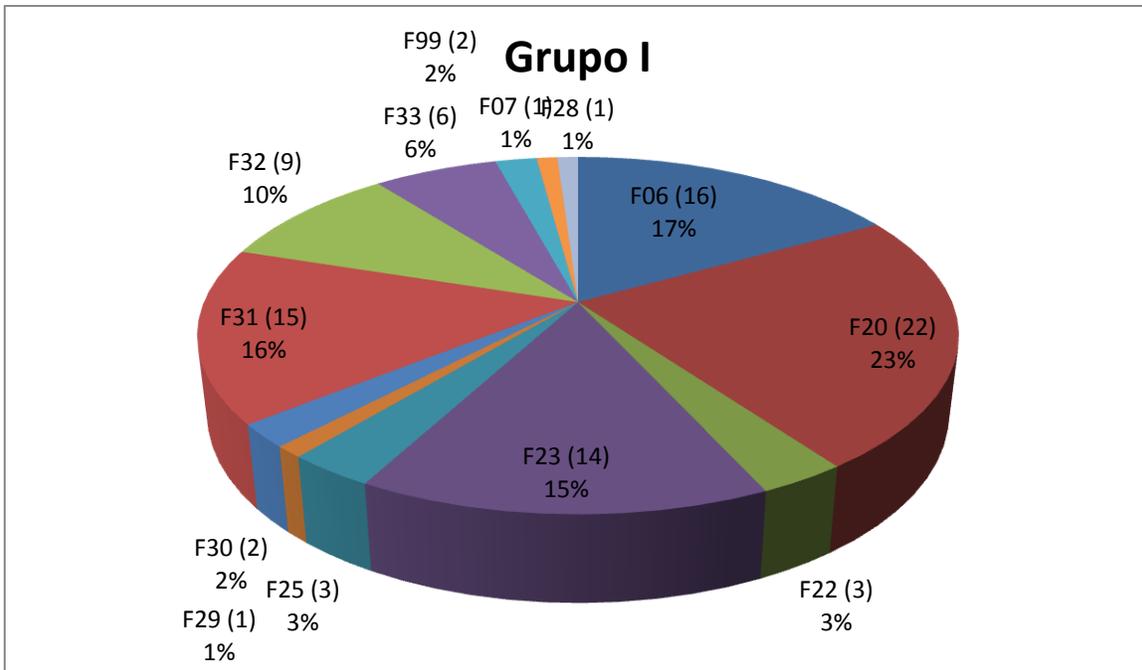
GRAFICAS

Pacientes según edad (años).

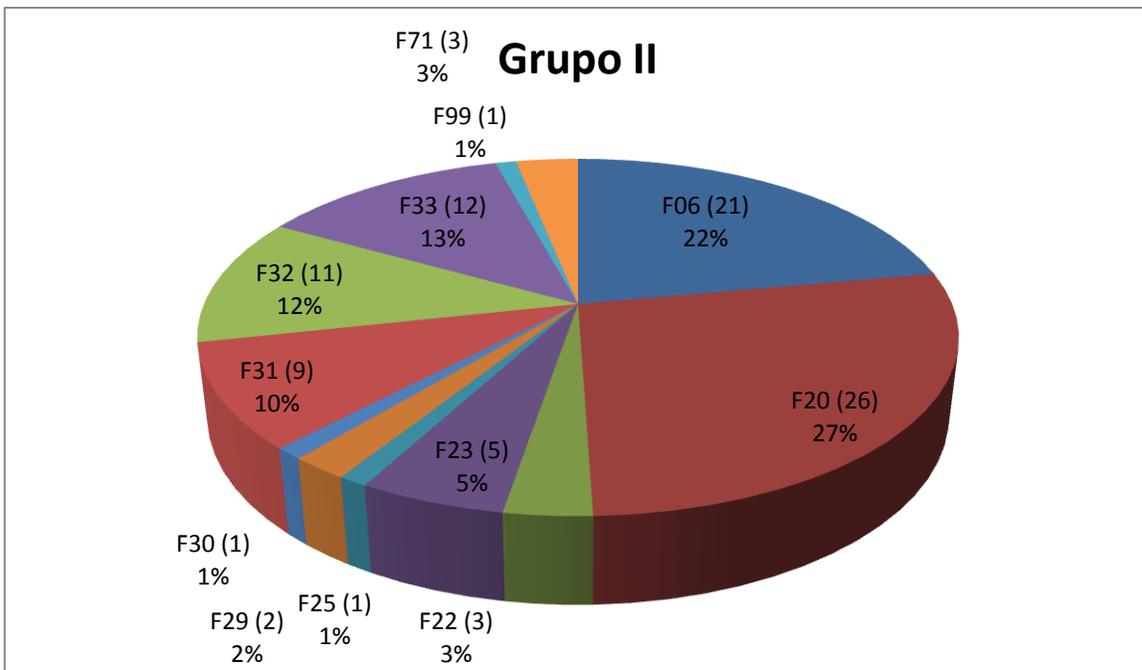


Escolaridad.



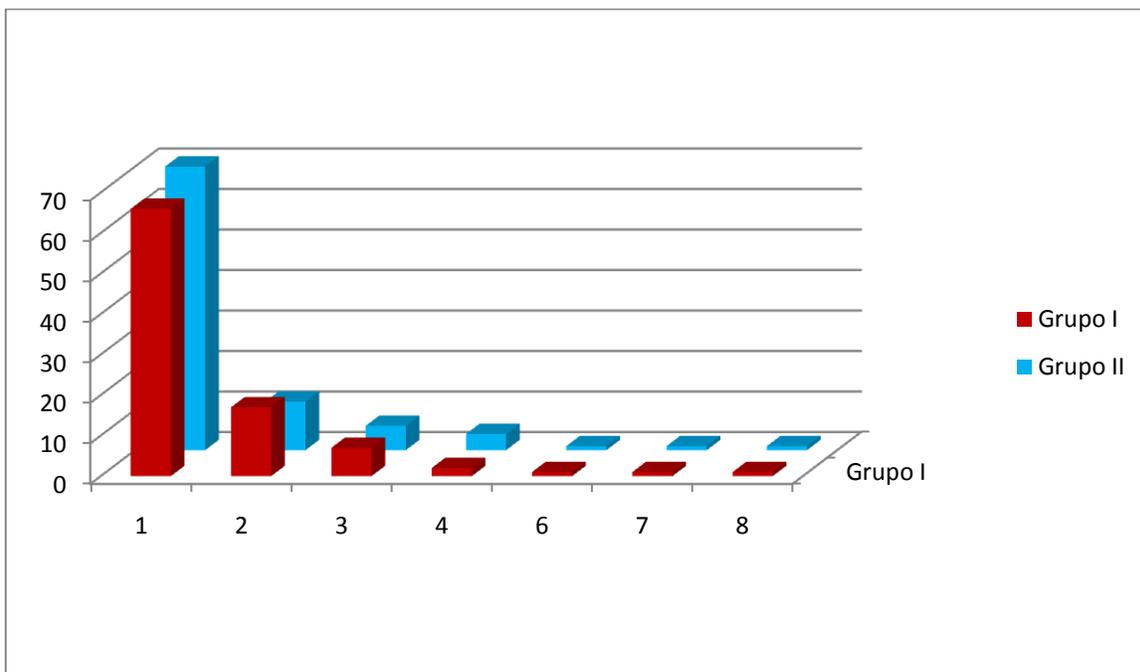


Grupo I. Diagnóstico (Número de pacientes)

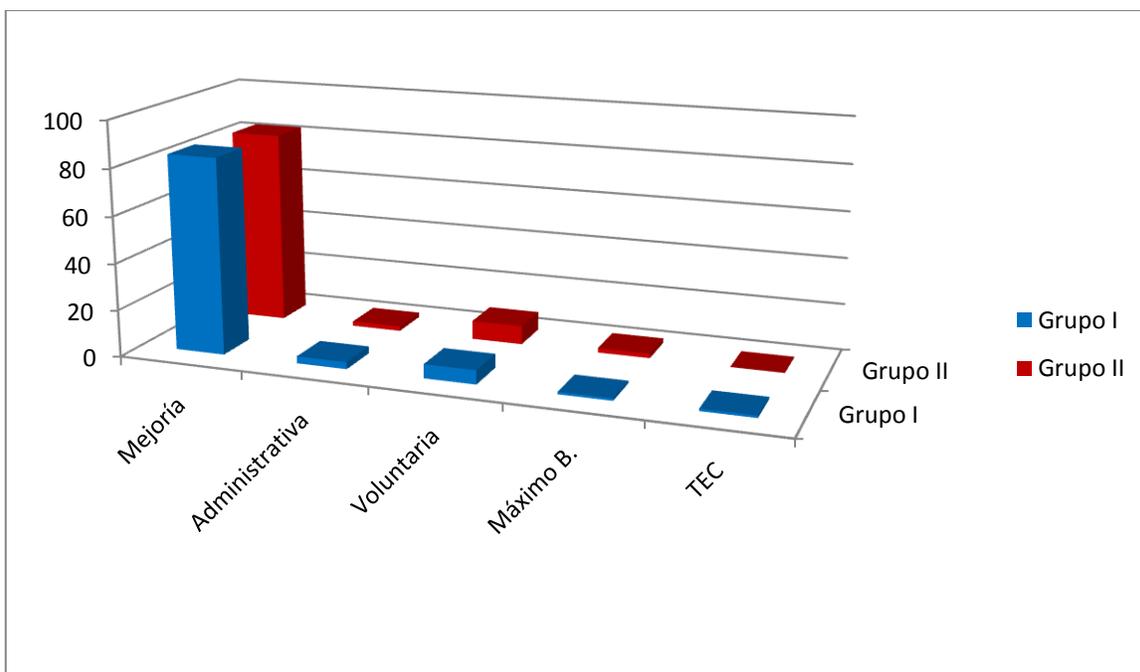


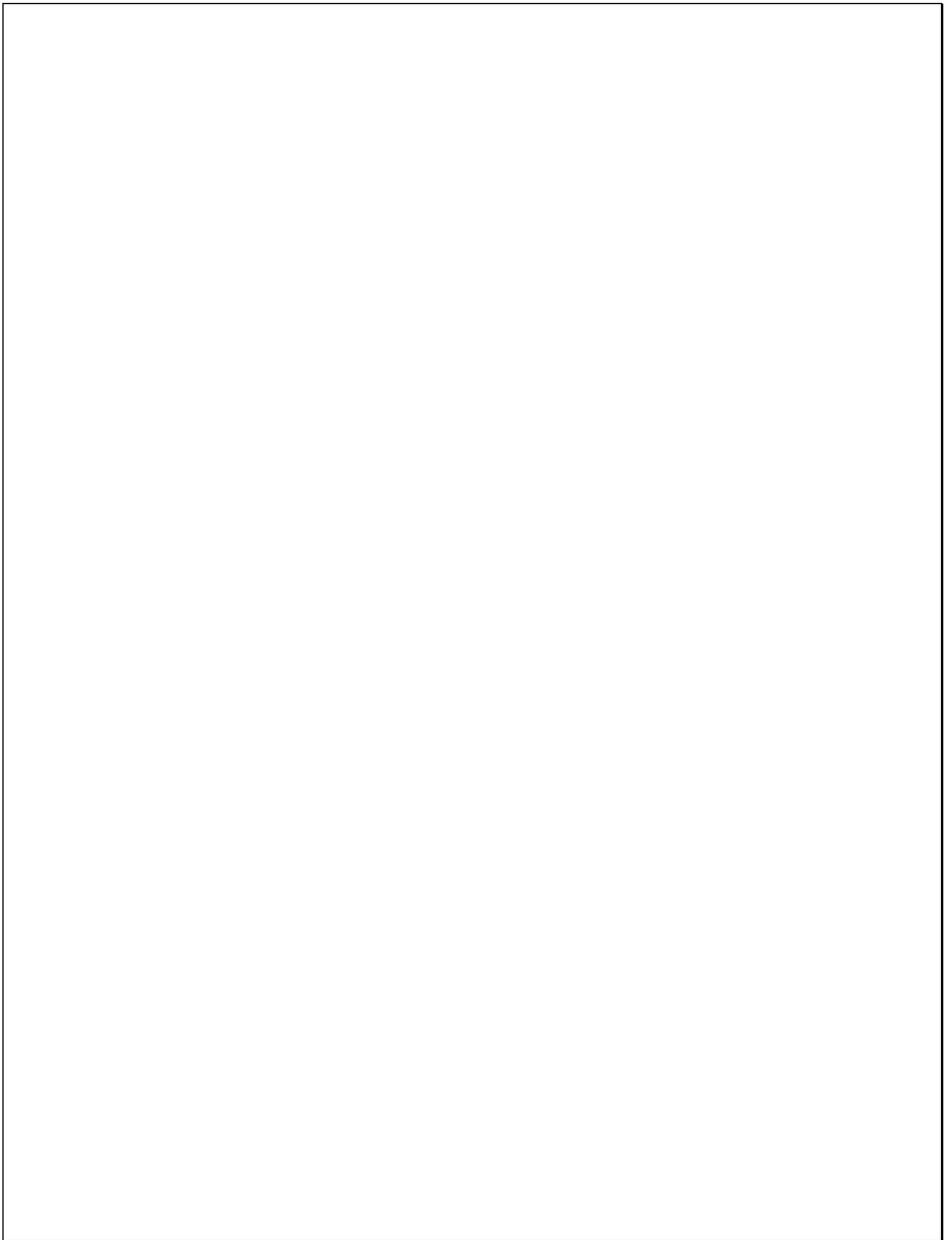
Grupo II. Diagnóstico (Número de pacientes)

Número de ingresos



Motivos de Egreso





DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue comparar si es mayor la incidencia de rehospitalizaciones en pacientes con patologías psicóticas, en población no derechohabiente vs población derechohabiente, encontrando en los resultados finales que, ambos grupos de pacientes tienen características similares respecto a los reingresos, independientemente de contar con algún servicio médico institucional, contrario a lo referido en el modelo de Anderson y Newman⁶⁻⁹ en el que se menciona que una de las variables predictivas de acceso a los servicios, es la disponibilidad de recursos del paciente, siendo menores los reingresos en aquellos que cuentan con algún tipo de seguro médico, lo cual es reportado también por Costello¹⁸ y Glimmer¹⁹, quienes mencionan que sí hay diferencia entre los jóvenes que cuentan con un seguro de salud pública, en comparación con quienes no cuentan con seguro, debido a que se asocia con tasas más altas de seguimiento en un servicio especializado de salud mental. Sin embargo, en este estudio no se encontró una diferencia significativa.

Considerando que la continuidad del tratamiento como preventivo de rehospitalización es uno de los factores más citados (King⁵, Bayón^{30, 62}, Valencia³¹, Gillis⁴¹, León⁴²), y aunque en este estudio no fue considerado como uno de los objetivos de investigación, sí se evaluó como un motivo de reingreso el apego al tratamiento, encontrándose que son pocos los casos en que se reporta un pobre apego al mismo, siendo frecuente en los casos donde es aceptado un abandono o escaso apego al tratamiento sea recurrente el abandono del mismo, a pesar de ser esta una causa identificable de exacerbación del cuadro psicótico.

Por otra parte, al evaluar si existe diferencia en el promedio de días de estancia intrahospitalaria en población derechohabiente y no derechohabiente se observó que en ambos grupos el promedio fue similar, este resultado puede ser explicado de acuerdo a lo encontrado por Scott L y Uziel-Miller^{1,2} quienes mencionan que los niños y adolescentes con frecuencia son egresados una vez que los comportamientos de riesgo alto más agudos, o las posibilidades de formularse ideas autolíticas han remitido, independientemente de contar o no con un seguro de asistencia médica institucional; por lo cual es que no se encuentra diferencia respecto a los días de hospitalización en ambos grupos, pues lo que se valora al momento del egreso es la mejoría del padecimiento psiquiátrico, esto incluye la remisión del riesgo de auto o heteroagresión; aunque en los resultados de este estudio también se encontraron algunos egresos a solicitud de los padres, a pesar de que en el momento de tal solicitud los pacientes presentaban riesgo

alto de auto y heteroagresión (por ejemplo, en un paciente con ideas homicidas dirigidas hacia la madre, fue ésta misma quien solicitó el alta voluntaria del hijo).

No se encontraron variaciones significativas de un año a otro respecto a los días de hospitalización, por lo cual se puede suponer, que si no hay variaciones importantes con relación a los días de estancia intrahospitalaria, no se modifique el patrón de reingresos como lo mencionan Fresan¹², Haywood⁴⁸ y Appleby³⁵, entre otros, quienes han encontrado como uno de los argumentos a los ingresos psiquiátricos hospitalarios de repetición, la reducción en la duración de los días de estancia intrahospitalaria, y se menciona como la causa principal del llamado “patrón rotativo o puerta giratoria”, que en el caso del presente estudio no se evidenció, pues en el promedio de días de estancia intrahospitalaria fue similar de un año a otro.

Por lo tanto, en los casos en que se encuentran ingresos de repetición se debe considerar la interacción de otras variables, como el diagnóstico de ingreso, el acceso a los servicios de salud, o la escolaridad de los padres, entre otros; o bien, factores relacionados con los costes indirectos de la hospitalización, refiriéndose a éstos como los gastos familiares en transporte, alimentación, suspensión de actividades laborales, etc. Respecto a estas características no existen informes sobre la interacción de estas variables y los reingresos hospitalarios; sin embargo Glick²⁶ sugiere que una vez que el paciente es dado de alta, realmente no hay mucha diferencia entre los grupos de corta y larga estancia.

En relación al nivel económico, en los resultados del presente estudio, se observó que independientemente del nivel socioeconómico asignado (el cual se considera a partir de los ingresos familiares), no existen cambios respecto a los días de estancia intrahospitalaria ni respecto a los reingresos; además, en este estudio se pudo observar, que no hubo diferencia significativa de los pacientes residentes del D.F respecto a los pacientes foráneos, quienes a pesar de no tener la facilidad de acceso a un hospital psiquiátrico infantil, solicitaron la atención en proporción similar a los pacientes locales, y en estos últimos no hubo disminuciones significativas de reingresos hospitalarios, características que según Scharer³³ y Bergen pueden modificar el número de ingresos hospitalarios.

Goldston⁸ describe como otro de los factores que podrían ser predictores de menores ingresos la presencia de un padre, quien fuese el encargado de dar seguimiento al tratamiento post-hospitalario, situación que no se pudo comparar en la presente investigación, pues todos los pacientes incluidos contaban con uno o más cuidadores.

Otros factores predictores de rehospitalización, como los mencionan Goldston y Arnold¹⁴, que incluyen edad menor, el género femenino y los intentos de suicidio, además de

hospitalizaciones anteriores, no fueron corroborados en los resultados de este estudio, ya que no hubo diferencias significativas entre varones y mujeres, no siendo valorable la edad como factor de riesgo ya que al tratarse de Unidades de Adolescentes, la edad es similar en pacientes que requirieron una o más hospitalizaciones. Por otra parte, en la presente investigación, el intento suicida no fue uno de los motivos principales de ingreso, aunque debemos tomar en cuenta que sólo se trató de pacientes con patologías psicóticas.

Scoot y Johns¹⁵ han publicado que una de las causas más reportadas, por las que se ingresa a los pacientes psiquiátricos, es la presencia de riesgo serio de autolesionarse o dañar a otra persona. Esta misma situación se observa en ambos grupos de estudio, en los cuales a pesar de ser ingresados por cuadros psicóticos, la causa prioritaria por la que los padres solicitaron atención al servicio de urgencias en este hospital fue hetero o autoagresividad física, y en mucho menor proporción la causa principal de solicitud de atención fue *per sé*, los síntomas psicóticos.

Sobre los diagnósticos de ingreso, autores como Bustamante⁵¹(Chile), Puglia⁵⁰ (Los Andes), Torres-Ruíz⁵⁴ (México), Lana⁶⁰(España) y Owen⁶⁴ (EUA) describen a las entidades diagnósticas como esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor como las mayormente citadas como parte de un perfil de reingresos hospitalarios, lo cual se reprodujo en los resultados aquí hallados, donde la Esquizofrenia está dentro de los tres diagnósticos principales en ambos grupos, al igual que el diagnóstico de Trastorno esquizofreniforme orgánico (reportado en este estudio como Trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral).

CONCLUSIONES

A partir de los resultados del presente estudio, se puede concluir que el ser derechohabiente de una Institución Médica de Salud no es un factor predictor de menores ingresos hospitalarios, ya que a pesar de que una de las características de dichas instituciones es proveer tratamiento farmacológico y seguimiento externo por un especialista, puede deberse a que las características culturales de la población mexicana son muy complejas. Por ejemplo, es común que de primera instancia, el familiar solicite atención a la persona no indicada, como se encontró reportado en algunos expedientes, en los que se menciona que después de acudir con un brujo o curandero y no haber mejoría de los síntomas psicóticos, se decidió acudir al Hospital Psiquiátrico, y en muchos casos, a pesar de que ya se había tenido acceso a un servicio de salud especializado, no se había logrado un seguimiento adecuado de manera externa, siendo la suspensión del tratamiento una de las causas más frecuentes de exacerbación de síntomas, y no en todos los casos se debe a que no se cuenta con los recursos para continuar un tratamiento de mantenimiento o la dificultad de acceso a un centro de atención psiquiátrica. Esto se observó en el caso de los pacientes foráneos, quienes comprendieron un 54.73% del total de la población estudiada, y que acudieron a atención psiquiátrica independientemente de su nivel socioeconómico y de la lejanía a un centro de salud especializado.

Si consideramos que los padecimientos psiquiátricos son multifactoriales, de igual manera debemos tener presente que el tratamiento óptimo requiere que se conjunten múltiples características, como continuar bajo la supervisión de una persona responsable que se comprometa a seguir las indicaciones médicas y quien pueda comprender la importancia de acudir de manera oportuna a solicitar atención en caso necesario. A pesar de ello, en este grupo de estudio encontramos que aunque los pacientes cuentan con uno o ambos padres, éstos parecen no darse cuenta de lo importante que es que el menor continúe con su tratamiento para que de igual manera pueda continuar realizando sus actividades cotidianas, ya que es frecuente observar que a pesar de que se reporta una escolaridad en la mayoría de los pacientes, no todos continuaban estudiando al momento del ingreso y en algunos casos, los pacientes dejaron de estudiar debido al padecimiento psiquiátrico.

LIMITACIONES

Al tratarse de un estudio retrospectivo, de debe tener presente que la información recabada no se puede corroborar, lo cual resulta en una limitante para el estudio ya que es importante tomar en cuenta que son múltiples las variables que determinan el ingreso o reingreso a una institución de salud mental, y mayormente tratándose de pacientes menores, quienes legalmente dependen de un adulto, y en muchas ocasiones la conflictiva entre los padres es una barrera de acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, no se pudo recabar información sobre el seguimiento del tratamiento, ya sea en alguna institución de servicios de salud públicos o bien particulares, en cuyo caso podría ser un indicador de buen apego al tratamiento y no de abandono al mismo, ya que al revisar los expedientes, se encontró que muchos de los pacientes en quienes se tenía reportado sólo un ingreso hospitalario no contaban con notas posteriores de seguimiento por el Hospital Psiquiátrico Infantil, y se desconoce si continuaron seguimiento en su unidad correspondiente o en otra institución.

Otras características que no se pudieron evaluar en este estudio fueron las concernientes a la relación médico-paciente, que aunque no estaba dentro de los objetivos, debemos recordar que tratándose de adolescentes, un aspecto de primordial importancia es la buena relación, sin olvidar la psicoeducación, que en todos los casos debe proporcionarse al paciente y sus familiares, para establecer una adecuada alianza terapéutica y propiciar una mayor probabilidad de solicitud de atención oportuna y no como en la mayoría de los casos, en los que se solicita la intervención médica una vez que el paciente es disfuncional o bien una vez que “causa problemas” a la familia. Por todo lo anterior, sería de utilidad el dar seguimiento a los pacientes que se hospitalizan para indagar sobre las dificultades de acceso a los servicios de salud y lo que ello repercute en la evolución del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Scott L, Uziel-Miller N, Tracy P. Psychiatric Hospital Service Utilization of Children and adolescents in state custody. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1999; 38:305-10.
- 2.- Scott L, Johns SL, Uziel-Miller ND, Rawal P, Tracy P, Williams J. Evaluating the Use of Psychiatric Hospitalization by Residential Treatment Centers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1496-1503.
- 3.- Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H, et. al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1-139.
- 4.- Pfeiffer SI, Strzelecki SC. Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: a review of outcome studies. *J Am Acad Chil Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 847-53.
- 5.- King Ch, Hovey JD, Brand E, Ghaziuddin N. Prediction of positive outcomes for adolescent psychiatric inpatients.- *J Am Acad Child Asolec Psychiatry* 1997; 36: 1434-42.
- 6.- Allison MT. Valuing Cultural Diversity: Research and Policy Questions. *Fostering Cultural Diversity: Problems of Access and Ethnic Boundary Maintenance* . USDA Forest Service Gen. Tech. Rep. 1992; 132: 21-24.
- 7.- Goldsmith L. A critical history of Andersen's behavioral model of health services use: a reflection of how we study access to health care. *Acad Health Serv Res Health Policy Meet* 2002; 19:6.
- 8.- Goldston DB. Reboussin BA. Kancler C. Daniel SS. Frazier PH. Rates and predictors of aftercare services among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study. *J Am Acad Child Asolec Psychiatry* 2003; 42: 49-56.
- 9.- Pottik K, Hansell S, Gutterman E, White HR. Factors associated with inpatient and outpatient treatment for children and adolescents with serious mental illness. *J. Am. Acad. Child Asolec. Psychiatry* 1995; 34:425- 433.
- 10.- Bradley S, Heping Z, Raymond SL, King R, Lewis M. Risk factors of presenting problems in child psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Asolec Psychiatry* 1996 ; 35: 1162-73.
- 11.- Evaluación de los servicios de salud mental en la república mexicana. Representación de OPS/ OMS EN México. Octubre 2004; 42pp.
- 12.- Fresan A. Association between violent behavior and psychotic relapse in schizophrenia once more through the revolving door? *Salud Mental* 2007; 30: 29.
- 13.- Santiago LI. Children Requiring Psychiatric Consultation in the Pediatric Emergency Department Epidemiology, Resource Utilization, and Complications. *Pediatric Emergency Care* 2006; 22: 85-89.

- 14.- Arnold EM, Goldston DB, Ruggiero A, Reboussin BA, Daniel SS, Hickman EA. Rates and predictors of rehospitalization among formerly hospitalized adolescents. *Psychiatr Serv* 2003; 54:994-8.
- 15.- Goethe JW, Dornelas EA, Gruman C. Predicting service utilization after psychiatric hospitalization. *Compr Psychiatry* 1999; 40:192-7.
- 16.- Daniel SS, Goldston DB, Harris AE, Kelley AE, Palmes GK. Review of literature on aftercare services among children and adolescents *Psychiatr Serv* 2004; 55:901-12.
- 17.- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiter H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 2001; 5:1-75.
- 18.- Costello EJ, Copeland W, Cowell A, Keeler G. Service costs of caring for adolescents with mental illness in a rural community, 1993-2000. *Am J Psychiatry* 2007; 164:36-42.
- 19.- Glimer T. An analysis of the effects of organization and financing on the utilization and costs of public mental health services in San Diego county. *J Ment Health Policy Econ* 2007; 10:123-32.
- 20.- Martin A, Leslie D. Psychiatric inpatient, outpatient, and medication utilization and costs among privately insured youths, 1997-2000. *Am J Psychiatry* 2003; 160:757-64.
- 21.- Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Planificación del alta del hospital al domicilio. *Biblioteca Cochrane Plus* 2008.
- 22.- Goldstein JM, Horgan CM. Inpatient and outpatient psychiatric services: substitutes or complements? *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39:632-6.
- 23.- Wolff N, Helminiak TW, Diamond RJ. Estimated societal costs of assertive community mental health care. *Psychiatr Serv.* 1995; 46: 898-906.
- 24.- Johnson J. Cost-effectiveness of mental health services for persons with a dual diagnosis: a literature review and the ccmhpc. The cost-effectiveness of community mental health care for single and dually diagnosed project. *J Subst Abuse Treat.* 2000; 18: 119-27.
- 25.- Mayes SD, Krecko VF, Calhoun SL, Vesell HP, Schuch S, Toole WR. Variables related to outcome following child psychiatric hospitalization. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 278-84.
- 26.- Alwan NA, Johnstone P, Zolese G. Duración de la hospitalización para personas con enfermedades mentales graves. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2. 28pp.

- 27.- Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría. España. Editorial Médica Panamericana. 2001.
- 28.- Epidemiological and Clinical Profile of Hospitalized Patients in the Psychiatric Clinic "Nuestra Señora del Sagrado Corazón" during September 2003. Revista Colombiana de Psiquiatría 2004.
- 29.- López-Ibor J, Crespo M. El reto de la psiquiatría actual en la atención al niño y al adolescente. Revista Española de Pediatría 2000; 56:21-6.
- 30.- Bayón DN, Conde SD. Opinión de los profesionales y los familiares sobre las causas de reingresos psiquiátricos en pacientes con trastorno mental severo. Psiquiatría.com 2007.
- 31.- Valencia M. Dieciocho meses de seguimiento en pacientes con esquizofrenia. Salud pública de México 1994; 6: 662-69.
- 32.- Moreno K. Variables predictoras de los ingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia. Actas Españolas de Psiquiatría 2002; 30: 279-86.
- 33.- Scharer K, Jones DS. Child psychiatric hospitalization: the last resort. University of South Carolina 2004; 25: 79-101.
- 34.- Informe de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS en México 1996. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- 35.- Appleby L. Length of stay and recidivism among patients with schizophrenia. Psychiatric Services 1996; 47: 985-90.
- 36.-Bergen J. Six month outcome following a relapse of schizophrenia. Aust. N. Z. Psychiatry 1998; 32: 819-22.
- 37.- Daniels BA. Predictability of rehospitalization over 5 years for schizophrenia, bipolar disorder and depression. Aust. N. Z. Psychiatry 1998; 32: 281-6.
- 38.-Delbert R. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. JAMA 1999; 281: 1776.
- 39.- Doering S. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophrenia Bulletin 1998, 24: 87-98.
- 40.- Figuerido JL. Predictors of rehospitalization in schizophrenia. Psychiatric Services 1995; 46: 1161-65.
- 41.- Gillis, LS. The rise in readmissions to psychiatric hospitals. South Afr. Med. Journal. 1985; 68: 466-70.
- 42.- León CJ. Clinical course and outcome of schizophrenia in Cali, Colombia: a 10 year follow up study. Nerv. Mental Disorder 1989; 10: 593-606.

(51)43.- Olfson M. Assessing clinical predictors of early rehospitalization in schizophrenia. *J. Nerv Ment. Dis.* 1999; 187: 721-29.

44.- Postrado LT. Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1995; 46: 1161-65.

45.- Sanguineti V. Retrospective study of 2200 involuntary psychiatric admissions and readmissions. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153: 302-6.

46.- Seagal SP. Factores asociados con el regreso involuntario en un Servicio de Emergencias psiquiátricas dentro de los 12 meses: *Trabajos Distinguidos en Psiquiatría* 1998; 3: 21.

47.- Weiden, P. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995; 21: 419-29.

48.- Haywood, TW. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective and affective disorders. *Psychiatric Services* 1995, 46: 943-45.

49.-Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Intervenciones psicosociales para personas con enfermedades mentales graves y abuso de sustancias. *Biblioteca Cochrane Plus* 2008.

50.- Puglia ME. Causas de rehospitalización del paciente psiquiátrico en la Unidad Psiquiátrica de Agudos del Hospital Universitario de Los Andes. Tesis 1982.

51.- Bustamante F, Florenzano R, Labra JF, Del Río V, Palomares L, Giacamán F. Evaluación de la eficacia de la unidad de hospitalizados de un servicio de psiquiatría en Chile a la luz de la reforma psiquiátrica. *Rev Chilena de Neuropsiquiatría* 2004; 21-25

52.- Cortés-Padilla MT, Rascón-Gasca ML. Factores psicosociales relacionados con la rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica. *Salud Pública de México* 2001; 43: 529- 36.

53.- Pedreira J. Evaluación de un Servicio de Psiquiatría Infantil a través de un registro acumulativo de casos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil* 1996, 4: 285-295.

54.- Torres-Ruiz A, Lara-Tapia H, Díaz-Cantú P, Espinoza G, Hernández I. Análisis epidemiológico de la hospitalización psiquiátrica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. *Archivos de Neurociencias* 1998; 3:113-7.

55.- Seva-Díaz A, Seva-Fernández A. Los GRDs Psiquiátricos: Una investigación pendiente. *The European Journal of Psychiatry (edición en español)* 2002. 17: 1579-699.

- 56.- Seva A. El coste de las patologías psiquiátricas en España. Un seguimiento de 26 años y 10.974 ingresos en una Unidad Psiquiátrica de Corta Estancia de un hospital general. *Eur J Psychiatry* 2002; 16: 57-67.
- 57.- Gómez CM. Conversion of a psychiatric hospital into a community network of mental health and psychiatric care. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2005; 45: 285 - 299.
- 58.-Linares Vallejo I. Estudio evolutivo de paciente con ingresos múltiples en psiquiatría [Tesis de doctoral]. España, Editado por Universidad de Valladolid, 2002.
- 59.- Atención de adolescentes en los servicios de salud mental del hospital Hermilio Valdizán. *An International On-line Journal*. 2006.
- 60.- Lana. Variabilidad en la práctica médico psiquiátrica evaluada mediante el estudio de los reingresos psiquiátricos a corto plazo. *Actas españolas de psiquiatría* 2004; 36:p 340-345.
- 61.- Pereira RC.Hospital Zamudio: Memorias 1997. Bilbao 1998. 68 pp.
- 62.- Bayón DN. Evaluation of a psychosocial rehabilitation program for persons with chronic mental illness in the community. *An International On-Line Journal* 2007, Vol. 6.
- 63.- Díaz R., Bango J. Guías clínicas: Herramientas de calidad y gestión eficiente en psiquiatría. *Psiquis* 2001; 22: 45-55.
- 64.- Owen C. Psychiatric Rehospitalization Following Hospital Discharge. *Community Mental Health Journal* 1997; 33: 13-18.
- 65.- Rincón HG. La psiquiatría es una hija adoptiva de la medicina. *Rev. Colombiana de Psiquiatría* 2005; 2: 276-97.
- 66.- Haywood TW. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective and affective disorders. *Psychiatric Services*. 1995; 46: 943-45.
- 67.- Diagnóstico situacional: Problemas en la atención a los trastornos de salud mental. Capítulo IV. Fuente: Servicios de Salud Mental, SSA, 2001 pp 59-88.
- 68.- Modelo Hidalgo de atención en salud mental. Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental. Secretaría de Salud. p33.
- 69.- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.