



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MEDICAS,
ODONTOLOGICAS Y DE LA SALUD

**COSTOS Y FACTORES ASOCIADOS A LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS
DE LOS TRABAJADORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PSIQUIATRIA "DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA" DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS

PRESENTA:
JULIA ELENA CAÑEDO REYES

TUTORA
DRA. ANGELICA CASTRO RIOS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COMITÉ TUTOR
DRA. HORTENSIA REYES MORALES
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ

DR. MARTIN FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN
SERVICIOS DE ATENCION PSIQUIATRICA. SECRETARIA DE SALUD.

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

OCTUBRE 2017



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.

CONTENIDO

RESUMEN	4
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Antecedentes	5
1.1.1 Epidemiología de los problemas de salud mental.....	6
1.1.2 Aspectos metodológicos de los estudios de evaluación económica de salud	7
1.1.3 Carga económica de los trastornos mentales.....	8
1.1.4 Costos médicos directos asociados a trastornos mentales.....	10
1.1.5 Costos indirectos por pérdida de productividad asociados a trastornos mentales.....	11
1.1.6 Perspectivas del IMSS.....	12
1.1.7 Atención de personas con trastornos mentales.....	15
1.1.8 Reingresos hospitalarios en pacientes con trastornos mentales.....	17
1.1.9 Factores de riesgo de reingresos hospitalarios psiquiátricos.....	18
1.2 Planteamiento del problema	22
1.3 Pregunta de investigación	22
1.4 Justificación del estudio	23
1.5 Objetivos	25
1.6 Hipótesis	25
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA	26
2.1 Descripción general del estudio	26
2.2 Plan de análisis	27
2.3 Aspectos éticos.....	33
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	34
3.1 Análisis descriptivo de la incidencia de reingresos hospitalarios	35
3.2 Identificación de factores asociados a los reingresos hospitalarios	42
3.3 Tiempo de hospitalización y reingreso	477
3.4 Descriptivo de Costos	49
3.5 Factores de riesgo de reingreso hospitalario con mayor impacto económico	522

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN	57
4.1 Hallazgos principales.....	57
4.2 Comparación con estudios previos.....	58
4.3 Factores asociados a reingresos hospitalarios	59
4.4 Costo de los reingresos hospitalarios	63
4.5 Fortalezas y limitaciones del estudio.....	64
4.6 Conclusiones	65
4.7 Recomendaciones	66
4.8 Futuras investigaciones	67
ANEXOS	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75

Costos y factores asociados a los reingresos hospitalarios de los trabajadores atendidos en el Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" del Instituto Mexicano del Seguro Social

RESUMEN

Antecedentes: Los reingresos hospitalarios son eventos frecuentes, en ocasiones prevenibles y con alto impacto económico tanto para el sistema de salud, el paciente y su familia. En psiquiatría, dada la evolución natural de la enfermedad, se presentan con regularidad. Existen factores asociados a los reingresos hospitalarios y éstos pueden ser relacionados con el paciente o relacionados con la atención hospitalaria.

Objetivo: estimar los costos y determinar los factores asociados a los reingresos hospitalarios de trabajadores atendidos en el Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" (HRPHHTA) del IMSS.

Metodología: se realizó un estudio observacional, analítico y de tipo cohorte retrospectiva. *Población de estudio:* trabajadores derechohabientes al IMSS que fueron ingresados al HRPHHTA durante el 2014. *Seguimiento de casos:* se realizó durante un año posterior al primer ingreso del 2014 mediante la revisión del expediente clínico. *Plan de análisis:* se realizó el análisis descriptivo de los casos y para la identificación de los factores más relevantes asociados al reingreso hospitalario. Se realizó un análisis bivariado de la ocurrencia de al menos un reingreso hospitalario, como variables explicativas factores relacionados con el paciente y factores relacionados con la atención hospitalaria. Se estimaron los costos médicos directos e indirectos por pérdida de productividad asociados a los reingresos hospitalarios desde la perspectiva del pagador de servicios médicos y prestaciones de incapacidad laboral. Se calcularon costos promedio por paciente y para cada factor de riesgo y se comparó su magnitud.

Resultados: de 158 pacientes que ingresaron a hospitalización, se encontraron 25 pacientes (15.8%) con al menos un reingreso hospitalario. Se tuvo información suficiente sobre factores de riesgo para 136 pacientes (86.1%). Los factores relacionados con el paciente con mayor riesgo de reingreso fueron: religión cristiana ($p=0.017$; $RM=5.0$), no tener hospitalizaciones psiquiátricas previas ($p=0.020$; $RM=0.347$), exacerbación del trastorno psiquiátrico ya existente como motivo de ingreso ($p=0.008$; $RM=3.810$), tener entre 10 y 15 años de evolución del diagnóstico de ingreso ($p=0.021$; $RM=6.182$), diagnósticos de egreso de trastorno bipolar ($p=0.040$; $RM=3.675$) y esquizofrenia ($p=0.057$; $RM=3.706$). De los factores relacionados a la atención hospitalaria con mayor riesgo de reingreso fueron: más de 22 días de estancia hospitalaria ($p=0.014$; $RM=17.250$), 5 ó más medicamentos prescritos al egreso ($p=0.009$; $RM=13.20$). El costo médico directo total fue de \$16,701,363 con un costo promedio por paciente de \$105,705. En los pacientes que no tuvieron reingresos, el costo médico promedio fue de \$79,017, mientras que en los pacientes que tuvieron al menos un reingreso, el costo promedio por paciente fue de \$247,683. El costo promedio más alto de todas las características exploradas fue de \$265,701 en los pacientes que reingresaron con alguna comorbilidad médica diferente a DM2 o HAS.

Conclusiones: los factores asociados a reingresos hospitalarios en población trabajadora fueron similares a los reportados en población general, sin embargo, el porcentaje de reingresos obtenido en nuestra investigación fue menor que el encontrado por la mayoría de los estudios relacionados al tema. El costo promedio por paciente con reingreso hospitalario es tres veces el de un paciente sin reingresos.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

Los reingresos hospitalarios son eventos frecuentes, en ocasiones prevenibles y con alto impacto económico tanto para el sistema de salud, el paciente y su familia.

En psiquiatría, dada la evolución natural de la enfermedad, los reingresos hospitalarios se presentan con regularidad. Existen factores asociados a los reingresos hospitalarios y éstos pueden ser relacionados con el paciente o relacionados con la atención hospitalaria.

El detectar las causas que sean potencialmente evitables, e implementar estrategias, puede disminuir el número de reingresos mejorando la calidad asistencial y los costos que éstos conllevan.

En México, hasta la fecha, no hay estudios que hayan revisado el fenómeno de los reingresos hospitalarios psiquiátricos, sus factores asociados y costos por lo que el objetivo de esta investigación fue la identificación de los factores asociados de los reingresos hospitalarios en trabajadores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atendidos en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” (HRPHHTA) y la estimación de sus costos.

1.1 Antecedentes

La Salud Mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores: sociales, ambientales, biológicos y psicológicos e incluye padecimientos como depresión, ansiedad, demencias, esquizofrenia, trastornos por consumo de sustancias, entre otros.¹

Una característica importante de los trastornos mentales es que, mientras la mortalidad es baja, el comienzo de los trastornos ocurre en edades tempranas y los costos directos e indirectos derivados de la atención son altos.² El impacto de los trastornos mentales es mayor en adultos jóvenes, el sector más productivo de la población.³

La prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico.⁴

Se estima que la carga debida a los trastornos mentales se incrementará en las próximas décadas debido a la reducción en la tasa de mortalidad infantil y enfermedades infecciosas que dará como resultado un mayor número de personas que alcanzarán la edad de vulnerabilidad a los trastornos mentales, el incremento de la esperanza de vida de personas con trastornos mentales, la rápida urbanización, los conflictos, los desastres, la violencia, la pobreza y los cambios macroeconómicos entre otros factores.³

1.1.1 Epidemiología de los problemas de salud mental

A nivel mundial, se ha estimado que las tasas de prevalencia de trastornos mentales en el curso de la vida oscilan entre 12.2% y 48.6%, mientras que la prevalencia anual ronda entre 8.4% y 29.1%.⁵

El 14% de la carga de morbilidad en todo el mundo, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es atribuible a este tipo de padecimientos y es aún más patente en los países de bajos y medianos ingresos.⁵ Cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta la carga de los trastornos mentales representan entre el 25.3% y el 33.5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente.⁶

En 2010, los trastornos mentales y por uso de sustancias fueron la causa principal de los años de vida asociados a discapacidad (AVD) en todo el mundo. Los trastornos depresivos representaron el 40.5% (31.7-49.2) de los años de vida saludable perdidos (AVISA) causados por trastornos mentales y de uso de sustancias; los trastornos de ansiedad representaron el 14.6% (11.2-18.44), los trastornos relacionados con el uso de sustancias el 10.9% (8.9-13.2), los trastornos por consumo de alcohol el 9.6% (7.7-11.8), la esquizofrenia el 7.4% (5-9.8), el trastorno bipolar el 7% (4.4-10.3), los trastornos generalizados del desarrollo el 4.2% (3.2-5.3), los trastornos del comportamiento en la infancia el 3.4% (2.2-4.7) y los trastornos de la alimentación el 1.2% (0.9-1.5). Los AVISA varían según la edad y el sexo y la proporción más alta de AVISA totales ocurre en personas de 10 a 29 años de edad.⁷

La carga de trastornos mentales y por uso de sustancias aumentó en un 37.6% entre 1990 y 2010, que para la mayoría de los trastornos se debió principalmente, al crecimiento de la población y al envejecimiento.⁷

Uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento.⁵

De acuerdo con el estudio de Carga de enfermedad y sistema de salud en México, los trastornos psiquiátricos se encuentran entre las diez principales causas de AVD tanto en hombres como en mujeres: depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de drogas, trastorno bipolar y trastorno por consumo de alcohol. En relación a las principales causas de años de vida perdidos por muerte prematura (APMP), los accidentes

de tráfico, los homicidios, la enfermedad cerebrovascular y la cirrosis hepática se asocian de alguna manera a este tipo de trastornos.⁸

La mitad de los años de vida vividos con discapacidad (AVD) se concentran en las enfermedades mentales (23-25%), musculoesqueléticas (19-23%), seguidas de los problemas neurológicos (7-9%).⁸

De acuerdo a información del Instituto de medición y evaluación en salud (IHME), en el 2015, los trastornos depresivos son la cuarta causa de discapacidad en nuestro país, mientras que los trastornos de ansiedad ocupan el séptimo puesto.⁹

En el contexto del IMSS, la población derechohabiente perdió 11 millones de AVISA en el 2010. El grupo de enfermedades crónicas no transmisibles fue responsable de 81% de estos AVISA; las enfermedades transmisibles, condiciones maternas, perinatales y nutricionales fueron responsables de 10% y el grupo de lesiones, de 9%. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, los desórdenes mentales y del comportamiento, las lesiones no intencionales, las neoplasias malignas y las condiciones neurológicas son las condiciones responsables de la mayor carga de enfermedad por la discapacidad que producen y la muerte prematura.¹⁰

1.1.2 Aspectos metodológicos de los estudios de evaluación económica de salud

Antes de describir la carga económica de los trastornos mentales, haremos algunas precisiones metodológicas sobre los costos. Si bien la guía fundamental de las decisiones tomadas en el sistema de salud debe ser la eficacia, la seguridad y la efectividad clínicas, la evaluación económica de las intervenciones de salud (EEIS), permite tomar decisiones más informadas a la hora de elegir una determinada intervención. Además del análisis de los resultados de cada posible intervención, la EEIS incorpora al proceso de toma de decisiones la valoración de los costos asociados a cada una de las intervenciones.¹¹

Uno de los componentes esenciales de las evaluaciones económicas es definir la perspectiva del estudio, esta describe desde el punto de vista de quien se analizan los costos.¹¹ Se consideran 4 perspectivas principales: el paciente, el prestador, el pagador y la social (esta última incluye la perspectiva de todos).

En los estudios de evaluación económica, una de las clasificaciones más utilizadas combina el ámbito en que se realizan los gastos (costo médico, costo no médico) con el tipo de actividad que se estudia (costo directo: cuando describe recursos indispensables para realizar la actividad de estudio; costo indirecto: cuando describen recursos que no son

indispensables para realizar la actividad, pero que se generan indirectamente por esta), quedando en 4 categorías principales: costos médicos directos, costos médicos indirectos, costos no-médicos directos y costos no-médicos indirectos.¹²

Los costos médicos directos están relacionados con la intervención concreta evaluada; incluyen los costos de hospitalización, tratamiento, honorarios profesionales, pruebas de laboratorio, rehabilitación y equipo médico, entre otros.¹¹

Los costos no-médicos directos, por ejemplo, comida, transporte, alojamiento, cuidado familiar, entre otros, son consecuencia directa de la enfermedad, pero no implican la compra de servicios médicos; sin embargo, suponen un impacto importante para las finanzas del paciente y de sus familiares.¹¹

Los costos indirectos son costos producidos por la morbilidad o la mortalidad prematuras asociadas a una enfermedad.¹¹

Los costos médicos indirectos están relacionados con el consumo adicional de servicios de salud a causa de enfermedades que aparecen como consecuencia de una mayor longevidad debida a la intervención inicial.¹¹

Los costos no-médicos indirectos están relacionados con la reducción de la productividad debida al ausentismo laboral y al costo de oportunidad del tiempo invertido en el tratamiento.¹¹

1.1.3 Carga económica de los trastornos mentales

En virtud de la alta prevalencia de los trastornos mentales y del abuso de sustancias en adultos y jóvenes, la carga emocional y financiera para el individuo, su familia y la sociedad es enorme. El impacto económico se refleja en el ingreso personal, la capacidad de las personas o sus familias para trabajar y hacer contribuciones productivas a la economía nacional. La utilización de los servicios de atención y apoyo igualmente aumentan.²

En 2004, la OMS en el documento “Invertir en Salud Mental”, propuso una clasificación de la carga económica de los trastornos mentales, especificando el tipo de costo y actor afectado.² En el cuadro 1.1, se presenta la clasificación de la OMS utilizando los rubros conceptuales de costos de los estudios de evaluación económica.¹¹

Los costos económicos y sociales de los trastornos mentales recaen en la sociedad, los gobiernos, los pacientes, sus cuidadores y familias. El problema económico más obvio es el de los costos directos del tratamiento. Muchos trastornos mentales son crónicos o con

recaídas a lo largo de la vida; esto conlleva periodos prolongados o repetidos de atención y tratamiento e implica unos costos económicos en el momento actual sustanciales.³

Cuadro 1.1 Clasificación del impacto económico de los trastornos mentales

Perspectiva	Costos directos (generados para recibir atención)		Costos indirectos	Costos intangibles
	Médicos o de atención	No-médicos	Por pérdida de productividad	
Pacientes	Tratamiento	Servicios sociales, sistema judicial traslados	Pérdida de ingresos por disminución o incapacidad laboral	Angustia, sufrimiento, efectos colaterales del tratamiento, exclusión social, suicidio
Familiares, amigos, cuidadores	Cuidado en el hogar	Traslados Alimento	Pérdida de ingresos de los cuidadores: familiares y amigos	Angustia, aislamiento, estigma de los familiares
Empleadores	Contribuciones a la seguridad social para la atención médica	Interrupción de cadena de producción	Reducción en la productividad laboral, contribuciones a la seguridad social para pagos por incapacidad	Problemas de coordinación de los equipos de trabajo
Pagador de prestaciones (seguridad social)	Tratamiento	Servicios sociales. Traslados	Pagos por incapacidad laboral	Peligro de insuficiencia de primas de seguros
Sociedad	Costos de atención para mantener o recuperar la salud mental	Costos de servicios sociales y de apoyo	Reducción en la productividad laboral e ingreso nacional, indemnizaciones por incapacidad laboral	Años de vida saludables perdidos por discapacidad, necesidades no satisfechas

Fuente: Adaptado de OMS, Invertir en Salud Mental, 2004.²

El costo de atención médica directa para los pacientes psiquiátricos es alto, debido, sobre todo, al costo que representan las continuas hospitalizaciones producto de recaídas, exacerbaciones, gravedad y duración de éstas.¹³

En el área de la salud mental, las decisiones de cómo asignar los recursos son complicadas por el hecho de que los trastornos mentales son frecuentes, discapacitantes y de muy larga duración.¹⁴

La productividad laboral se ve disminuida incluso cuando un trabajador no toma licencia por enfermedad; los problemas de salud mental pueden causar una reducción

apreciable en el nivel habitual de productividad y rendimiento. La enfermedad mental afecta el acceso al mercado de trabajo y a la permanencia en el trabajo.¹

1.1.4 Costos médicos directos asociados a trastornos mentales

Se ha observado la relevancia de los costos asociados a los trastornos mentales.

Un estudio publicado en 2012 con respecto al costo económico de los trastornos del sistema nervioso en Europa reportó un costo total de 798 billones de euros, de los cuales el 37% se debieron a costos directos en servicios de salud, el 23% a costos no-médicos y el 40% a costos indirectos (pérdida de productividad laboral, discapacidad crónica, etc.).¹⁵

El costo total anual por trastorno (en billones de euros) fue el siguiente: trastornos del estado de ánimo 113.4; demencias 105.2; trastornos psicóticos 93.9; trastornos de ansiedad 74.4; adicciones 65.7; retraso mental 43.3; trastornos del sueño 35.4; trastornos de personalidad 27.3; trastornos de la niñez y la adolescencia 21.3; trastornos somatomorfos 21.2 y los trastornos de la conducta alimentaria 0.8.¹⁵

En Estados Unidos, en 2010, el costo total (directo e indirecto) de los trastornos mentales fue estimado en 2.55 trillones de dólares siendo mayores los costos indirectos (1.7 trillones) que los costos directos (0.8 trillones). Se espera que para el 2030, tanto los costos directos como indirectos causados por trastornos mentales se dupliquen.¹⁶

Las estimaciones de los costos no están disponibles para todos los países.² La información sobre costos directos de los tratamientos de los países en vías de desarrollo no están fácilmente disponibles pero estos costos se sospechan que son sustanciales aunque tienden a ser inferiores que en los países desarrollados, sobre todo por la escasez de medicamentos.³

En México, a pesar de la prevalencia y el impacto reportados para las patologías psiquiátricas, solamente cerca del 2% del presupuesto del sector salud se destina a la salud mental, en contraste con el 10% recomendado por la OMS. Menos del 10% de los pacientes a nivel nacional con algún trastorno mental recibe atención, en parte por el estigma y en parte por otros problemas tales como la cantidad insuficiente de especialistas en psiquiatría, que dificultan el acceso a la atención.¹⁷

1.1.5 Costos indirectos por pérdida de productividad asociados a trastornos mentales

En contraste con la situación de otros problemas de salud los costos indirectos de los trastornos mentales parecen ser más elevados que los costos de tratamiento directo.³

En los países desarrollados, los costos indirectos atribuidos a los trastornos mentales son de dos a seis veces superiores a los costos directos y es probable que representen una proporción incluso mayor del total de los costos directos en los países en vías de desarrollo, en los que los costos directos tienden a ser bajos.

En los Estados Unidos, los costos indirectos por ausentismo y la pérdida de productividad atribuidos a la depresión se estiman en 31 billones de dólares, aproximadamente tres veces más que los costos directos de tratamiento.³

En los países en vías de desarrollo, los costos indirectos de tratamiento que son atribuidos al incremento de la duración de la enfermedad al no ser tratada y a la invalidez asociada, representan una gran proporción del total de la carga económica de los trastornos mentales.³

En la mayoría de los países, las familias soportan una proporción significativa de estos costos económicos por la ausencia de redes integrales de servicios de salud mental financiadas con fondos públicos. Las familias también incurren en costos sociales, tales como la carga emocional de cuidar a los miembros discapacitados de la familia, la disminución de calidad de vida de los cuidadores, la exclusión social, la estigmatización y la pérdida de oportunidades futuras para la mejora personal.³

En el artículo de Lara y cols., se reporta el impacto de los trastornos mentales según la discapacidad y los días de actividad perdidos que generan encontrando que el efecto de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad es mayor que el efecto de algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas. Sobre cuántos días fueron totalmente incapaces de trabajar en el último año los pacientes, reveló que la depresión y el trastorno de pánico fueron los trastornos por los que, en promedio, se perdieron más días de actividad. Los días perdidos por enfermedades crónicas (6.89) fueron menos que los que se perdieron por depresión (25.51), agorafobia (18.56), ansiedad generalizada (9.5), trastorno de pánico (20) y trastorno por estrés pos-traumático (14.21).¹⁸

Los trastornos mentales afectan tanto a los empleados como a los empleadores causando ausentismo laboral con un gran impacto por la pérdida de productividad. Los trabajadores con depresión reportan 27 días de trabajo perdidos por año (9 de ellos debido a días de incapacidad y 18 reflejando pérdida de productividad). Se ha encontrado que los empleados con depresión son más propensos que otros a perder sus puestos de trabajo y cambiar de trabajo con frecuencia. Los trabajadores con trastorno bipolar reportan 28 días de incapacidad al año y 35 días de pérdida de productividad. Los trabajadores con trastornos de ansiedad reportan datos similares a los que tienen depresión. Los

trabajadores con trastorno por déficit de atención, reportan 22 días al año de incapacidad, además de que presentan 4 veces más riesgo de perder su trabajo en comparación a un empleado que no sufre de dicho trastorno.¹⁹

En Gran Bretaña la depresión relacionada con el estrés laboral y la ansiedad continúan representando un problema de salud. El estrés relacionado con el trabajo representa el 37% de la mala salud relacionada con el trabajo y el 45% de los días perdidos en 2015 y 2016. El número total de días laborables perdidos por esta condición fue de 11.7 millones de días. Esto equivale a un promedio de 23.9 días perdidos por paciente.²⁰

1.1.6 Perspectivas del IMSS

La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.²¹

El IMSS es responsable de la salud y seguridad social de 58 millones de derechohabientes y de 12 millones de beneficiarios del Programa IMSS-Oportunidades. Es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional y que tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.²²

El IMSS se constituye como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, cuya administración está integrada de manera tripartita, puesto que concurren representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal.²²

Desde la visión económica, el IMSS maneja dos funciones: como prestador de servicios y como aseguradora.

La provisión de atención médica es una de las funciones más importantes que realiza el Instituto en términos de recursos requeridos e impacto poblacional. La amplia gama de servicios médicos, preventivos, curativos y de rehabilitación que ofrece el IMSS tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y contribuir al desarrollo de las familias derechohabientes.²²

A la vez se ofrecen otros tipos de prestaciones sociales, por ejemplo, cursos directos, conferencias y campañas de bienestar, cultura y deporte, actividades culturales y

deportivas, recreativas y de cultura física y en general, de todas aquéllas tendientes a lograr una mejor ocupación del tiempo libre, tiendas, centros vacacionales y velatorios.²²

Dentro del contexto de seguridad social y de manera complementaria a los servicios de salud, el IMSS brinda prestaciones económicas que protegen tanto a los trabajadores como a sus familiares frente a un evento de riesgo contemplado en la Ley del Seguro Social y con apoyo para el cuidado infantil a las madres y padres trabajadores durante su jornada laboral.²²

Las prestaciones, como aseguradora, que el IMSS brinda a sus derechohabientes se encuentran bajo dos tipos de regímenes: el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario. En el Régimen Obligatorio una persona es afiliada por su patrón por tener una relación laboral que obligue a su aseguramiento, mientras que en el Régimen Voluntario, la afiliación es producto de una decisión individual o colectiva. El Régimen Obligatorio se integra por cinco tipos de seguros: Riesgos de Trabajo (SRT), Enfermedades y Maternidad (SEM), Invalidez y Vida (SIV), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS). Por su parte, el Régimen Voluntario sólo cuenta con el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) y el Seguro Facultativo.²²

Una prestación garantizada en el SRT y el SEM es el subsidio por incapacidad para el trabajo.²² Para el IMSS, se considera incapacidad temporal para el trabajo, la pérdida de facultades o aptitudes físicas o mentales que imposibilitan parcial o totalmente al asegurado para desempeñar su actividad laboral habitual por algún tiempo.²³

El certificado de incapacidad temporal para el trabajo es el documento médico legal, que expide en los formatos oficiales el médico tratante o el estomatólogo del IMSS al asegurado, para hacer constar la incapacidad temporal para el trabajo.²³

La expedición de la incapacidad es una certificación médica que toma en cuenta, además de factores puramente clínicos, la valoración de las condiciones psicofísicas del trabajador y las características y condiciones de su puesto de trabajo. Esta certificación brinda al trabajador incapacitado el acceso a subsidios económicos (totales o parciales, según el ramo de aseguramiento) que le permiten el reposo sin pérdida económica, en tanto mejora su condición de salud.²⁴

El SRT otorga a los trabajadores afiliados al IMSS prestaciones en dinero y en especie en caso de que se incapaciten o fallezcan a causa de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. Las prestaciones en dinero incluyen: 1) en el caso de incapacidad temporal, un subsidio de 100 por ciento del salario mientras dure la incapacidad; 2) en el caso de incapacidad permanente, parcial o total, una indemnización

global o una pensión provisional o definitiva, y 3) en el caso de fallecimiento, ayuda de gastos de funeral y una pensión. Por otro lado, las prestaciones en especie incluyen asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación.²²

El SEM, otorga a los trabajadores afiliados al IMSS prestaciones en especie y en dinero en caso de enfermedad no profesional o maternidad; asimismo, otorga prestaciones en especie a los familiares de los asegurados, así como a los pensionados y sus familiares. En caso de enfermedad no profesional, las prestaciones cubren asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, y un subsidio en dinero cuando la enfermedad incapacite al asegurado para el trabajo.²² El subsidio se pagará a partir del cuarto día del inicio, de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por el término de cincuenta y dos semanas.²¹

El origen del financiamiento para el pago de los subsidios es diferente en cada ramo de aseguramiento: en el seguro de riesgos de trabajo la contribución es exclusivamente patronal y en el de enfermedades y maternidad la contribución es tripartita, es decir, una parte la aporta el empleador, otra el trabajador y otra el Estado.²⁴

El subsidio es de 100% del salario base de cotización pagado a partir del primer día en los riesgos de trabajo y de 60% pagado a partir del cuarto día ante enfermedad general.²⁴ (cuadro 1.2)

Cuadro 1.2 Requisitos y prestación económica por incapacidad laboral en el IMSS

Ramo	Semanas Cotizadas	Porcentaje de Pago	Límite de Pago
Riesgo de Trabajo	No requiere semanas cotizadas.	100% del salario registrado en el IMSS, al inicio de la incapacidad.	De un día hasta 52 semanas, según lo determinen los Servicios Médicos del IMSS.
Enfermedad General	4 semanas inmediatas anteriores al inicio de la enfermedad. En trabajadores eventuales, 6 semanas en los 4 meses anteriores al inicio de la enfermedad.	60% del salario registrado en el IMSS, al inicio de la incapacidad.	A partir del 4o. día hasta 52 semanas, prorrogable hasta por 26 semanas más; según lo determinen los servicios médicos del IMSS.

Desde el punto de vista legal, durante la incapacidad temporal se encuentra plenamente justificado el ausentismo del trabajador a la empresa.²³

En México al menos el 40 por ciento de la población económicamente activa (PEA) sufre depresión y el 20 por ciento padece estrés laboral. Estos datos son de suma

importancia para el IMSS debido a que atiende a cerca del 24 por ciento de la PEA. Es decir, más de 14.2 millones de trabajadores. Se estimó que durante 2008 el 23.3 por ciento de su población derechohabiente presentará un cuadro asociado a este tipo de padecimientos.²⁵

En términos absolutos las mujeres y los hombres de 20 a 59 años son los más propensos a padecer los síntomas del estrés, pues representan el 29.2 y el 34.1 por ciento, respectivamente, del total de la población derechohabiente con esta enfermedad. En general, se observa que los hombres presentan prevalencias ligeramente más altas en trastornos asociados al estrés en comparación con las mujeres, mientras que en lo concerniente a los episodios depresivos, el sexo femenino es afectado tres veces más que el masculino.²⁵

Las adicciones asociadas a otros padecimientos neuropsiquiátricos representan una carga financiera importante para el IMSS, ya que la pérdida de años de vida saludable en 2008 fue de 1.5 millones de AVISA, de los cuales 1.2 millones correspondieron a los años perdidos por muerte prematura y discapacidad derivada del estrés y adicciones, mientras 227 mil correspondieron a episodios de depresión y adicciones.²⁵

En relación a la carga financiera que estos padecimientos representan; se estimó que los 1.5 millones de AVISA perdidos en 2008 equivalen a la atención médica de 54,426 discapacitados. Lo anterior implica un sobre costo de 371 millones de pesos, el cual se estima crecerá hasta los 1,530 millones de pesos hacia 2030.²⁵

1.1.7 Atención de personas con trastornos mentales

Lograr que la población conserve la salud mental además de la salud física, depende en gran parte de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.¹

Las últimas políticas y acciones mundiales de salud mental plantean que la atención primaria debe ser el punto desde donde se articule la atención de la salud mental,²⁶ sin embargo, los servicios de atención primaria de salud proporcionan formación y destrezas que resultan inadecuadas para la detección y el tratamiento de las personas con problemas de salud mental.²⁷

Los servicios de hospitalización psiquiátrica cuentan cada vez con menor número de camas, con estancias hospitalarias más breves, y se focalizan en el manejo de crisis agudas de la patología de base para un pronto retorno a la comunidad.^{13,28}

A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención de la salud mental en México descansa en los hospitales psiquiátricos, los cuales, son hospitales de tercer nivel de atención y, en consecuencia, los costos de atención resultan elevados y la mayoría de los esfuerzos (económicos, normas, etc.) no se destinan a los establecimientos del primer nivel de atención.²⁶

Para poder recibir atención médica en un hospital de tercer nivel, es necesario que los pacientes sean referidos del segundo nivel de atención (hospitales generales de zona) o en casos excepcionales, del primer nivel de atención (unidades de medicina familiar). La atención médica se otorga a través de la consulta externa o del servicio de admisión continúa, en el cual los pacientes se valoran, se estabilizan y, o son dados de alta a su domicilio o son ingresados a hospitalización.²⁹

Actualmente, en los hospitales regionales de psiquiatría “Morelos” y “Héctor H. Tovar Acosta” del IMSS (los cuales son unidades médicas de tercer nivel de atención), se cuenta con dos tipos de programas para la atención de los pacientes con trastornos mentales. Estos programas se basan en las manifestaciones clínicas, individuales y de entorno social de los pacientes en las modalidades intrahospitalaria (hospitalización tradicional) y hospital parcial (hospital de día); éste último consiste en la realización de actividades diarias como talleres de oficios y manualidades, actividades físicas (natación, acondicionamiento físico), actividades recreativas, pláticas y reuniones con grupos de pacientes y familiares, manejo psicoterapéutico individual o grupal, e intervención en crisis con manejo mixto intensivo (psicoterapéutico y farmacológico).¹³

En México, la Secretaría de Salud de acuerdo al Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018, implementó el Modelo Miguel Hidalgo el cual es un modelo comunitario de atención que consiste en el fortalecimiento de las acciones que aumentan la promoción de la salud mental, así como de la atención comunitaria, potenciando los servicios a nivel ambulatorio y reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización la cual, de ser requerida, debe ser de estancia corta, en unidades psiquiátricas incorporadas a hospitales generales idealmente y se pretende sustituir paulatinamente los grandes hospitales psiquiátricos por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales.³⁰

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2003, se observó que existe una baja utilización de los servicios por parte de la población que presenta este tipo de padecimientos;³¹ uno de cada cuatro mexicanos de entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo

padecen recibe tratamiento. El tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección, al igual que lo observado en la mayoría de los países de América Latina.⁵

No obstante la prevalencia y el impacto reportados para las patologías psiquiátricas en nuestro medio, solamente cerca del 2% del presupuesto del sector salud se destina a la salud mental, en contraste con el 10% recomendado por la OMS.¹⁷

Menos del 10% de los pacientes a nivel nacional con algún trastorno mental recibe atención, en parte por el estigma y en parte por otros problemas de desequilibrios estructurales de servicios de salud mental que dificultan el acceso a la atención.^{31,32}

El número de psiquiatras en México (3.68 por cada 100 mil habitantes)³³ aún está por debajo de la tasa recomendada por la OMS. El número de psiquiatras es insuficiente para cubrir las necesidades de salud mental ya que no sólo hay pocos psiquiatras, sino que existe una distribución desigual (se encuentran agrupados en las zonas urbanas) de los profesionales de la salud mental en nuestro país.¹⁷

La relevancia de la problemática de los padecimientos mentales es que presentan una tendencia creciente y en los próximos años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud.¹

1.1.8 Reingresos hospitalarios en pacientes con trastornos mentales

El término reingreso se refiere al “el episodio de hospitalización de un paciente que se produce en un período de tiempo determinado tras uno previo denominado ingreso índice” o “aquel ingreso programado o urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo relacionado o no con el que justificó el primer ingreso”; en ambas definiciones se deja abierto el espacio temporal o “período ventana” transcurrido entre el ingreso de referencia y el episodio de reingreso.³⁴

Los reingresos hospitalarios no programados constituyen un problema importante para los servicios de salud, instituciones hospitalarias y pacientes debido al impacto que tienen en la mortalidad, morbilidad y recursos económicos.³⁵

La psiquiatría, por la naturaleza de la patología, es probablemente la especialidad médica con mayor porcentaje de reingresos,³⁶ esto es debido a que gran parte de la patología psiquiátrica tiene curso crónico y recidivante, con frecuente necesidad de hospitalización.²⁸

Se estima que las tasas de readmisión de los pacientes hospitalizados serían cerca de un 40-50% antes de un año desde el alta del hospital y que cerca del 50% de todos los pacientes que ingresan a psiquiatría ya han estado hospitalizados previamente.²⁸

Este hecho genera un incremento de los costos en los sistemas de salud y aumenta los efectos negativos sobre los sistemas de apoyo familiar y de soporte social que tienen los pacientes.³⁷ Pero, además, se ha postulado como un indicador de la calidad de la atención psiquiátrica.³⁸

El análisis de los reingresos hospitalarios brinda posibilidades de mejora de la calidad, tanto en lo concerniente a la práctica clínica como a sus características organizacionales: coordinación entre niveles asistenciales, capacidad resolutive de la atención primaria, y alternativas a la hospitalización (hospital de día, hospitalización domiciliaria, etc.).³⁴

El impacto económico de los reingresos hospitalarios reside no sólo en los costos de atención, sino en términos del costo de oportunidad porque distrae recursos para la atención de otros pacientes (estancias y recursos de pacientes que los requieran en ese mismo período), además de los costos indirectos que generan. En términos económicos, evitar o disminuir los reingresos permitirá reducir los costos de la “no calidad” o, dicho de otra forma, si las cosas se hacen bien la primera vez se incrementará la productividad y se reducirán los costos del proceso de atención.³⁴

El análisis de los costos y las consecuencias en el tratamiento de pacientes psiquiátricos es importante para una toma de decisiones que implique una asignación óptima de recursos entre los distintos programas de atención disponibles.¹³

1.1.9 Factores de riesgo de reingresos hospitalarios psiquiátricos

Los reingresos hospitalarios son eventos frecuentes, potencialmente prevenibles, costosos y asociados a alta morbi-mortalidad por lo que constituyen un problema relevante para los servicios de salud, compañías aseguradoras, instituciones hospitalarias y pacientes.^{39,40}

En psiquiatría, las tasas de reingreso son ampliamente utilizadas como un proxy para la recaída o complicaciones después de una hospitalización, lo que indica un alta prematura de un hospital psiquiátrico o la falta de coordinación con el seguimiento de los servicios ambulatorios.⁴¹ La monitorización rutinaria de los reingresos puede utilizarse como una herramienta costo-efectiva para identificar y direccionar los errores del equipo de salud, al igual que los factores de riesgo asociados.⁴⁰

En la rehospitalización, intervienen factores relacionados con el comienzo y curso de la enfermedad, las características del cuadro psicopatológico, el tratamiento, el ajuste social y las experiencias vitales,³⁷ por lo que se han descrito diferentes factores clínicos y sociodemográficos que aumentan el riesgo o se asocian con el reingreso hospitalario en psiquiatría.³⁸

Donisi V, y cols.,⁴¹ en 2016, realizaron una revisión sistemática de 58 artículos cuyo objetivo fue identificar las variables previas al alta estudiadas y describir su relevancia para la readmisión entre los pacientes psiquiátricos. Las variables analizadas se clasificaron de acuerdo con las siguientes categorías: características demográficas, sociales y económicas de los pacientes; características clínicas de los pacientes; historia clínica de los pacientes; actitud y percepción de los pacientes; características ambientales, sociales y hospitalarias; y características de admisión y egreso. El predictor más consistentemente significativo de la readmisión fueron las hospitalizaciones anteriores.

A continuación, se presentan los principales factores asociados a los reingresos hospitalarios en psiquiatría encontrados en la revisión de Donisi V., y cols.:⁴¹

Características sociodemográficas y económicas: algunos estudios muestran aumento de riesgo de reingreso psiquiátrico en pacientes jóvenes,^{42,43} mientras que otros lo encuentran en pacientes de edad avanzada.^{44,45} Con respecto al género, los resultados se dividen: han encontrado mayor riesgo en hombres^{46,47} mientras otros reportan mayor riesgo en mujeres.^{38,48} Se ha observado un menor riesgo en pacientes con pareja (casados, unión libre),^{49,50} con mayor nivel educativo,⁵⁰ con empleo⁵⁰ y con un nivel económico alto;⁵¹ mientras que presentan mayor riesgo el tener bajo nivel educativo⁴¹ y estar desempleado.⁵²

Factores contextuales: sociales y hospitalarios: el no tener una adecuada red de apoyo se asocia con mayor riesgo de reingreso.^{53,54} El tener un médico psiquiatra con mayor experiencia tiene un efecto protector.⁵⁵

Características clínicas: presentan mayor riesgo de reingreso los pacientes con diagnósticos de trastornos psicóticos (esquizofrenia, esquizoafectivo),⁴⁷ trastornos afectivos,⁴⁷ trastorno por abuso de sustancias⁴⁷ y trastornos de personalidad.⁵⁶ El tener comorbilidad con trastornos por uso de sustancias o trastorno de personalidad, aumenta el riesgo de reingreso.^{38,47} Sprah y cols., reportaron que los pacientes con comorbilidad de trastorno mental con alguna condición médica tienen mayor riesgo de reingreso hospitalario,⁵⁷ mientras que Jaramillo LE y cols.,³⁷ encontraron que la presencia de comorbilidad médica tiene un efecto protector. El tener riesgo suicida como motivo de

ingreso⁵⁸ o el antecedente familiar de suicidio,⁴³ aumenta el riesgo de reingreso. El tener prescritos más de 3 medicamentos psicotrópicos al egreso aumenta el riesgo.⁵⁹

Antecedentes clínicos: el haber tenido alguna hospitalización psiquiátrica previa es un factor de riesgo importante de reingreso.^{37,38,41} La mayor cronicidad del trastorno mental tiene una asociación significativa.^{49,50} Se tiene menor riesgo si el inicio de enfermedad es a mayor edad.⁴³

Características del ingreso y del alta: se ha encontrado inconsistencia en el riesgo de reingreso y la duración de la estancia hospitalaria de los pacientes ya que se reporta la estancia prolongada como factor de riesgo^{59,60,61} y como factor protector de reingreso.⁶² También se ha encontrado que los pacientes con ingresos voluntarios tienen mayor riesgo de reingreso.^{63,64} Con respecto al tipo de egreso, los pacientes que se dan de alta voluntaria o se escapan del hospital tienen mayor riesgo de reingreso.^{50,65} El tener un plan de alta adecuado para cada paciente enviándolo para seguimiento con el médico familiar, es un factor protector.^{48,52} El presentar signos de inestabilidad 3 días previos al alta (necesidad de medidas de contención física, comportamiento psicótico, gestos o intentos suicidas) es un factor de riesgo de reingreso.⁴² El uso de antipsicóticos atípicos⁶⁶ y estabilizadores del ánimo⁶⁷ es un factor protector para reingreso. El uso de terapia electroconvulsiva (TEC) durante la hospitalización reduce el riesgo de reingreso.⁶⁸

Factores posteriores al alta:⁶⁹ la adherencia al tratamiento⁷⁰ y el cumplimiento de las consultas de seguimiento⁷¹ son factores protectores de reingreso. Los pacientes que son dados de alta a su domicilio tienen menor riesgo.⁷² A mayor número de medicamentos prescritos al egreso, mayor riesgo de reingreso.⁴⁷ Los pacientes que al egreso reciben el tratamiento subsidiado o gratis tienen más probabilidades que los que no lo recibieron de tener reingresos múltiples.⁷⁰ El tener seguimiento posterior al alta dentro de los primeros 30 días del egreso,⁶⁹ es un factor protector. Un apoyo familiar adecuado es un factor protector.⁷³

Dado el impacto económico y de sufrimiento emocional que tiene el reingreso hospitalario para el paciente y su familia, el poder determinar factores de riesgo (asociados tanto al paciente como a la atención hospitalaria), que sean potencialmente prevenibles, debe ser una tarea prioritaria de los sistemas de salud.^{37,74}

El identificar los factores relacionados al paciente nos permitirá identificar pacientes con mayor riesgo de reingreso permitiéndonos así poner especial atención en poder incidir en los factores que nos condicionen dicho riesgo.

Con respecto a la identificación de los factores que ocurren relacionados a la atención hospitalaria, nos dará la posibilidad de avanzar en poder resolver con un solo ingreso hospitalario y con el menor número de días de estancia hospitalaria, dándonos además una buena oportunidad de mejora en la calidad asistencial.

De acuerdo a lo anterior, en esta investigación y para tener un panorama general del problema a estudiar, se abordarán los factores asociados a los reingresos hospitalarios psiquiátricos en pacientes trabajadores, desde el punto de vista de los relacionados con el paciente (clínicos y sociodemográficos) y de los relacionados con la atención hospitalaria (manejo clínico y manejo organizacional).

1.2 Planteamiento del problema

Los trastornos mentales se encuentran entre las quince principales causas de pérdida de vida saludable (AVISA) en México y se espera que en el 2020 representen aproximadamente el 15% de la discapacidad ajustada a los años de vida perdidos por enfermedad.

Gran parte de la patología psiquiátrica tiene curso crónico y recidivante, con frecuente necesidad de hospitalización lo que genera un problema económico importante debido a los costos directos del tratamiento ya que el porcentaje de readmisiones en los pacientes psiquiátricos es considerable principalmente antes del primer año posterior a la hospitalización.

Los reingresos hospitalarios, especialmente los no programados, se consideran como una medida de la calidad asistencial en la que están implicados factores relacionados con el paciente y con la atención hospitalaria. Sin embargo, estudios previos han mostrado que la relevancia de los factores variará según el ámbito y momento de ocurrencia y las características de los pacientes, y por ello resulta necesario el monitoreo periódico de los mismos para evaluar oportunidades de intervención y mejora en cada ámbito específico.

Las enfermedades mentales son responsables de una importante pérdida potencial de trabajo, altas tasas de desempleo y una alta incidencia en las bajas laborales por enfermedad, así como una reducción importante de la productividad en el trabajo. Por lo anterior, el costo de no tener una adecuada salud mental para los individuos, las empresas y la sociedad es grande.

Este estudio se enfocará en el análisis de los factores de riesgo de los reingresos hospitalarios en trabajadores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atendidos en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” (HRPHHTA) y en identificar los costos asociados a los mismos.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los costos médicos directos e indirectos y los factores asociados a los reingresos hospitalarios por motivos psiquiátricos en la población de trabajadores atendidos en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del IMSS?

1.4 Justificación del estudio

Los reingresos hospitalarios psiquiátricos tienen un gran impacto económico y emocional tanto para el paciente como para su familia, además de que repercute en su funcionalidad laboral ameritando incapacidades temporales para el trabajo por lo general prolongadas aumentando así los costos que esto implica, por lo que poder determinar factores asociados que sean potencialmente prevenibles debe ser una tarea prioritaria de los sistemas de salud.

El impacto económico de los trastornos mentales es mayor en adultos jóvenes, el sector más productivo de la población lo que genera días laborales perdidos y disminución de su funcionalidad.

El Instituto Mexicano del Seguro Social atiende aproximadamente al 25% de la población trabajadora del país, y estima que el 23% de su población derechohabiente presentará un cuadro asociado a este tipo de padecimientos. Lo anterior, constituirá una de las principales presiones para los servicios de salud y el financiamiento de las prestaciones económicas por invalidez.

Los factores de riesgo de reingreso se clasifican en los dependientes de las características del paciente y los del manejo en las unidades médicas; la relevancia de cada uno varía en el ámbito y tiempo de ocurrencia, por la relación entre el tipo de pacientes y las características de los servicios.

Existe amplia variabilidad entre los resultados de los estudios sobre los factores de riesgo asociados a reingresos hospitalarios y en México no se han investigado en el ámbito de la hospitalización psiquiátrica.

El trabajo que se propone tiene la fortaleza que es un diseño de cohorte, con el que un posible sesgo de selección se minimiza. La fuente de información utilizada para la selección de los casos es robusta, ya que se basa en los reportes de las empresas de casos efectivamente hospitalizados por causa psiquiátrica que ameritaron ausencia laboral, y dicha fuente de información incluye el detalle de datos sociodemográficos.

El identificar los factores asociados a los reingresos tanto del paciente como de la atención hospitalaria en el ámbito específico del Hospital de Psiquiatría, permitirá generar herramientas de intervención para dar una posible solución a este problema haciendo más eficiente la atención al poder dar tratamiento con un solo ingreso hospitalario y con el menor número de días de estancia hospitalaria, dándonos además una buena oportunidad de mejora en la calidad asistencial.

Los resultados pueden ser extrapolables a otras poblaciones de derechohabientes con prestaciones y organización de servicios similares y darán guía en ámbitos donde la distribución de factores de riesgo sea parecida.

Este estudio pretende analizar los factores asociados a los reingresos hospitalarios en pacientes psiquiátricos del HRPHTA del IMSS, además de determinar los costos relacionados a éstos.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Estimar los costos médicos directos e indirectos y determinar los factores asociados a los reingresos hospitalarios de trabajadores atendidos en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del IMSS.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Estimar la incidencia de reingresos hospitalarios en la población de estudio.
2. Determinar la fuerza de asociación de los factores de riesgo en la incidencia de los reingresos.
3. Estimar los costos médicos directos de los reingresos hospitalarios en la población de estudio desde la perspectiva como pagador de prestaciones médicas del IMSS.
4. Estimar los costos indirectos (por pago de subsidios por incapacidad temporal para el trabajo) de los reingresos hospitalarios en la población de estudio desde la perspectiva como pagador de prestaciones económicas del IMSS.
5. Identificar los factores de riesgo de reingreso con mayor costo total.

1.6 Hipótesis

En la población de estudio el grupo de factores que tienen mayor asociación a los reingresos hospitalarios psiquiátricos son: 1) Los relacionados con el paciente: diagnóstico de enfermedad psiquiátrica previa al ingreso índice, consumo de sustancias psicoactivas en comorbilidad con el trastorno mental previo al ingreso índice y tener hospitalizaciones psiquiátricas previas a la hospitalización índice. 2) Los relacionados con la atención hospitalaria: menos de 10 días de estancia hospitalaria en el ingreso índice, más de tres medicamentos prescritos al alta y falta de cumplimiento de las consultas de seguimiento posterior al alta.

El costo médico total del reingreso hospitalario será del doble del costo promedio de un evento hospitalario inicial.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1 Descripción general del estudio

Se realizó un **estudio observacional, analítico y de tipo cohorte retrospectiva** para estimar los costos e identificar los factores más relevantes asociados a los reintegros hospitalarios en la población de estudio.

Población de estudio: trabajadores derechohabientes al IMSS que tuvieron un ingreso hospitalario de más de 24 horas en la unidad médica por motivo psiquiátrico durante el 2014. La unidad médica es el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” de la Ciudad de México.

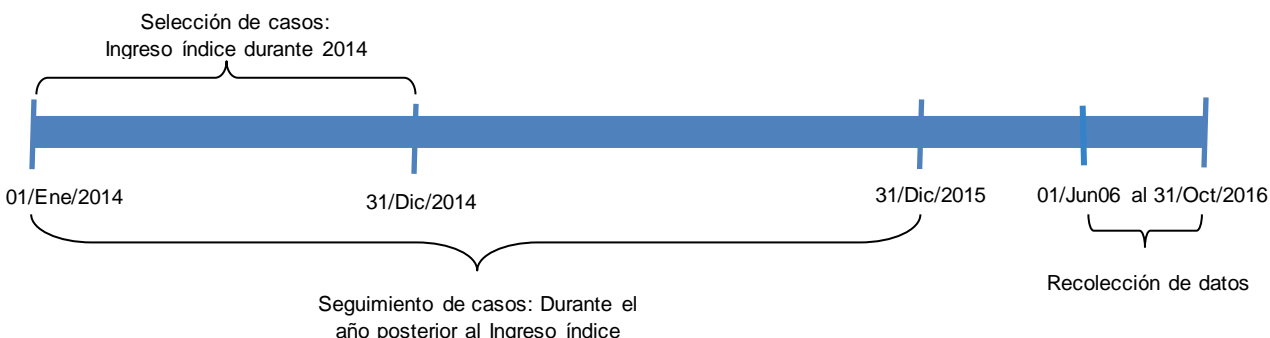
Selección de casos: Se incluyó al total de trabajadores afiliados al IMSS que durante el 2014 recibieron al menos un certificado de incapacidad temporal para el trabajo por motivo de enfermedad en la unidad médica de estudio. Esta hospitalización se define como *Ingreso Índice*. Se utilizó la base de datos de la Coordinación de Salud en el Trabajo del IMSS, previa aprobación del protocolo.

Seguimiento de casos: se hizo el seguimiento de casos durante el año posterior al alta del *ingreso índice* del año 2014, la fuente de información fue el expediente clínico en la unidad médica de estudio.

Periodo de seguimiento: para garantizar el mismo periodo de análisis independientemente si el ingreso ocurrió a principio o final de año, el marco temporal del estudio y periodo de seguimiento fue de un año completo a partir del ingreso índice de cada paciente. Es decir, si el ingreso índice fue el 15 julio de 2014, el seguimiento fue hasta el 14 de julio de 2015. El último día de seguimiento fue el 31 de diciembre de 2015.

La **recolección de información** se realizó desde 01 de junio al 31 de octubre del 2016. Se utilizó un instrumento para la recolección de la información sociodemográfica, clínica y relacionada a la atención hospitalaria. (Anexo 1)

Figura 2. Línea de tiempo del desarrollo del estudio



2.2 Plan de análisis

El análisis se desarrolló en etapas secuenciales, en correspondencia a los objetivos específicos del estudio. En la primera se realizó el análisis descriptivo de los reingresos hospitalarios en la población de estudio, en la segunda se identificaron los factores más relevantes asociados a los reingresos hospitalarios, y en la última etapa se estimaron los costos directos e indirectos asociados. A continuación, se describe la metodología que se siguió en cada una.

2.2.1 Etapa 1: Análisis descriptivo de los reingresos hospitalarios

Para cada trabajador de la población de estudio, se revisó su expediente clínico y se registraron las fechas de ingreso hospitalario en la unidad médica durante los años 2014 y 2015. El primer ingreso de 2014 fue identificado como ingreso índice, y cada hospitalización ocurrida durante el año posterior al alta de ese ingreso índice por motivo psiquiátrico, fue identificada como reingreso. Las visitas a consulta externa no fueron consideradas reingresos.

Para cada trabajador se contabilizó:

- Número de reingresos por paciente: total de hospitalizaciones ocurridas durante el año natural posterior al alta del ingreso índice.
- Días de estancia durante el Ingreso índice y en cada reingreso: días transcurridos desde la fecha de ingreso y la fecha de alta de cada uno.
- Días de estancia totales por paciente: suma de los días de estancia del ingreso índice y de los reingresos.
- Días al primer reingreso por paciente: días transcurridos entre la fecha de alta del ingreso índice y la fecha de ingreso al primer reingreso.

Para la población de estudio se estimó:

- Promedio de reingresos, calculado como el número total de reingresos entre el número de trabajadores con reingresos
- Proporción de pacientes con reingreso, calculado como el cociente entre el número de pacientes con al menos un reingreso, entre el número de trabajadores.
- Promedio de días de estancia por paciente en el Ingreso índice, calculado como el total de días de estancia en el Ingreso índice, dividido por el número de pacientes.
- Promedio de días de estancia por reingreso, calculado como el total de días de estancia en reingresos, dividido por el número de reingresos

- Velocidad promedio de ocurrencia del reingreso: describe el tiempo promedio transcurrido hasta el primer reingreso. Se calculará como el cociente de la suma de días transcurridos al primer reingreso, dividido por el total de pacientes con reingreso.

2.2.2 Etapa 2: Identificación de factores asociados a la tasa de reingresos hospitalarios

Para la identificación de los factores más relevantes asociados al reingreso hospitalario, se realizó un análisis bivariado comparando la ocurrencia o no del al menos un reingreso hospitalario para cada factor relacionado con el paciente y con la atención hospitalaria.

Se estimó la razón de momios (RM) para cada factor y se seleccionaron los que presentaban al menos una categoría con significancia estadística <10%.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata versión 11.

Al ingreso a la cohorte se recolectó información clínica y socio-demográfica para identificar factores de riesgo asociados a los reingresos, con el instrumento del Anexo 1.

Los factores de riesgo conforme a los hallazgos de la literatura descrita en la sección de antecedentes, se definieron y clasificaron en cuatro tipos:

1. Factores relacionados con el paciente

- a. **Clínicos:** antecedente de ingresos previos, ingreso involuntario, diagnóstico actual, comorbilidad de trastorno de personalidad, consumo de sustancias psicoactivas o comorbilidad médica, tiempo de evolución del diagnóstico psiquiátrico principal, falta de adherencia al tratamiento posterior al ingreso índice.
- b. **Socio-demográficos:** edad, estado civil, tipo de hogar, escolaridad, religión, sexo, nivel socioeconómico.

2. Relacionados con la atención hospitalaria:

- a. **Manejo clínico:** tipo de alta, duración de la estancia hospitalaria del ingreso índice, permiso terapéutico e interconsultas en la hospitalización índice, conciliación de medicamentos.
- b. **Manejo organizacional:** recomendación y posterior cumplimiento de consultas de seguimiento posterior al alta, continuidad del médico tratante durante la hospitalización y en las consultas de seguimiento, pago de incapacidades en el ingreso índice.

La operacionalización, fuente de información y método de recolección se detalla en las tablas 2.1, 2.1a y 2.1b.

Tabla 2.1 Definición operacional de las variables explicativas

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	FUENTE DE INFORMACIÓN
Dependiente: Reingreso hospitalario	Ocurrencia de un episodio de hospitalización de un paciente en el año natural posterior al ingreso índice.	Cualitativa dicotómica	Expediente clínico
Factores de riesgo relacionados con el paciente			
- Clínicos			
Ingresos previos	Historial de hospitalizaciones previas al ingreso índice con el mismo diagnóstico.	Cuantitativa, discreta	Expediente clínico
Ingreso voluntario en el ingreso índice	Ingreso en el cual el paciente firma un consentimiento informado en el cual acepta su hospitalización.	Cualitativa, dicotómica	Expediente clínico
Diagnóstico psiquiátrico previo al ingreso índice	Presencia de diagnóstico psiquiátrico previo al ingreso índice de acuerdo a la CIE-10.	Cualitativa, politómica	Expediente clínico
Comorbilidad médica no psiquiátrica al ingreso índice	Afecciones agregadas a la enfermedad primaria pero no se relacionan con ella.	Cualitativa, dicotómica	Expediente clínico
Consumo de sustancias psicoactivas previo al ingreso índice	Registro de historial de consumo de sustancias que pueden modificar la conciencia, estado de ánimo o procesos de pensamiento de un individuo: alcohol, nicotina, marihuana, cocaína, entre otras.	Cualitativa, politómica: 1. No consumo 2. Monoconsumo 3. Policonsumo	Expediente clínico
Consumo de sustancias psicoactivas posterior al ingreso índice.	Registro de consumos de sustancias psicoactivas durante el año natural posterior al ingreso índice	Cualitativa, politómica; 1. No consumo 2. Monoconsumo 3. Policonsumo	Expediente clínico
Años de evolución del diagnóstico psiquiátrico	Número de años transcurridos a partir de la fecha registrada de inicio del trastorno psiquiátrico	Cuantitativa, continua	Expediente clínico
Adherencia tratamiento farmacológico posterior al ingreso índice.	Cumplimiento del paciente con el tratamiento prescrito durante el periodo previo al reingreso.	Cualitativa, dicotómica	Expediente clínico

Tabla 2.1a Definición operacional de las variables explicativas

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	FUENTE DE INFORMACIÓN
Factores de riesgo relacionados con el paciente			
Socio-demográficos			
Edad	Años de vida del paciente	Cuantitativa categórica: 1. Menos de 30 años 2. 30-39 años 3. 40-49 años 4. Más de 50 años	Expediente clínico
Estado civil	Registro del estado civil de la persona	Cualitativa, dicotómica: 1. Con pareja (casado, unión libre) 2. Sin pareja (soltero, viudo, divorciado)	Expediente clínico
Tipo de hogar	Personas que residen en el hogar habitualmente y se sostienen de un gasto común	Cualitativa, dicotómica: 1. Familiar 2. No familiar	Expediente clínico
Escolaridad	Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Cualitativa politómica: 1. Secundaria o menor 2. Preparatoria o equivalente 3. Licenciatura o posgrado	Expediente clínico
Religión	Reporte de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Cualitativa politómica: 1. Católica 2. Cristiana 3. Ninguna 4. Otra	Expediente clínico
Sexo	Condición orgánica hombre/ mujer	Cualitativa, dicotómica 1. Femenino 2. Masculino	Expediente clínico
Nivel socioeconómico	De acuerdo a la clasificación de Trabajo Social	Cualitativa, ordinal: 1. Medio 2. Bajo	Expediente clínico
Factores relacionados con la atención hospitalaria			
Manejo Clínico			
Alta voluntaria	Existencia de documento donde el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso.	Cualitativa, dicotómica.	Expediente clínico
Interconsulta	Evidencia de la comunicación entre dos profesionales médicos, con diferentes áreas de experiencia en donde el solicitante, requiere la opinión sobre alguna patología del paciente a un consultor, quien emite su opinión sobre el caso.	Cualitativa, dicotómica.	Expediente clínico

Tabla 2.1b Definición operacional de las variables explicativas

Factores relacionados con la atención hospitalaria			
Manejo Clínico			
Días de estancia hospitalaria del ingreso índice.	Número de días que el paciente se encuentra hospitalizado del ingreso índice.	Cuantitativa, categórica: 1. 0 a 14 días 2. 15 a 30 días 3. Más de 30 días	Expediente clínico
Permiso Terapéutico	Procedimiento de salida del paciente por días de la unidad médica, por indicación médica para corroborar el comportamiento del paciente en su entorno.	Cualitativa, dicotómica	Expediente clínico
Manejo organizacional			
Cumplimiento de consultas de seguimiento	Número de consultas de seguimiento posterior al alta agendadas con su médico tratante.	Cuantitativa, discreta, esperadas de 0 a 3	Expediente clínico
Continuidad del médico tratante	Mismo médico tratante durante la hospitalización y al menos dos de las consultas de seguimiento.	Cualitativa, dicotómica.	Expediente clínico
Pago de la incapacidad del ingreso índice	Días de incapacidad subsidiados por el IMSS al trabajador causados por el Ingreso índice.	Cualitativa, dicotómica	Base de base de datos proporcionada por la Coordinación de Salud en el Trabajo del IMSS
Pago de la incapacidad de los reingresos	Días de incapacidad subsidiados por el IMSS al trabajador causados por cada reingreso hospitalario	Cualitativa, dicotómica	Base de base de datos proporcionada por la Coordinación de Salud en el Trabajo del IMSS

2.2.3 Etapa 3: Estimación de los costos médicos directos y pérdida de productividad asociados a los reingresos hospitalarios.

El costo total (CT) se estimó como la suma de los costos del ingreso índice más los costos de los reingresos. Estos a su vez se estimaron como la suma de los costos médicos directos (CMD) más los costos indirectos (CI) por el pago de subsidios por incapacidad temporal para el trabajo (ecuaciones 1 a 3):

Ecuación 1: $CT = CT_{\text{Ingreso índice}} + CT_{\text{Reingresos}}$

Ecuación 2: $CT_{\text{Ingreso Índice}} = CMD_{\text{Ingreso Índice}} + CI_{\text{Ingreso Índice}}$

Ecuación 3: $CT_{\text{Reingresos}} = CMD_{\text{reingresos}} + CI_{\text{reingresos}}$

La perspectiva del estudio fue la del IMSS como pagador de prestaciones médicas (atención médica, hospitalización) y de prestaciones económicas (incapacidad temporal para el trabajo), con marco temporal a 1 año (periodo para observar costos asociados).

Para la estimación de los costos médicos directos se utilizaron costos promedio por día de hospitalización, tomados del Diario Oficial de la Federación.⁷⁵

Para la estimación de los costos indirectos por el pago de subsidios por incapacidad temporal para el trabajo se consideraron los días de incapacidad laboral autorizados por el IMSS y el monto autorizado por día por trabajador con base al sueldo y el ajuste del 60% por ser enfermedad general (de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS)²³, tomando como referencia la base de datos proporcionada por la Coordinación de Salud en el Trabajo del IMSS, previa aprobación del protocolo.

Para cada trabajador se calculó:

- Costo médico directo por Ingreso índice y por reingreso hospitalario
- Costo médico directo total
- Costo indirecto por días de incapacidad por ingreso índice y por reingreso
- Costo indirecto total por días de incapacidad por trabajador, como la suma de los costos por días de incapacidad del ingreso índice y de cada reingreso.

Para identificar los factores de riesgo de reingreso con mayor costo total, se identificó en cuales la mediana de costo total fue mayor y si la diferencia fue estadísticamente significativa, mediante pruebas no paramétricas de diferencia de medianas⁷⁶; debido a que los costos tienen generalmente una distribución asimétrica, no negativa con heterosedasticidad⁷⁷, es decir, no siguen una distribución normal.

2.3 Aspectos éticos

Los procedimientos planeados estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I, artículo 17, sección I, investigación sin riesgo que no requiere de consentimiento informado.

Las técnicas empleadas y métodos de investigación fueron estudios en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio ya que los métodos empleados fueron cuestionarios, revisión de expediente clínico y otros en los que no se le identificó ni se trataron aspectos sensitivos de su conducta.

El manejo de la información fue confidencial. Se dispuso de información sobre datos clínicos y económicos de los trabajadores, por lo que, siguiendo las disposiciones de la Ley de protección de datos personales, se garantizó el anonimato de los trabajadores mediante la sustitución de nombres y números de afiliación por claves alfanuméricas y acceso exclusivo de las bases de datos por los investigadores del estudio.

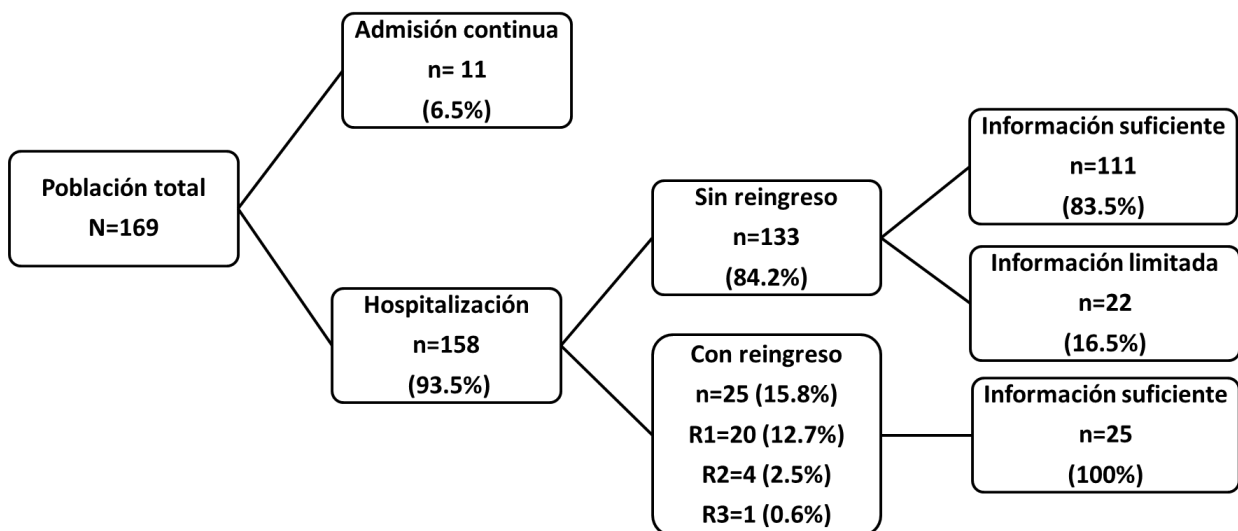
CAPÍTULO 3. RESULTADOS

La población total de pacientes trabajadores que tuvo al menos un certificado de incapacidad emitida durante el 2014 en el HRPHTA fue de 169; de éstos, 11 pacientes fueron atendidos por el servicio de Admisión Continua (AC) sin ser hospitalizados y recibieron un certificado de incapacidad de menos de 5 días por lo que fueron excluidos del estudio.

De los 158 pacientes que ingresaron a hospitalización, se encontraron 25 (15.8%) con al menos un reingreso hospitalario. (Figura 3.1)

Se tuvo información suficiente sobre factores de riesgo para 136 pacientes; para los otros 22 pacientes o no se encontraron los expedientes clínicos en la unidad médica o éstos estaban incompletos.

Figura 3.1. Seguimiento de trabajadores hospitalizados e incapacitados durante el 2014 en el HPHHTA.



3.1 Análisis descriptivo de la incidencia de reingresos hospitalarios

El porcentaje de reingresos hospitalarios durante el año de seguimiento encontrado en este estudio fue de 15.8% del total de pacientes que ingresaron a hospitalización en 2014. De éstos, 20 pacientes tuvieron un reingreso (80%), 4 pacientes dos reingresos (16%) y 1 paciente tuvo tres reingresos hospitalarios (4%). (Figura 3.1).

En relación a las características sociodemográficas (Tablas 3.1, 3.1a y 3.1b):

La mayor frecuencia de reingresos la encontramos en el grupo de 30 a 39 años de edad, de sexo femenino, con escolaridad preparatoria o equivalente, sin pareja, de religión católica, con hogar de tipo familiar, la madre como familiar responsable al ingreso, empleados en empresa privada, con nivel socioeconómico medio y con salario mensual reportado al IMSS de \$5,000 o menos.

La menor frecuencia de reingresos la obtuvimos en el grupo de 50 años en adelante, en el sexo masculino, con escolaridad de licenciatura o posgrado, con pareja, hijo como familiar responsable al ingreso, empleados del IMSS y de nivel socioeconómico bajo con salario mensual reportado al IMSS de \$10,000 a \$15,000.

La proporción de reingresos hospitalarios mostró diferencias significativas (nivel de significancia del 10%) entre los pacientes con reingreso y los pacientes sin reingreso en las variables de escolaridad, estado civil, religión, tipo de hogar, tipo de empleo y nivel socioeconómico. Hubo mayor proporción de reingresos en los pacientes con escolaridad preparatoria o equivalente, sin pareja, cristianos (el 20% de los pacientes con religión cristiana reingresaron vs. que el 4.5% de la misma religión no reingresaron), con hogar de tipo familiar y nivel socioeconómico medio (el 60% de los pacientes que reingresaron tuvieron un nivel socioeconómico medio vs. el 40% con la misma característica que no reingresaron).

Tabla 3.1 Características sociodemográficas: diferencias con y sin reingreso

Variables	Población					Chi ²
	Total	Sin reingreso		Con reingreso		
	158	133	84.2%	25	15.8 %	
Grupo de edad						0.428
Menos de 30 años	44	38	28.6%	6	24.0%	
30-39 años	38	29	21.8%	9	36.0%	
40-49 años	45	38	28.6%	7	28.0%	
50 en adelante	20	18	13.5%	3	12.0%	
Sin información	10	10	7.5%	0	0.0%	

Tabla 3.1a Características sociodemográficas: diferencias con y sin reintegro

Variables	Población					Chi²
	Total	Sin reintegro		Con reintegro		
	158	133	84.2%	25	15.8 %	
Sexo						0.433
Femenino	95	82	61.7%	13	52.0%	
Masculino	60	48	36.1%	12	48.0%	
Sin información	3	3	2.3%	0	0.0%	
Escolaridad						0.054
Secundaria o menor	52	45	33.8%	7	28.0%	
Preparatoria o equivalente	57	43	32.3%	14	56.0%	
Licenciatura o posgrado	27	23	17.3%	4	16.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Estado civil						0.080
Con pareja	49	41	30.8%	8	32.0%	
Sin pareja	87	70	52.6%	17	68.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Religión						0.014
Católica	91	78	58.6%	13	52.0%	
Cristiana	11	6	4.5%	5	20.0%	
Ninguna	21	16	12.0%	5	20.0%	
Otra	13	11	8.3%	2	8.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Tipo de hogar						0.054
Familiar	132	107	80.5%	25	100.0%	
No familiar	4	4	3.0%	0	0.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Familiar responsable						0.257
Madre	43	36	27.1%	7	28.0%	
Padre	16	11	8.3%	5	20.0%	
Hermano(a)	32	27	20.3%	5	20.0%	
Esposo(a)	19	15	11.3%	4	16.0%	
Hijo(a)	16	13	9.8%	3	12.0%	
Otro	10	9	6.8%	1	4.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Tipo de empleo						0.086
Empleado empresa privada	122	100	75.2%	22	88.0%	
Empleado IMSS	14	11	8.3%	3	12.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Nivel socioeconómico						0.021
Medio	62	47	35.3%	15	60.0%	
Bajo	74	64	48.1%	10	40.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	

Tabla 3.1b Características sociodemográficas: diferencias con y sin reingreso

Variables	Población					Chi²
	Total	Sin reingreso		Con reingreso		
	158	133	84.2%	25	15.8%	
Salario mensual reportado al IMSS						0.695
De \$1 a \$5,000	75	61	45.9%	14	56.0%	
De \$5,000 a \$10,000	37	33	24.8%	4	16.0%	
De \$10,000 a \$15,000	24	21	15.8%	3	12.0%	
Más de \$15,000	22	18	13.5%	4	16.0%	

Los resultados que obtuvimos en relación a los antecedentes clínicos (Tablas 3.2 y 3.2a), fueron los siguientes:

La mayor frecuencia de reingresos la encontramos en pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo al ingreso índice, tratamiento psicofarmacológico previo, sin adecuado apego al mismo, antecedente de alguna hospitalización psiquiátrica previa, consumo previo de sustancias psicoactivas, sin comorbilidad con trastornos de personalidad, sin comorbilidad médica y con familiares con diagnóstico psiquiátrico.

Se encontraron diferencias significativas (nivel de significancia del 10%) en la distribución de características de la población con reingreso y la población sin reingreso en las variables de diagnóstico psiquiátrico previo (el 100% de los pacientes que reingresaron tuvieron ésta característica), medicación previa y apego, hospitalización psiquiátrica previa, consumo de sustancias psicoactivas (el 84% de los pacientes que reingresaron consumían alguna sustancia psicoactivas), comorbilidad con trastorno de personalidad, comorbilidad médica y con familiares con diagnóstico psiquiátrico.

Tabla 3.2 Antecedentes clínicos: diferencias con y sin reingreso

Variables	Población					Chi²
	Total	Sin reingreso		Con reingreso		
	158	133	84.2%	25	15.8%	
Diagnóstico previo						0.007
Si	118	93	69.9%	25	100.0%	
No	18	18	13.5%	0	0.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Medicación previa y apego						0.001
Tratamiento y apego	27	22	16.5%	5	20.0%	
Tratamiento y no apego	64	46	34.6%	18	72.0%	
Sin tratamiento previo	27	25	18.8%	2	8.0%	
Sin información	40	40	30.1%	0	0.0%	

Tabla 3.2a Antecedentes clínicos: diferencias con y sin reingreso

Variables	Población					Chi²
	Total	Sin reingreso	Con reingreso			
	158	133	84.2%	25	15.8%	
Hospitalización psiquiátrica previa						0.004
Si	53	38	28.6%	15	60.0%	
No	83	73	54.9%	10	40.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Número de hospitalizaciones previas						0.000
1 a 2	28	25	18.8%	4	16.0%	
3 a 4	10	6	4.5%	4	16.0%	
5 ó más	14	7	5.3%	7	28.0%	
No aplica	84	73	54.9%	10	40.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Consumo de sustancias psicoactivas al ingreso índice						0.052
Monoconsumo	48	36	27.1%	12	48.0%	
Policonsumo	53	44	33.1%	9	36.0%	
No consumo	35	31	23.3%	4	16.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Comorbilidad con trastorno de personalidad						0.044
Si	21	19	14.3%	2	8.0%	
No	115	92	69.2%	23	92.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Comorbilidad médica no psiquiátrica						0.052
Si	33	25	18.8%	8	32.0%	
No	103	86	64.7%	17	68.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Tipo de comorbilidad médica no psiquiátrica						0.179
Diabetes Mellitus	10	7	5.3%	3	12.0%	
Hipertensión Arterial Sistémica	9	7	5.3%	2	8.0%	
Otra	14	11	8.3%	3	12.0%	
Ninguna	103	86	64.7%	17	68.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Familiares con diagnóstico psiquiátrico						0.086
Si	78	63	47.4%	15	60.0%	
No	58	48	36.1%	10	40.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	

Para las características del ingreso índice, los resultados fueron los siguientes (Tablas 3.3, 3.3a y 3.3b):

La mayor frecuencia de reingresos la encontramos en los pacientes referidos a hospitalización del servicio de urgencias, con ingreso de tipo voluntario y cuyo motivo fue la exacerbación del trastorno psiquiátrico ya existente. Con respecto al diagnóstico de

ingreso, la mayor frecuencia la tuvieron los Trastornos bipolares (36%) seguidos de los Trastornos depresivos (28%).

Presentaron también mayor frecuencia los pacientes con tiempo de evolución del diagnóstico de ingreso entre 10 y 15 años y con más de 25 años, y quienes tuvieron de 8 a 14 días de estancia hospitalaria en el ingreso índice.

En relación al pago de la incapacidad del ingreso índice, obtuvimos que a 60% de los pacientes que reingresaron si les fue pagado el monto de la incapacidad correspondiente al ingreso índice.

Se encontró mayor frecuencia de reingreso también, en los pacientes con apego a tratamiento durante la hospitalización, que no recibieron terapia electroconvulsiva (TEC), que no ameritaron interconsultas y a quienes no les fue dado permiso terapéutico, tuvieron una mayor frecuencia de reingreso.

La proporción de reingresos hospitalarios mostró diferencias significativas (nivel de significancia del 10%) entre los pacientes con reingreso y los pacientes sin reingreso en las variables de tipo y motivo de ingreso, tiempo de evolución del diagnóstico de ingreso, días de estancia hospitalaria, pago de incapacidad, continuidad de médico tratante durante la hospitalización, apego a tratamiento, terapia electroconvulsiva, interconsultas, permiso terapéutico y conciliación de medicamentos.

Tabla 3.3 Descripción del ingreso índice: diferencias con y sin reingreso

Variables	Población					Chi ²
	Total	Sin reingreso		Con reingreso		
	158	133	84.2%	25	15.8%	
Servicio de referencia						0.160
Esponáneo	31	23	17.3%	8	32.0%	
Urgencias	59	49	36.8%	10	40.0%	
Consulta Externa	28	24	18.0%	4	16.0%	
Otro	18	15	11.3%	3	12.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Tipo de ingreso						0.086
Voluntario	129	105	78.9%	24	96.0%	
Involuntario	7	6	4.5%	1	4.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Motivo de ingreso						0.001
Riesgo suicida	71	64	48.1%	7	28.0%	
Síntomas psicóticos	13	11	8.3%	2	8.0%	
Riesgo homicida	1	0	0.0%	1	4.0%	
Exacerbación de trastorno psiquiátrico	51	36	27.1%	15	60.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	

Tabla 3.3a Descripción del ingreso índice: diferencias con y sin reingreso

Variables	Población					Chi ²
	Total	Sin reingreso	Con reingreso			
	158	133	84.2%	25	15.8%	
Diagnóstico de ingreso						0.446
Trastorno depresivo	70	63	47.4%	7	28.0%	
Trastorno bipolar	37	28	21.1%	9	36.0%	
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	20	16	12.0%	4	16.0%	
Trastornos secundarios a enfermedad médica	14	11	8.3%	3	12.0%	
Trastornos de personalidad	11	10	7.5%	1	4.0%	
Otros	6	5	3.8%	1	4.0%	
Tiempo de evolución del diagnóstico						0.029
Menos de 5 años	37	34	25.6%	3	12.0%	
5 a 10 años	21	18	13.5%	3	12.0%	
10 a 15 años	17	11	8.3%	6	24.0%	
15 a 20 años	20	15	11.3%	5	20.0%	
20 a 25 años	18	16	12.0%	2	8.0%	
Más de 25 años	23	17	12.8%	6	24.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Días de estancia hospitalaria del ingreso índice						0.016
De 1 a 7 días	24	23	17.3%	1	4.0%	
De 8 a 14 días	77	66	49.6%	11	44.0%	
De 15 a 21 días	43	36	27.1%	7	28.0%	
Más de 22 días	14	8	6.0%	6	24.0%	
Pago incapacidad durante el ingreso índice						0.001
Si	136	120	90.2%	16	60.0%	
No	22	13	9.8%	9	40.0%	
Días de incapacidad subsidiados del ingreso índice						0.002
0 días	20	13	9.8%	7	28.0%	
De 1 a 7 días	47	44	33.1%	3	12.0%	
De 8 a 14 días	47	42	31.6%	5	20.0%	
De 15 a 21 días	36	30	22.6%	6	24.0%	
Más de 22 días	8	4	3.0%	4	16.0%	
Continuidad de médico tratante durante la hospitalización						0.028
Si	136	111	83.5%	25	100.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Apego a tratamiento durante el ingreso índice						0.006
Si	133	110	82.7%	23	92.0%	
No	3	1	0.8%	2	8.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
TEC durante el ingreso índice						0.006
Si	3	1	0.8%	2	8.0%	
No	133	110	82.7%	23	92.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	

Tabla 3.3b Descripción del ingreso índice: diferencias con y sin reingreso

Variables	Población					Chi ²
	Total	Sin reingreso		Con reingreso		
	158	133	84.2%	25	15.8%	
Interconsultas durante el ingreso índice						0.000
Si	8	3	2.3%	5	20.0%	
No	128	108	81.2%	20	80.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Permiso terapéutico durante el ingreso índice						0.080
Si	1	1	0.8%	0	0.0%	
No	135	110	82.7%	25	100.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Conciliación de medicamentos						0.028
No	136	111	83.5%	25	100.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	

Con respecto a las características del alta (tabla 3.4 y 3.4a), encontramos que los diagnósticos de alta más frecuentes en los pacientes con reingresos fueron los Trastornos bipolares. También se encontró mayor frecuencia cuando el número de medicamentos al alta fue de 3 a 4. En la mayoría de los pacientes con reingreso no se indicó y no se dio seguimiento por consulta externa por parte del médico tratante. Todos los pacientes con reingreso fueron dados de alta por mejoría del Ingreso índice y el 64% de ellos tuvo más de 15 días subsidiados en el ingreso índice (es decir no fue estancia corta).

Se encontraron diferencias significativas (el nivel de significancia para evaluar las variables fue del 10%) entre los pacientes con reingreso y los pacientes sin reingreso en las variables de número de medicamentos al alta, recomendación de seguimiento y consulta de seguimiento por el médico tratante en la consulta externa, total de días de incapacidad subsidiados y el pago de la misma.

Tabla 3.4 Características del alta: diferencias con y sin reingreso

Variables	Población					Chi ²
	Total	Sin reingreso		Con reingreso		
	158	133	84.2%	25	15.8%	
Diagnóstico de alta por grupos						0.233
Trastorno depresivo	68	63	47.4%	5	20.0%	
Trastorno bipolar	31	24	18.0%	7	28.0%	
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	22	17	12.8%	5	20.0%	
Trastornos secundarios a enfermedad médica	18	14	10.5%	4	16.0%	
Trastornos de personalidad	12	9	6.8%	3	12.0%	
Otros	7	6	4.5%	1	4.0%	

Tabla 3.4a Características del alta: diferencias con y sin reingreso

Variables	Población					Chi ²
	Total	Sin reingreso		Con reingreso		
	158	133	84.2%	25	15.8%	
Congruencia diagnóstica de ingreso y de alta						0.113
Si	136	117	88.0%	19	76.0%	
No	22	16	12.0%	6	24.0%	
Motivo de alta						0.106
Por mejoría	131	106	79.7%	25	100.0%	
Voluntaria	4	4	3.0%	0	0.0%	
Por traslado a otra unidad	1	1	0.8%	0	0.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Número de medicamentos al alta del ingreso índice						0.001
1 a 2	38	33	24.8%	5	20.0%	
3 a 4	84	69	51.9%	15	60.0%	
5 ó más	6	2	1.5%	4	16.0%	
Sin información	30	29	21.8%	1	4.0%	
Recomendación de seguimiento por consulta externa						0.090
Si	43	35	26.3%	8	32.0%	
No	93	76	57.1%	17	68.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Consultas de seguimiento en el HPHHTA						0.023
Si	28	20	15.0%	8	32.0%	
No	108	91	68.4%	17	68.0%	
Sin información	22	22	16.5%	0	0.0%	
Total de días de incapacidad subsidiados						0.000
0 días	15	13	9.8%	2	8.0%	
De 1 a 7 días	47	43	32.3%	4	16.0%	
De 8 a 14 días	45	42	31.6%	3	12.0%	
De 15 a 21 días	37	31	23.3%	6	24.0%	
Más de 22 días	14	4	3.0%	10	40.0%	
Pago Reingreso						0.000
Si	17	0	0.0%	17	64.0%	
No	8	0	0.0%	8	36.0%	
No aplica	133	133	100.0%	0	0.0%	

3.2 Identificación de los principales factores asociados a los reingresos hospitalarios

Las variables con mayor asociación de reingreso hospitalario se muestran en las tablas 3.5 3.5a y 3.5b:

Los factores relacionados con el paciente con mayor riesgo de reingreso fueron: los pacientes con religión cristiana presentan 4 veces mayor riesgo que los pacientes con

religión católica. Los pacientes con 5 ó más hospitalizaciones psiquiátricas previas presentan 5.2 veces mayor riesgo en relación a tener 1 a 2 hospitalizaciones previas. Los pacientes cuyo motivo de ingreso fue exacerbación del trastorno psiquiátrico ya existente tienen 2.8 veces mayor riesgo en relación a los pacientes cuyo motivo de ingreso fue riesgo suicida. Los pacientes con Trastorno bipolar tienen 1.89 veces mayor riesgo que un paciente con Trastorno depresivo. En cuanto al tiempo de evolución del diagnóstico que motivó el ingreso, el riesgo de reingreso hospitalario fue significativamente mayor en los pacientes con una evolución de 10 a 15 años, de 15 a 20 años y de más de 25 años, con 5.18, 2.77 y 3.00 veces mayor riesgo respectivamente en relación a los pacientes que tienen una evolución de menos de 5 años. El no tener apego a tratamiento durante el ingreso índice también aumenta significativamente el riesgo de reingreso hospitalario con 8.56 veces mayor riesgo de reingreso. Los diagnósticos de alta por grupos que aumentan significativamente el riesgo son el Trastorno bipolar, Esquizofrenia, los Trastornos orgánicos y los Trastornos de personalidad con 2.67, 2.7, 2.6 y 3.2 veces respectivamente mayor riesgo de reingreso en relación a los Trastornos depresivos.

De los factores relacionados a la atención hospitalaria, los de mayor riesgo de reingreso fueron: tener más de 22 días de estancia hospitalaria aumenta significativamente el riesgo con 16.25 veces más en relación a una estancia de menos de 7 días. Los pacientes que fueron dados de alta con 5 ó más medicamentos, tienen 12.2 veces mayor riesgo en relación a los que fueron dados de alta con 1 ó 2 medicamentos.

Tabla 3.5 Variables significativas para riesgo de reingreso hospitalario

Variables	Población Total	RM	p	[95% IC]	
	158				
Religión					
Católica	91	1.000			
Cristiana	11	5.000	0.017	1.330	18.794
Ninguna	21	1.875	0.290	0.586	6.001
Otra	13	1.091	0.916	0.217	5.496
Sin información	22				
Número de hospitalizaciones previas					
1 a 2	29	1.000			
3 a 4	10	4.167	0.090	0.802	21.644
5 ó más	14	6.250	0.016	1.413	27.653
No aplica	83	0.856	0.807	0.246	2.974
Sin información	22				

RM= razón de momios; IC= intervalo de confianza

Tabla 3.5a Variables significativas para riesgo de reingreso hospitalario

Variables	Población Total	RM	P	[95% IC]	
	158				
Motivo de ingreso					
Riesgo suicida	71	1.000			
Síntomas psicóticos	13	1.662	0.557	0.305	9.069
Riesgo homicida	1				
Exacerbación de trastorno psiquiátrico	51	3.810	0.008	1.422	10.208
Sin información	22				
Diagnóstico de ingreso					
Trastorno depresivo	70	1.000			
Trastorno bipolar	37	2.893	0.055	0.979	8.548
Esquizofrenia, otros trastornos psicóticos	20	2.250	0.237	0.586	8.640
Trastornos secundarios a enfermedad médica	14	2.455	0.240	0.550	10.962
Trastornos de personalidad	11	0.900	0.925	0.100	8.114
Otros	6	1.800	0.614	0.183	17.680
Tiempo de evolución del diagnóstico					
Menos de 5 años	37	1.000			
5 a 10 años	21	1.889	0.463	0.345	10.332
10 a 15 años	17	6.182	0.021	1.320	28.942
15 a 20 años	20	3.778	0.094	0.798	17.887
20 a 25 años	18	1.417	0.717	0.215	9.333
Más de 25 años	23	4.000	0.071	0.890	17.985
Sin información	22				
Apego a tratamiento durante el ingreso índice					
Si	133	1.000			
No	3	9.565	0.070	0.832	109.979
Sin información	22				
Diagnóstico de alta por grupos					
Trastorno depresivo	68	1.000			
Trastorno bipolar	31	3.675	0.040	1.063	12.702
Esquizofrenia, otros trastornos psicóticos	22	3.706	0.057	0.960	14.301
Trastornos secundarios a enfermedad médica	18	3.600	0.081	0.856	15.144
Trastornos de personalidad	12	4.200	0.077	0.854	20.651
Otros	7	2.100	0.528	0.210	21.041

RM= razón de momios; IC= intervalo de confianza

Tabla 3.5b Variables significativas para riesgo de reingreso

Variables	Población Total	RM	p	[95% IC]	
	158				
Días de estancia hospitalaria del ingreso índice					
De 1 a 7 días	24	1.000			
De 8 a 14 días	77	3.833	0.210	0.469	31.348
De 15 a 21 días	43	4.472	0.174	0.516	38.765
Más de 22 días	14	17.250	0.014	1.792	166.089
Número de medicamentos al alta del ingreso índice					
1 a 2	38	1.000			
3 a 4	84	1.435	0.518	0.481	4.284
5 ó más	6	13.200	0.009	1.896	91.907
Sin información	30	0.228	0.188	0.025	2.063

RM= razón de momios; IC= intervalo de confianza

Las variables significativas con efecto protector para reingreso hospitalario fueron las siguientes (Tabla 3.6):

Los pacientes sin hospitalización psiquiátrica previa al ingreso índice tienen 0.65 menor riesgo de reingreso que los pacientes que han tenido alguna hospitalización psiquiátrica previa.

El riesgo de reingreso hospitalario fue significativamente menor en los pacientes que no recibieron como tratamiento TEC y no necesitaron de alguna interconsulta durante el internamiento con 0.89 y 0.88 veces respectivamente menor riesgo de reingreso que un paciente que si ameritó alguno de los dos.

Tabla 3.6 Variables significativas con efecto protector de reingreso hospitalario

Variables	Población Total	RM	p	[95% IC]	
	158				
Hospitalización psiquiátrica previa					
Si	53	1.000			
No	83	0.347	0.020	0.142	0.846
Sin información	22				
Interconsultas durante el ingreso índice					
Si	8	1.000			
No	128	0.111	0.004	0.025	0.502
Sin información	22				

RM= razón de momios; IC= intervalo de confianza

Debido a que el haber tenido alguna hospitalización previa podía causar confusión en la distribución de los factores de riesgo asociados al reingreso hospitalario, se realizó un análisis únicamente con los 83 pacientes en los cuales el ingreso índice coincidiera con su primera hospitalización psiquiátrica y los resultados se muestran en la Tabla 3.7 y 3.7a.

De los factores relacionados con el paciente el riesgo fue significativamente mayor en los pacientes con escolaridad preparatoria o equivalente con un aumento en el riesgo de 8.96 en relación a los pacientes con escolaridad secundaria o menor. La religión cristiana presenta 12.33 mayor riesgo de reingreso en relación a la religión católica. El tener como familiar responsable al padre tiene 8.37 mayor riesgo de reingreso con respecto a si la madre actúa como familiar responsable. La exacerbación del trastorno psiquiátrico ya existente como motivo de ingreso tiene 3.37 veces más riesgo que el tener como motivo de ingreso riesgo suicida. El tiempo de evolución del diagnóstico psiquiátrico también resultó significativo presentando 5.75 veces más riesgo de reingreso los pacientes con más de 25 años de evolución en relación a los pacientes con menos de 5 años de evolución.

De los factores relacionados a la atención hospitalaria, los pacientes que tuvieron una interconsulta durante el ingreso índice tienen 0.94 veces menor riesgo de reingreso en relación a los que no tuvieron interconsultas. Los pacientes sin congruencia diagnóstica al ingreso y alta, presentaron 5.3 veces mayor riesgo de reingreso que los pacientes que sí tuvieron congruencia diagnóstica.

Tabla 3.7 Variables significativas para riesgo de reingreso hospitalario en los pacientes sin hospitalización psiquiátrica previa

Variables	Población Total	RM	p	[95% IC]	
	83				
Escolaridad					
Secundaria o menor	32	1.000			
Preparatoria o equivalente	37	9.964	0.034	1.186	83.701
Licenciatura o posgrado	14				
Religión					
Católica	54	1.000			
Cristiana	10	11.333	0.006	2.031	63.255
Ninguna	8	2.429	0.468	0.221	26.693
Otra	11	3.778	0.176	0.551	25.882

RM= razón de momios; IC= intervalo de confianza

*Comparar resultados de esta submuestra con tablas de población total 3.5, 3.5a, 3.5b y 3.6

Tabla 3.7a Variables significativas para riesgo de reingreso hospitalario en los pacientes sin hospitalización psiquiátrica previa

Variables	Población Total	RM	P	[95% IC]	
	83				
Familiar responsable					
Madre	27	1.000			
Padre	7	9.375	0.035	1.174	74.841
Hermano(a)	20	0.658	0.740	0.055	7.805
Espos(a)	13	1.042	0.974	0.857	12.655
Hijo(a)	9	3.571	0.242	0.424	30.102
Otro	7	2.083	0.574	0.161	26.963
Motivo de ingreso					
Riesgo suicida	53	1.000			
Síntomas psicóticos	10				
Riesgo homicida	1				
Exacerbación de trastorno psiquiátrico ya existente	19	4.375	0.045	1.034	18.516
Tiempo de evolución del diagnóstico					
Menos de 5 años	29	1.000			
5 a 10 años	15	0.964	0.977	0.080	11.581
10 a 15 años	6	2.7	0.451	0.204	35.745
15 a 20 años	9	1.688	0.685	0.135	21.116
20 a 25 años	12	1.227	0.872	0.101	14.962
Más de 25 años	12	6.75	0.046	1.038	43.874
Interconsultas durante el II					
Si	3	1.000			
No	80	0.056	0.024	0.005	0.683
Congruencia diagnóstica de ingreso y de alta					
Si	68	1.000			
No	15	6.3	0.010	1.542	25.746

RM= razón de momios; IC= intervalo de confianza

*Comparar resultados de esta submuestra con tablas de población total 3.5, 3.5a, 3.5b y 3.6

3.3 Tiempo de hospitalización y reingreso

Para los indicadores establecidos de reingreso hospitalario encontramos que el 15.8% de pacientes tuvieron al menos un reingreso hospitalario en el año siguiente a su ingreso índice. El promedio de reingresos por trabajador fue de 1.32. Con respecto a los días de estancia hospitalaria, obtuvimos un promedio de 16.6 días por paciente y de 38.8 días por reingreso. La velocidad de ocurrencia del reingreso fue de 16 días con una mediana de 83. (Tabla 3.8)

Tabla 3.8 Indicadores resumen de los reingresos hospitalarios del 2014

Indicador	
Total de pacientes	158
Pacientes con reingreso	25
Reingresos totales	33
Proporción de pacientes con reingreso hospitalario	15.8%
Promedio de días de estancia por paciente	16.6 días
Promedio de reingresos	1.32 por trabajador
Promedio de días de estancia por reingreso	38.8 días
Velocidad de ocurrencia del reingreso	16 días (mediana = 83)

En relación a los indicadores de días de hospitalización, los días totales fueron 2,619. Para el ingreso índice (II) se tuvieron 2,077 días de hospitalización y 542 días de reingresos. Con respecto a los pacientes sin reingreso, un total de 1,648 días de hospitalización en el II, mientras que los pacientes con un reingreso o más 971 días de hospitalización. (Tabla 3.9)

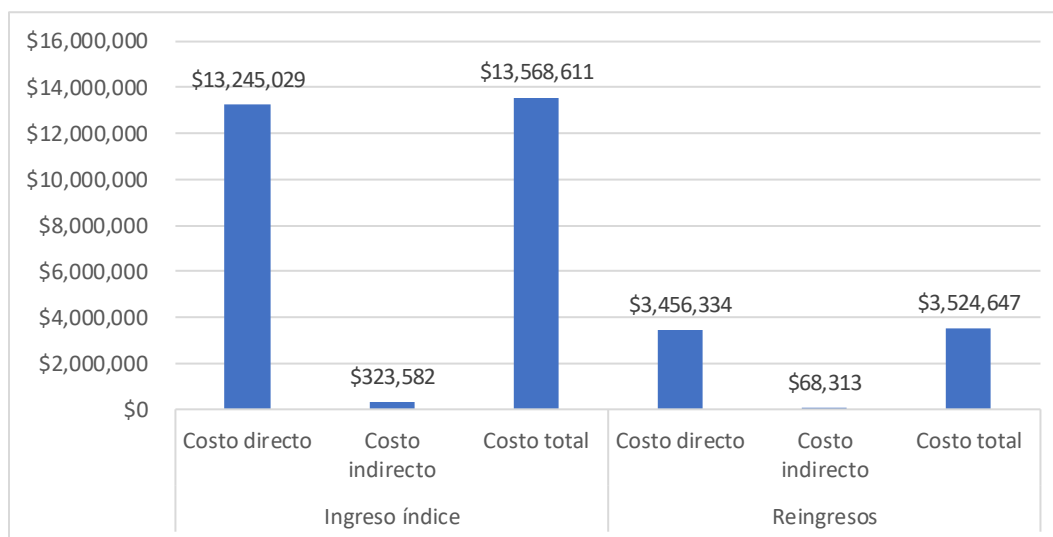
Tabla 3.9 Tiempo de hospitalización

Grupo de pacientes	Pacientes	Días totales	Días de hospitalización promedio por paciente			Días del alta promedio hasta el reingreso		
			Ingreso índice	Reingreso	Total	R1	R2	R3
Todos	158	2619	13.1	3.4	16.6			
Sin reingreso	133	1648	12.4	0.0	12.4			
Con reingreso	25	971	17.2	21.7	38.8	101.2	20.0	0.5
1 reingreso	20	608	16.3	14.1	30.4	105.7		
2 reingresos	4	288	22.8	49.3	72.0	80.0	98.0	
3 reingresos	1	75	12.0	63.0	75.0	98.0	108.0	13.0

3.4 Descriptivo de Costos

El costo total asociado a la atención de trastornos mentales a población trabajadora durante el año de seguimiento fue de \$17'093,258, de los cuales, el costo total del ingreso índice fue de \$13,568,611 (79.4%), mientras que el costo total de los reintrosos de \$3,524,647 (20.6%). (Figura 3.1)

Figura 3.1 Costo total

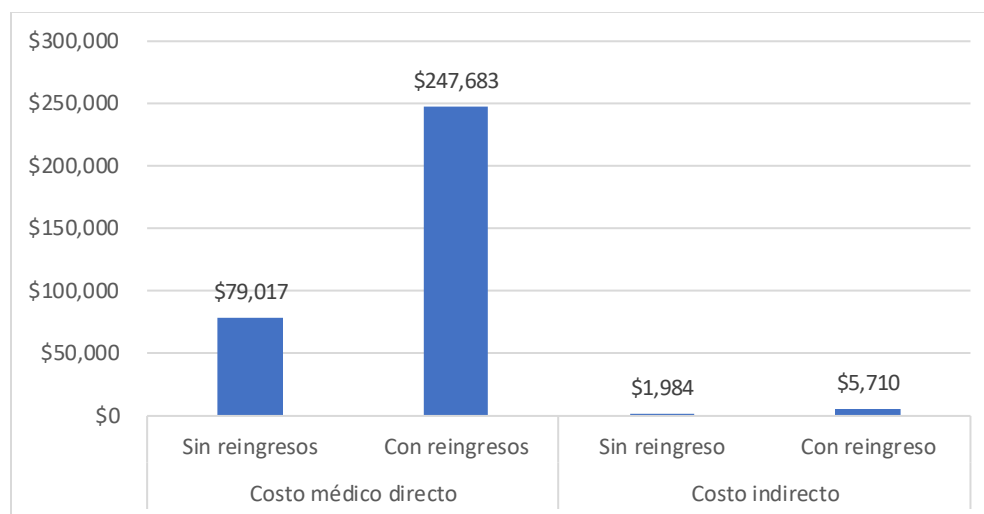


El costo médico directo representa el 98% del costo total, tanto en el ingreso índice como en los reintrosos.

En los pacientes que no tuvieron reintrosos, el costo médico directo promedio por paciente fue de \$79,017; mientras que en los pacientes que tuvieron un reintroso o más, el costo promedio por paciente fue de \$247,683, es decir, tres veces el costo de un paciente sin reintrosos. (Figura 3.2).

El importe subsidiado promedio por paciente de \$1,984 en los pacientes sin reintroso y de \$5,710 en los pacientes con reintroso, esto es 2.8 veces el costo indirecto promedio de los que no reintrosaron. (Figura 3.2)

Figura 3.2 Costos promedio



El costo médico directo total fue de \$16,701,363 (79.3% en el Ingreso índice y 20.7% en los reingresos) con un costo médico directo promedio por paciente de \$105,705 (Tabla 3.10)

Tabla 3.10 Costo médico directo

Grupo de pacientes	Pacientes	Costo total*	Costo promedio por paciente			Diferencia c.r a promedio
			Ingreso índice	Reingreso	Total	
Todos	158	\$16,701,363	\$83,829	\$21,876	\$105,705	
Sin reingreso	133	\$10,509,296	\$79,017	\$0	\$79,017	-25.25%
Con reingreso	25	\$6,192,067	\$109,429	\$138,253	\$247,683	134.32%
1 reingreso	20	\$3,877,216	\$103,945	\$89,916	\$193,861	83.40%
2 reingresos	4	\$1,836,576	\$145,077	\$314,067	\$459,144	334.36%
3 reingresos	1	\$478,275	\$76,524	\$401,751	\$478,275	352.46%

* Calculado con base a un costo unitario de \$6,377 cada día de estancia

En cuanto a los indicadores de costo indirecto, podemos observar que el total de días de incapacidad subsidiados por el IMSS fue de 1,969 en toda la población, mientras que para los pacientes sin reingreso fueron 1,373 (69.8%) y para los pacientes con un reingreso o más fueron 596 (30.2%). (Tabla 3.11)

Tabla 3.11 Costo indirecto

Grupo de pacientes	Pacientes	Días subsidiados		Importe subsidiado total	Importe promedio por paciente		
		Totales	Promedio		Ingreso índice	Reingreso	Promedio total
Todos	158	1969	12.5	\$406,661	\$2,078	\$496	\$2,574
Sin reingreso	133	1373	10.3	\$263,913	\$1,984	-	\$1,984
Con reingreso	25	596	23.8	\$142,748	\$2,574	\$3,136	\$5,710
1 reingreso	20	326	16.3	\$64,517	\$1,972	\$1,254	\$3,226
2 reingresos	4	226	56.5	\$76,209	\$6,047	\$13,005	\$19,052
3 reingresos	1	44	44	\$2,022	\$735	\$1,287	\$2,022

En relación al costo indirecto, observamos que, en el ingreso índice, no le fue subsidiado el importe de la incapacidad a 22 pacientes, mientras que, en el reingreso, no le fue subsidiado el pago a 8 pacientes (Tabla 3.12)

Tabla 3.12 Pago de incapacidades del ingreso índice

	Población				
	Total	Sin reingreso		Con reingreso	
	158	n= 133	84.2%	n=25	15.8%
Pago de incapacidades del ingreso índice					
Si	136	120	90.2%	16	64.0%
No	22	13	9.8%	9	36.0%
Pago de incapacidades del reingreso					
Si	17	0	0.0%	17	68.0%
No	8	0	0.0%	8	32.0%
No aplica	133	133	100%	0	0.0%

En relación al pago de ingreso índice, se encontraron diferencias significativas en las variables tipo de empleo, salario mensual reportado al IMSS, nivel socioeconómico bajo, diagnóstico previo, hospitalización previa, 15 a 21 días de estancia hospitalaria (los pacientes a los que sí se les pagó fueron el 46.67% del total de los que reingresaron), motivo de ingreso, recomendación y seguimiento por consulta externa. De 9 pacientes que no se les pagó el Ingreso índice y reingresaron, al 22% (2) tampoco se les pagó el reingreso.

3.5 Factores de riesgo de reingreso hospitalario con mayor impacto económico

El impacto económico de los reingresos hospitalarios se obtuvo mediante el costo total el cual se estimó como la suma de los costos médicos directos de los reingresos más los costos indirectos por pago de subsidios por incapacidad temporal para el trabajo generada durante el año posterior al ingreso índice.

A continuación, describiremos los factores con mayor costo total primero relacionados al ingreso índice y posteriormente relacionados con los reingresos.

Se muestran los factores cuya diferencia en la mediana de costos resultó significativa entre categorías de la variable ($p < 5\%$).

En relación a los costos asociados al ingreso índice:

El costo médico directo promedio del Ingreso índice fue de \$83,829 con una mediana de \$76,524, mínimo de \$6,377 y máximo de \$242,326.

El costo indirecto promedio del Ingreso índice fue de \$2,048 con una mediana de \$969, mínimo de \$0 y máximo de \$14,184.

El costo total promedio fue de \$85,877 con una mediana de \$82,319, mínimo de \$6,377 y máximo de \$242,326.

Los factores de riesgo de reingreso con mayor impacto económico (costo total) relacionados al ingreso índice son los siguientes y se encuentran presentados en las Tablas 3.13-3.13b:

El costo fue significativamente mayor con respecto al promedio en: el grupo de pacientes de 50 años en adelante (20%); el tener el antecedente de hospitalización previa (9%); el antecedente de tener 5 ó más hospitalizaciones psiquiátricas previas (56%); tener como motivo de ingreso riesgo homicida y síntomas psicóticos (28% y 20% respectivamente); los pacientes con falta de apego a tratamiento previo (55%), el grupo de pacientes con Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (25%); el grupo de más de 22 días de estancia hospitalaria (90%); el grupo de más de 22 días de incapacidad subsidiados (97%); el haber recibido TEC (73%) y alguna interconsulta durante la estancia hospitalaria (36%); el grupo de pacientes con diagnóstico al egreso de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (25%).

El costo fue significativamente menor con respecto al promedio en: pacientes sin hospitalizaciones previas (12%); tener como motivo de ingreso riesgo suicida (18%); el grupo de pacientes de 1 a 7 días de estancia hospitalaria (49%); el grupo de pacientes de 1 a 7 días de incapacidad subsidiados tuvieron menos costo en relación al promedio (33%); el grupo de pacientes con diagnóstico de egreso de Trastorno depresivo (21%); el grupo de pacientes cuya alta fue de forma voluntaria (70%); en los pacientes dados de alta con 1 a 2 medicamentos (25%); en los pacientes sin recomendación de seguimiento por consulta externa al alta (11%).

Tabla 3.13 Factores con mayor costo total en el ingreso índice

Variable	Total	Ingreso índice				
		Costo total				
	n	Media	Mediana	Rango	p	Diferencia c.r. promedio
Mediana poblacional	158	\$85,877	\$82,319	\$235,949		
Grupo de edad					0.023	
Menos de 30 años	44	\$78,182	\$70,743	\$235,949		-18%
30-39 años	38	\$82,293	\$82,901	\$133,737		-3%
40-49 años	45	\$88,056	\$82,901	\$156,371		-3%
50 en adelante	20	\$99,765	\$102,910	\$128,296		20%
Sin información	10					
Hospitalización psiquiátrica previa					0.002	
Si	53	\$99,973	\$93,622	\$216,474		9%
No	83	\$74,615	\$75,323	\$175,770		-12%
Sin información	22					
Número de hospitalizaciones previas					0.002	
1 a 2	29	\$85,816	\$90,281	\$122,874		5%
3 a 4	10	\$104,378	\$87,459	\$197,514		2%
5 ó más	14	\$126,152	\$133,779	\$130,974		56%
Ninguna	83	\$74,615	\$75,323	\$175,770		-12%
Sin información	22					
Comorbilidad con trastorno de personalidad					0.045	
Si	21	\$69,625	\$70,147	\$92,798		-18%
No	115	\$87,213	\$82,901	\$235,949		-3%
Sin información	22					
Motivo de ingreso					0.002	
Riesgo suicida	71	\$70,582	\$70,279	\$142,349		-18%
Síntomas psicóticos	13	\$98,984	\$102,833	\$144,880		20%
Riesgo homicida	1	\$109,738	\$109,738	\$0		28%
Exacerbación de trastorno psiquiátrico	51	\$99,683	\$91,615	\$210,330		7%
Sin información	22					

c.r.= con respecto

Tabla 3.13a Factores con mayor costo total en el ingreso índice

Variable	Total	Ingreso índice				
		Costo total				
	n	Media	Mediana	Rango	p	Diferencia c.r. promedio
Mediana poblacional	158	\$85,877	\$82,319	\$235,949		
Apego a tratamiento durante ingreso índice					0.039	
Si	133	\$83,419	\$77,259	\$235,949		-10%
No	3	\$132,303	\$132,730	\$70,416		55%
Sin información	22					
Diagnóstico de ingreso					0.001	
Trastorno depresivo	70	\$72,196	\$68,043	\$142,452		-21%
Trastorno bipolar	37	\$101,958	\$102,731	\$151,896		20%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	20	\$113,100	\$107,029	\$191,134		25%
Trastornos secundarios a enfermedad médica	14	\$79,418	\$77,583	\$127,000		-10%
Trastornos de personalidad	11	\$79,953	\$78,156	\$86,943		-9%
Otros	6	\$81,516	\$64,391	\$156,577		-25%
Días de estancia hospitalaria del ingreso índice					0.001	
De 1 a 7 días	24	\$38,116	\$43,383	\$41,336		-49%
De 8 a 14 días	77	\$72,562	\$72,431	\$45,865		-16%
De 15 a 21 días	43	\$109,324	\$108,409	\$40,491		26%
Más de 22 días	14	\$168,971	\$163,361	\$101,020		90%
Días de incapacidad subsidiados del ingreso índice					0.001	
0 días	20	\$87,684	\$82,901	\$235,949		-3%
De 1 a 7 días	47	\$58,390	\$57,393	\$108,764		-33%
De 8 a 14 días	47	\$84,433	\$83,708	\$68,107		-3%
De 15 a 21 días	36	\$104,695	\$102,931	\$134,218		20%
Más de 22 días	8	\$166,657	\$168,874	\$47,061		97%
TEC durante ingreso					0.008	
Si	3	\$171,912	\$148,726	\$117,643		73%
No	133	\$82,526	\$77,259	\$181,990		-10%
Sin información	22					
Interconsultas					0.003	
Si	8	\$130,395	\$116,546	\$165,067		36%
No	128	\$81,629	\$76,912	\$181,990		-10%
Sin información	22					

c.r.= con respecto

Tabla 3.13b Factores con mayor costo total en el ingreso índice

Variable	Total	Ingreso índice				
		Costo total				
	n	Media	Mediana	Rango	p	Diferencia c.r. promedio
Mediana poblacional	158	\$85,877	\$82,319	\$235,949		
Diagnóstico de alta					0.001	
Trastorno depresivo	68	\$71,095	\$68,043	\$142,452		-21%
Trastorno bipolar	31	\$102,168	\$98,859	\$151,896		15%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	22	\$112,603	\$107,038	\$191,134		25%
Trastornos secundarios a enfermedad médica	18	\$84,267	\$80,573	\$127,000		-6%
Trastornos de personalidad	12	\$82,843	\$86,493	\$86,943		1%
Otros	7	\$82,685	\$64,435	\$156,577		-25%
Motivo de alta					0.002	
Por mejoría	131	\$86,208	\$78,156	\$216,756		-9%
Voluntaria	4	\$22,500	\$25,868	\$25,508		-70%
Por traslado	1	\$108,409	\$108,409	\$0		26%
Sin información	22					
Número de medicamentos al alta					0.002	
1 a 2	38	\$70,023	\$64,320	\$216,756		-25%
3 a 4	84	\$90,604	\$89,558	\$156,371		4%
5 ó más	6	\$95,328	\$92,965	\$110,497		8%
Sin información	30					
Recomendación de seguimiento					0.021	
Si	43	\$95,570	\$90,281	\$216,756		5%
No	93	\$79,378	\$76,524	\$181,990		-11%
Sin información	22					

c.r.= con respecto

En relación a los costos asociados a los reintros hospitalarios:

El costo total promedio de los reintros fue de \$140,986 con una mediana de \$102,032, mínimo de \$25,677 y máximo de \$406,702.

El costo médico directo promedio de los reintros fue de \$138,253 con una mediana de \$102,032, mínimo de \$25,508 y máximo de \$401,751.

El costo indirecto promedio de los reintros fue de \$2,733 con una mediana de \$744, mínimo de \$0 y máximo de \$24,082.

Los factores con mayor costo total relacionados al reingreso son los presentados en la Tabla 3.14:

El costo fue significativamente mayor con respecto al promedio en: el haber recibido alguna interconsulta durante la estancia hospitalaria (13.1%).

El costo fue significativamente menor con respecto al promedio en: el sexo femenino (40%); el grupo de pacientes sin comorbilidad médica no psiquiátrica (36.7%).

Tabla 3.14 Factores con mayor costo total de los reingresos

Variable	Total	Reingresos				
		Costo Total				
	n	Media	Mediana	Rango	p	Diferencia c.r. promedio
Mediana poblacional	25	\$140,986	\$102,032	\$381,025		
Sexo					0.036	
Femenino	13	\$100,505	\$84,581	\$297,458		-40%
Masculino	12	\$184,840	\$125,466	\$342,154		-11%
Sin información	0					
Comorbilidad médica					0.062	
Si	8	\$202,444	\$126,806	\$332,891		-10%
No	17	\$112,064	\$89,278	\$381,025		-37%
Sin información	0					
Interconsultas					0.083	
Si	5	\$224,728	\$159,425	\$313,760		13%
No	20	\$120,050	\$92,839	\$381,025		-34%
Sin información	0					

c.r.= con respecto

Con lo anteriormente descrito, encontramos que los factores de riesgo asociados con mayor costo total son las siguientes categorías: tener 50 años en adelante de edad (\$99,765), antecedente de haber tenido hospitalización psiquiátrica previa (\$99,973), con 5 ó más hospitalizaciones previas (\$126,152), tener como motivo de ingreso la exacerbación del trastorno psiquiátrico ya existente (\$99,683), con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos como diagnóstico de ingreso y alta (\$113,100 y \$112,603, respectivamente), con mayor costo a mayor duración de estancia hospitalaria, sin apego a tratamiento durante el ingreso (\$132,303), tener TEC e interconsultas durante el ingreso (\$171,912 y \$130,395, respectivamente), con mayor costo a mayor número de medicamentos prescritos al alta, con indicación de seguimiento por consulta externa al egreso (\$95,570).

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

El estudio de los reingresos hospitalarios en psiquiatría es importante por tres razones. En primer lugar, se considera que la readmisión es un indicador de la calidad de la hospitalización previa (ingreso índice), por lo tanto, se ha dado mayor enfoque en el monitoreo de éstos, para evaluar el desempeño de los servicios de salud mental y garantizar una prestación eficiente y efectiva de los servicios. En segundo lugar, el alto costo de la hospitalización de los pacientes hace necesario minimizar las admisiones cuando sea posible. En tercer lugar, dada el limitado número de camas dedicadas a la psiquiatría disponibles y la creciente población, es prioritario identificar a los pacientes que corren el riesgo de ser readmitidos en un esfuerzo por guiar el tratamiento y planificar la prestación de los servicios.⁷⁸

4.1 Hallazgos principales

En el presente estudio encontramos 15.8% de reingresos hospitalarios psiquiátricos al año de seguimiento.

Los **factores asociados al reingreso hospitalario** fueron: religión cristiana, diagnóstico psiquiátrico de trastorno bipolar, hospitalización psiquiátrica previa, consumo de sustancias psicoactivas, motivo de ingreso exacerbación de trastorno psiquiátrico ya existente, más de 10 años de evolución del diagnóstico psiquiátrico, más de 22 días de estancia hospitalaria en el ingreso índice, 5 medicamentos o más prescritos al alta.

Los **factores con mayor costo total** fueron: tener 50 años en adelante de edad, antecedente de haber tenido hospitalización psiquiátrica previa, con 5 ó más hospitalizaciones previas, tener como motivo de ingreso la exacerbación del trastorno psiquiátrico ya existente, con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos como diagnóstico de ingreso y alta, con mayor costo a mayor duración de estancia hospitalaria, sin apego a tratamiento durante el ingreso, tener TEC e interconsultas durante el, con mayor costo a mayor número de medicamentos prescritos al alta, con indicación de seguimiento por consulta externa al egreso.

Se analizó por separado a los 83 pacientes que no tuvieron hospitalización psiquiátrica previa y que por lo tanto el ingreso índice coincidió con su primera hospitalización psiquiátrica. Encontramos resultados similares que cuando se analizó la muestra completa de 158 pacientes (incluyendo a los que tenían hospitalizaciones

psiquiátricas previas). Se observaron factores adicionales no significativos en la población total: religión cristiana, escolaridad preparatoria o equivalente y falta de congruencia diagnóstica entre el ingreso y el alta. Por ende, no hay evidencia de que los factores de riesgo de reingreso sean distintos en pacientes hospitalizados por primera vez que pacientes con hospitalizaciones previas.

4.2 Comparación con estudios previos

En el presente trabajo obtuvimos un 15.8% de reingresos hospitalarios psiquiátricos al año de seguimiento, porcentaje similar con lo reportado en el estudio de Lana F y cols.,³⁶ quien encontró que el 23.4% de los reingresos fueron durante el siguiente año. Se han reportado porcentajes de reingreso psiquiátrico en la literatura que van desde el 10% para un mes como periodo de observación posterior al alta, hasta tasas tan altas como 86% en un intervalo de 7 años.⁷⁹ Jaramillo LE y cols.³⁷, encontraron que el 57.8% de los pacientes fueron reingresados al menos una vez durante el año siguiente a la hospitalización índice, mientras que Lin CH y cols.,⁷⁹ en un estudio de tiempo de reingreso entre pacientes con depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia encontraron 54.2% de readmisiones dentro del primer año posterior al alta mientras que en el estudio de Vigod y cols.,⁸⁰ el porcentaje fue de 30.5% al año de egreso

No es posible determinar en este estudio si la condición de trabajador otorga algún efecto protector para los pacientes con trastornos psiquiátricos y a su vez para evitar los reingresos hospitalarios tal y como se ha encontrado en los estudios de Saleh ES y cols.,⁵⁰ Bernardo AC y cols.,⁸¹ y Clements KM y cols.,⁸² en los que se encontró que el estar desempleado es un factor de riesgo predictor de reingreso psiquiátrico mientras que el tener empleo es un factor protector de reingreso, y en el estudio de Callay T y cols.,⁵² se encontró que el estar desempleado tiene un riesgo 6 veces mayor para reingreso psiquiátrico.

En nuestra investigación encontramos que la velocidad de ocurrencia de reingreso en el 100% de los casos ocurrieron después de 2.5 meses, en contraste con el estudio de Lana F y cols.,³⁶ quienes reportan que el 62.7 % de los reingresos se produce en el primer mes del alta hospitalaria y que después de los 30 días el porcentaje de reingresos es del 14.7%.

4.3 Factores asociados a reingresos hospitalarios

Algunas de las variables que han aparecido significativamente asociadas con el riesgo de reingreso en este estudio también han sido identificadas previamente.

Con respecto a los factores asociados relacionados con el paciente, encontramos que las variables sociodemográficas con mayor riesgo de reingreso son el tener religión cristiana, 5 ó más hospitalizaciones previas, el tener como motivo de ingreso exacerbación del trastorno psiquiátrico ya existente, el tener diagnóstico de Trastorno bipolar, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos orgánicos y trastornos de personalidad, además de tener evolución de más de 10 años del diagnóstico de ingreso. Presentó mayor probabilidad de reingreso el consumo de sustancias psicoactivas y el diagnóstico psiquiátrico previo.

El tener hospitalizaciones psiquiátricas previas es el factor predictor de reingresos más consistente.⁴¹ Jaramillo LE y cols.,³⁷ encontraron que el tener 3 ó más hospitalizaciones previas es un factor significativo para el reingreso hospitalario. Lana F y cols.,³⁶ en un estudio de reingresos psiquiátricos a corto plazo, también encontró que el tener más de 10 ingresos psiquiátricos a lo largo de la evolución del padecimiento está asociado a un porcentaje más alto de reingresos. Obando G y cols.,⁸³ en un estudio de factores clínicos relacionados a reingreso de pacientes con trastorno límite de personalidad, encontraron relación del reingreso con un mayor número de internamientos previos. Bernardo AC y cols.,⁸¹ encontraron el tener un historial de hospitalizaciones previas como factor asociado de reingreso. Moss J y cols.,⁸⁴ y Lorine K y cols.,⁸⁵ hicieron estudios retrospectivos de análisis de factores asociados a readmisiones psiquiátricas encontrando que el antecedente de hospitalizaciones psiquiátricas estaba asociado con los reingresos. Sólo en el estudio de Priebe S y cols.,⁸⁶ se encontró una relación negativa en el análisis bivariado entre haber sido previamente hospitalizado con el riesgo de reingreso.

En los pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo al ingreso encontramos mayor probabilidad de reingreso al igual que Donisi V y cols.,⁶² en cuyo estudio reportaron que el tener un historial previo de trastorno psiquiátrico fue el predictor más importante para los reingresos tempranos. Callay T y cols.,⁴⁸ en un estudio de factores de riesgo de readmisión en los primeros 28 días posteriores al alta, encontró que el tener un diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad previo al ingreso está asociado con un reingreso temprano.

También obtuvimos mayor riesgo de reingreso en los pacientes cuyo motivo de ingreso fue exacerbación del trastorno psiquiátrico ya existente coincidiendo con Jiménez

PA y cols.,⁸⁷ quienes en un estudio de causas de reingresos y su evitabilidad potencial, encontraron que la recurrencia de la patología que motivó el ingreso índice es una de las causas principales de reingreso hospitalario.

Una recaída implica tanto para el paciente como para la familia situaciones de sufrimiento, agotamiento emocional y limitaciones para recuperar el funcionamiento global de la persona que padece la enfermedad mental; además, para el sistema de salud representa un aumento de costos, pues implica un ajuste en el tratamiento. Se presenta cuando la persona con enfermedad mental muestra reactivación de síntomas que requieren nuevamente de un manejo intrahospitalario, es decir, un reingreso durante el periodo de recuperación de la enfermedad o aun cuando ya se encuentra en una fase de estabilización de su cuadro clínico. Las recaídas son prevenibles, predecibles y susceptibles de intervención temprana para lo cual se requiere de la identificación y el manejo de los factores de riesgo intervenibles asociados tales como: predisposición biológica, condiciones de vida adversas, estresores familiares, estresores psicosociales, consumo de sustancias psicoactivas y pobre adherencia a tratamiento farmacológico.⁸⁸

Los principales diagnósticos que encontramos con mayor riesgo de reingreso hospitalario fueron el Trastorno bipolar, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y trastornos de personalidad. Lo anterior coincide con Tulloch AD y cols.,⁸⁹ quienes encontraron que tanto los trastornos de personalidad como la esquizofrenia están asociados con el aumento de la probabilidad de reingresos. Lana F y cols.,³⁶ encontraron que los diagnósticos más frecuentemente asociados a reingresos son la esquizofrenia, los trastornos de personalidad y el trastorno por consumo de sustancias. Weiss C y cols.,²⁸ en un estudio retrospectivo de readmisiones precoces vs. tardías en población con trastornos psiquiátricos encontraron que los trastornos psicóticos y el trastorno bipolar tienen una mayor representación en el grupo de la readmisión tardía y el trastorno bipolar en el caso de reingreso temprano. Lorine K y cols.⁸⁵, encontró como factor de riesgo de reingreso el diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo. En el estudio de Lin CH y cols.,⁷⁹ encontraron como factores asociados con mayor riesgo de reingreso tener diagnóstico de egreso de esquizofrenia o trastornos afectivos. Korkelia JA y cols.,⁹⁰ encontraron que los diagnósticos de Trastornos psicóticos y de personalidad estaban asociados a un mayor riesgo de múltiples reingresos. Un estudio de Swartz y cols.,⁹¹ encontró que el tener psicosis comparado con algún trastorno afectivo resulta en un menor riesgo de reingreso en pacientes que fueron dados de alta a un grupo de soporte ambulatorio. Frick y cols.,⁹² encontraron un efecto protector de los trastornos afectivos en

relación a las readmisiones, sin embargo, a mayor tiempo de evolución es menor este efecto protector.

Otro factor asociado a reingreso hospitalario en nuestra investigación y que es reportado en otros estudios, es el tener un tiempo de evolución de más de 10 años del diagnóstico de ingreso coincidiendo con el estudio de Jaramillo LE y cols.³⁷ En los estudios de Saleh ES y cols.,⁵⁰ y Bowersox NW y cols.,⁴⁹ ambos acerca de factores predictores de reingresos hospitalarios, encontraron una asociación significativa en relación a que, a mayor tiempo de duración de la enfermedad psiquiátrica, mayor riesgo de reingresos.

Encontramos mayor probabilidad de reingreso el consumo de sustancias psicoactivas; este resultado corresponde con Sánchez R y cols.,³⁸ en cuyo estudio se encontró asociación significativa entre reingresos psiquiátricos a los 3 meses de alta con el diagnóstico relacionado con uso de sustancias. Jaramillo LE y cols.,³⁷ también encontró que el uso de sustancias psicoactivas está fuertemente asociado con el número de reingresos hospitalarios. Mark TL y cols.,⁴⁷ en un estudio de factores predictores a nivel hospitalario como a nivel paciente, encontró que el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas está relacionado con el reingreso psiquiátrico. Lana F y cols.,³⁶ encontró también relación entre reingresos y la presencia de trastorno por consumo de sustancias. En contraste, Hendryx MS y cols.,⁵⁴ en un estudio de readmisiones psiquiátricas al año de egreso, encontraron como factor protector de reingreso hospitalario el tener un trastorno por consumo de sustancias.

Encontramos una menor proporción de reingresos en pacientes con religión católica; la mayoría de los estudios acerca de la religión y la salud mental se enfocan en los efectos potencialmente saludables de la religión y se han detectado menores tasas y severidad en depresión, ansiedad, suicidio y abuso de sustancias en los pacientes que son religiosos y espirituales, además de que se ha encontrado que los pacientes que profesan dicha religión tienen una red de apoyo más amplia.⁹³

Contrario a lo anterior, AbdelGawad N y cols.,⁹⁴ en un estudio de religiosidad en pacientes psiquiátricos hospitalizados no encontraron asociación entre la religión y las tasas de reingreso, pero sí encontraron que el tener bajo involucramiento religioso puede llevar a los pacientes psiquiátricos hospitalizados a un mayor riesgo de psicosis, suicidio y hospitalizaciones prolongadas.

Un hallazgo importante que obtuvimos en nuestro estudio fue que la religión cristiana está asociada a un mayor riesgo de reingreso hospitalario; empíricamente, hemos visto que los pacientes con religión cristiana tienen mayor número de recaídas debido a que la

creencia y “esperanza” en que la religión “los puede curar”, hace que no tengan apego al tratamiento farmacológico con la consecuente exacerbación del mismo lo que los puede llevar a tener un reingreso hospitalario.

En nuestra experiencia dentro del HRPHTA, hemos visto que en aquellos pacientes con predisposición a desarrollar un trastorno mental que han tenido reciente conversión a la religión cristiana o que participan en retiros espirituales, esto suele ser un factor desencadenante de cuadros psicóticos. A este respecto, Casella y cols.,⁹⁵ refieren que algunas prácticas religiosas pueden desalentar la búsqueda y aceptación de tratamiento médico con respecto a la sintomatología psiquiátrica considerándola una manifestación espiritual.

De los factores relacionados con la atención hospitalaria, las variables de manejo clínico con mayor probabilidad de reingreso son el haber tenido más de 22 días de estancia hospitalaria en el ingreso índice, el tener 5 ó más medicamentos prescritos al alta y en relación al manejo organizacional, el no tener seguimiento en consulta externa al egreso presentó mayor probabilidad de reingreso.

La duración de la estancia hospitalaria también ha sido estudiada anteriormente. En el estudio de Lin CH y cols.,⁷⁹ se encontró que estancias hospitalarias de más de 15 días son un factor predictor de reingreso hospitalario. Ono T y cols.,⁹⁶ fue encontrado que las estancias hospitalarias largas son un factor de riesgo de admisión temprana (en los primeros 3 meses), mientras que un factor protector de readmisiones tardías (de 4 a 24 meses). En los estudios de Zeff KN y cols.,⁶⁰ y Zhou Y y cols.,⁶¹ se encontró que los pacientes que reingresaron tuvieron estancias hospitalarias más prolongadas que los que tuvieron estancias cortas. En el estudio de Lin CH y cols.⁷⁹, encontraron que estancias hospitalarias mayores de 15 días son un factor de riesgo de reingreso en psiquiatría. Al contrario, en el estudio de Weiss C y cols.,²⁸ la readmisión temprana fue precedida por hospitalizaciones más cortas en comparación con los pacientes que tenían una readmisión tardía. Saleh ES y cols.,⁵⁰ encontraron que una larga estancia hospitalaria predice menor número de readmisiones.

Encontramos que el tener 5 o más medicamentos prescritos al alta tiene mayor riesgo de reingreso hospitalario. Picker D y cols.,⁹⁷ en un estudio de predictores de reingreso a los 30 días de acuerdo al número de medicamentos al alta, encontraron que hay una asociación significativa entre el mayor número de medicamentos al alta y la prevalencia de reingresos en 30 días identificando más de 6 medicamentos como el mayor riesgo. De acuerdo a Al Hamid y cols.,⁹⁸ en una revisión sistemática de hospitalizaciones como

resultado de problemas relacionados con la medicación, la polifarmacia es un factor de riesgo de hospitalización y de pobre apego a tratamiento. De acuerdo a Toh MR y cols.,⁹⁹ el número de medicamentos son un predictor estadísticamente significativo de reingresos ya que los pacientes tienen mayor apego a los tratamientos con menor número de medicamentos y como consecuencia tienen menor riesgo de reingreso hospitalario.

En el presente estudio se encontró que el no tener seguimiento en consulta externa al egreso tiene mayor probabilidad de reingreso hospitalario coincidiendo con el estudio de Korkella JA y cols.,¹⁰⁰ quienes encontraron una frecuencia del 21% de reingresos en los pacientes sin seguimiento. Zeff KN y cols.,⁶⁰ encontraron que el tener seguimiento por un psiquiatra posterior al alta disminuye el riesgo de reingreso. En contraste con lo anterior, Mark T y cols.,⁴⁷ encontraron que el tener seguimiento posterior al alta no está relacionado con un menor riesgo de reingresos.

En relación al análisis de los pacientes que fueron hospitalizados por primera vez, sólo encontramos una investigación previa que estudiara a este tipo de población, el de Korkella JA y cols.,¹⁰⁰ en el cual se reportó como único factor de riesgo asociado al reingreso hospitalario el no tener una relación de pareja.

La identificación de estos factores, permitirá establecer un algoritmo de estratificación de riesgo de reingreso en los pacientes.

4.4 Costo de los reingresos hospitalarios

La frecuencia de los reingresos hospitalarios, indiscutiblemente está ligada a un impacto económico más que notable, ya sea en términos absolutos o como expresión de su costo de oportunidad (consumo de estancias y recursos de las que no podrán beneficiarse otros pacientes que las precisen en ese mismo período).³⁴

En relación al costo total de los reingresos, encontramos que el costo promedio por paciente con algún reingreso hospitalario es dos veces más del costo de un paciente sin reingresos. Lo anterior coincide con Caballero A, y cols.,^{39,40} quienes encontraron que el promedio de costos fue mayor significativamente en los pacientes que reingresaron a hospitalización que en pacientes que no reingresaron.

Como era de esperarse, el mayor costo lo obtuvimos en los pacientes con mayor número de días de estancia hospitalaria y con mayor número de días subsidiados por incapacidad.

En relación a los diagnósticos de alta, los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y trastorno bipolar tuvieron un mayor impacto económico en relación a los demás diagnósticos de egreso; esto coincide con el estudio de Correll y cols.¹⁰¹, en el cual se encontró que los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar con alguna comorbilidad médica tenían los mayores costos de hospitalización.

Del costo total, el 98% correspondió al costo directo y el 2% al costo indirecto tanto en el ingreso índice como en los reingresos; esto contrasta con lo reportado en la literatura en relación a que los costos indirectos atribuidos a los trastornos mentales son de dos a seis veces superiores a los costos directos y es probable que en los países en vías de desarrollo representen una proporción todavía mayor debido a que los costos directos tienden a ser bajos.³

Encontramos que a 22 pacientes no se les pagó la incapacidad del ingreso índice; esto se debe a que los mismos pacientes no fueron a recibir el pago.

4.5 Fortalezas y limitaciones del estudio

Como fortalezas podemos mencionar que hay pocos estudios de reingresos hospitalarios en psiquiatría hechos en población trabajadora; al momento no se ha encontrado ninguno hecho previamente en México, cuya importancia radica en el estatus económicamente activo que tienen y en los costos tanto directos como indirectos que éstos generan.

Aunque los resultados no sean totalmente extrapolables a todas las poblaciones de derechohabientes, si puede ser similar a otras poblaciones en contexto hospitalario psiquiátrico por lo que darán una guía en este ámbito donde la distribución de factores de riesgo sea similar.

Como principal limitación de este estudio tuvimos una baja incidencia de reingresos, ya que únicamente 25 pacientes tuvieron reingresos hospitalarios por lo que es posible que incurramos en un error tipo 2 en la identificación de factores de riesgo. Lo cual sólo podrá ser respondido al observar una mayor población de ingresos acumulados en el tiempo.

Una polémica del estudio se refiere a la posibilidad de sesgo de clasificación de los reingresos. En Psiquiatría la definición de ingreso índice es con base a un año natural y no en base a la primera hospitalización, esto se debe a la naturaleza reincidente y de largo plazo de los trastornos mentales. En este estudio 38 pacientes con antecedente de hospitalización psiquiátrica previa fueron clasificados como “sin reingreso”, que en el

contexto de padecimientos agudos o crónicos menos reincidentes serían clasificados ya como reingreso; mientras que sólo 63 se trató de su primera hospitalización psiquiátrica. Se analizó la posibilidad que esta definición de reingreso afectara los resultados, comparando si los factores de riesgo fueron diferentes entre pacientes de primera vez comparados con los de pacientes subsecuentes y no se encontraron diferencias significativas en la distribución de características, por lo que podemos decir que no encontramos evidencia de ese sesgo de clasificación.

Otra limitante es la mala calidad de los expedientes clínicos y la falta de algunos de éstos en la unidad médica en la que se realizó el estudio lo que minó la información obtenida y perdimos la información sobre factores de riesgo de prácticamente 22 expedientes (13.9%).

Algo importante es que no tuvimos el detalle del manejo organizacional por lo que es posible que no hayamos encontrado factores asociados a la atención hospitalaria que puedan ser mejorables y que permitan prevenir el reingreso tales como la experiencia del médico psiquiatra, el plan de seguimiento al alta, la disponibilidad de recursos (tales como medicamentos), la carga de trabajo de los médicos y enfermeras encargados del cuidado del paciente, entre otros, que se han reportado como factores relevantes en los reingresos hospitalarios.^{41,42}

Únicamente recabamos información del expediente clínico y no se corroboró vigencia de derechos ni se dio seguimiento telefónico o de algún otro tipo a los pacientes que fueron hospitalizados lo que pudo dar cabida a que se perdiera información de posibles reingresos si los pacientes perdieron la derechohabencia y en caso de reingreso, éste haya sido en alguna institución ajena al IMSS.

Los resultados de los costos médicos directos pueden ser extrapolables a población derechohabiente IMSS (trabajadores o beneficiarios) ya que la atención médica no cambia; mientras que los hallazgos en relación a los factores asociados, sólo podrían extrapolarse a una población específica de trabajadores derechohabientes a la seguridad social.

4.6 Conclusiones

Esta investigación aporta el estudio de los factores asociados a reingresos hospitalarios en un contexto específico: un hospital psiquiátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social, en pacientes trabajadores formales y de la zona metropolitana del país. Lo

anterior, nos permite generalizar los resultados obtenidos en poblaciones y contextos similares.

Dentro de los factores asociados a los reingresos hospitalarios potencialmente modificables que encontramos en este estudio son: exacerbación de trastorno psiquiátrico ya existente, duración de la estancia hospitalaria y número de medicamentos prescritos al alta.

Los factores asociados a reingresos hospitalarios en población trabajadora, fueron similares a los encontrados en población general, sin embargo, el porcentaje de reingresos encontrado en esta investigación fue menor que el reportado por la mayoría de los estudios relacionados al tema.

El identificar los factores asociados a los reingresos tanto del paciente como de la atención hospitalaria en el ámbito específico del Hospital Psiquiátrico nos permitirá generar herramientas de intervención para dar una posible solución a este problema haciendo más eficiente la atención al poder dar tratamiento con un solo ingreso hospitalario y con el menor número de días de estancia hospitalaria, dándonos además una buena oportunidad de mejora en la calidad asistencial.

Es importante considerar el costo total de los reingresos hospitalarios ya que encontramos que los pacientes con reingreso tienen un costo promedio de tres veces más que el costo de un paciente sin reingresos.

4.7 Recomendaciones

De acuerdo a los resultados de nuestra investigación, encontramos factores modificables asociados a reingresos hospitalarios tales como exacerbación de trastorno psiquiátrico ya existente, duración de la estancia hospitalaria y número de medicamentos prescritos al alta.

Por lo anterior, es importante como parte de una atención integral y multidisciplinaria y con la finalidad de prevenir las recaídas del paciente y como consecuencia el reingreso hospitalario: 1) agregar un modelo psicoeducativo¹⁰² tanto a los pacientes como a los familiares y 2) el establecimiento de un modelo de tratamiento asertivo comunitario¹⁰³ que consiste en otorgar un servicio de atención integral, prestado en la comunidad por un equipo multidisciplinar, para el tratamiento, apoyo y rehabilitación de personas con trastornos mentales.

Ambos modelos tienen el objetivo de disminuir en lo posible hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas, otorgando a los pacientes una mejor atención y al mismo tiempo una mayor calidad de vida.³⁰

En relación a los factores no modificables asociados a los reingresos hospitalarios, se puede identificar los pacientes con dichas características y poner mayor atención al seguimiento posterior al alta de estos pacientes para evitar y detectar recaídas en fases iniciales y evitar la necesidad de rehospitalización.

Dado el alto costo de los reingresos hospitalarios, es prioritario elaborar estrategias de prevención de acuerdo al tipo de factor de riesgo, ya sea relacionado con el paciente o con la atención hospitalaria, logrando así mejorar la calidad en la atención.

4.8 Futuras Investigaciones

Dado que éste estudio sólo se enfoca en la perspectiva del IMSS como pagador de prestaciones médicas y económicas se propone para futuras investigaciones desde la perspectiva social que incluya los costos directos no médicos y costos indirectos para la familia.

Otra línea de investigación que se sugiere en esta área es aquella que nos permita la elaboración de un Índice de riesgo de reingreso hospitalario psiquiátrico con la finalidad de mejorar la calidad asistencial, los resultados médicos y reducir los costos generados por los reingresos.

8. Peso: [][]
 01.Si [][][]kg 02. No registrado
9. IMC: [][][]kg/m²

HOJA DE INGRESO

• **DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

10. Fecha de nacimiento: [][]-[][]-[][][][](día-mes-año)
11. Lugar de residencia: [][]
 01.Ciudad de México 02. Edomex 03. Otro _____ 04. No registrado
12. Edad: [][]años
13. Sexo: [][]
 01.Femenino 02. Masculino
14. Escolaridad: [][]
 01.Analfabeta 02. Primaria completa 03. Primaria incompleta 04. Secundaria completa 05. Secundaria incompleta 06. Bachillerato completo 07. Bachillerato incompleto 08. Carrera técnica o comercial 09. Licenciatura completa 10. Licenciatura incompleta 11. Posgrado 12. No registrado
15. Estado Civil: [][]
 01.Soltero 02. Casado 03. Unión libre 04. Divorciado 05. Viudo 06. No registrado
16. Religión: [][]
 01.católica 02. Cristiana 03. Judía 04. Ninguna 05. No registrado 06. Otra: _____
17. Ocupación: [][]
 01.Negocio propio 02. Empleado IMSS (especifique) _____ 03. Empleado empresa privada (especifique) _____ 04. Profesionista independiente _____ 06. Otro _____ 07. No registrado
18. Número de hijos: [][]
 01.Si [] hijos 02. Sin hijos 03. No registrado

• **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

19. Diagnóstico psiquiátrico establecido antes de la Hospitalización índice: [][]
 01.Si (especifique) _____ 02. No 03. No registrado
20. Medicación del trastorno psiquiátrico establecido antes de la Hospitalización Índice (en los últimos seis meses): [][]
 01.Si (tabla: medicamento, dosis) 02. No 03. No registrado

Medicamento	Dosis/día	Medicamento	Dosis/día	Medicamento	Dosis/día

21. Apego a tratamiento establecido previo a la hospitalización índice: [][]
 01.Si 02. No 03. No registrado
22. Edad de la primera hospitalización psiquiátrica: [][]
 01.Si [][] años 02. Ninguna hospitalización previa 03. No registrado
23. Diagnóstico de la primera hospitalización psiquiátrica: [][]
 01.Si _____ 02. No hay hospitalización previa 03. No registrado
24. Número de hospitalizaciones previas por el mismo diagnóstico: [][]
 01.Si (cuántas) _____ 02. Ninguna 03. No registrado
25. Consumo de sustancias psicoactivas previas a la Hospitalización Índice: [][]
 01.Si 02. No 03. No registrado
26. Tipo(s) de sustancia(s) psicoactiva(s) que ha consumido y edad de inicio del consumo:

Sustancia	Edad inicio	Sustancia	Edad inicio	Sustancia	Edad inicio

27. Consumo actual de sustancia(s) psicoactiva(s): [][]
 01.Si 02. No 03. No registrado
28. Sustancias psicoactivas que consume actualmente y tipo de consumo (especificar en tabla):
 01.Consumo único 02. Consumo perjudicial 03. Síndrome de dependencia 04. Otro _____ 05. No registrado

Sustancia	Tipo consumo	Sustancia	Tipo consumo	Sustancia	Tipo consumo

29. Enfermedad médica no psiquiátrica previa a la Hospitalización Índice: [][]
 01.Si _____ 02. No 03. No registrado
30. Medicación en caso de enfermedad médica no psiquiátrica: [][]
 01.Si 02. No 03. No aplica 04. No registrado
31. Apego a tratamiento médico no psiquiátrico: [][]
 01.Si 02. No 03. No aplica 04. No registrado
32. Familiares con diagnóstico psiquiátrico: [][]
 01.Si (quién y diagnóstico) _____ 02. No 03. No registrado

33. Familiares hospitalizados por diagnóstico psiquiátrico:
 01. Si (quién y diagnóstico) _____ 02. No 03. No registrado

• **DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN ÍNDICE**

34. Diagnóstico(s) de ingreso (CIE-10): / /
 Diagnóstico (s): _____
 35. Tiempo de evolución:
 01. Si _____ (tiempo en meses o años) 02. No especificado 03. No registrado

HOJAS DE EVOLUCIÓN

36. Apego a tratamiento durante la hospitalización:
 01. Si 02. No 03. No registrado
 37. Se le dio terapia electroconvulsiva durante la hospitalización:
 01. Si 02. No 03. No registrado
 38. Ameritó alguna interconsulta durante la hospitalización:
 01. Si 02. No 03. No registrado

Servicio	Si	No
Neurología		
Medicina Interna		
Traslado a otra unidad		
Internamiento en otra unidad		

39. Permiso terapéutico durante la hospitalización:
 01. Si (cuantos días) _____ 02. No

HOJA DE ALTA

40. Fecha de alta: (día-mes-año)
 41. Tipo de egreso:
 01. Otra unidad 02. Unidad de Adscripción 03. Consulta externa 05. Defunción 06. No registrado
 42. Motivo de alta:
 01. Curación 02. Traslado 03. Abandono 04. No amerita tratamiento 05. Voluntaria 06. Mejoría 07. Administrativa 08. No registrado
 43. Días de estancia intrahospitalaria: días
 44. Diagnóstico principal de alta (CIE-10):
 Diagnóstico: _____
 45. Diagnósticos secundarios de alta: _____
 46. Tratamiento de alta:

Medicamento	Dosis/día	Medicamento	Dosis/día

47. Se indicó cita de seguimiento posterior al alta en consulta externa del HRPHTA:
 01. Si 02. No
 48. Recomendación de incorporarse a Hospital Parcial al alta:
 01. Si 02. No
 49. ¿Qué pronóstico le fue dado al paciente al ser dado de alta?
 01. Bueno 02. Malo 03. Reservado a evolución y apego a tratamiento 04. Otro _____ 05. No registrado

HOJAS DE LABORATORIOS (INGRESO ÍNDICE)

50. Glucosa:
 01. Si mg/dl 02. No registrado
 51. Colesterol:
 01. Si mg/dl 02. No registrado
 52. Triglicéridos:
 01. Si mg/dl 02. No registrado

HOJA DE TRABAJO SOCIAL (INGRESO ÍNDICE)

53. Tipo de hogar:
 01. Familiar (nuclear, ampliado y compuesto) 02. No familiar (hogar unipersonal y corresidente) 03. No registrado
 54. Familiar responsable:
 01. Mamá 02. Papá 03. Esposa(o) 04. Hijo(a) 05. Hermano(a) 06. Ninguno 07. Otro: _____ 08. No registrado
 55. Nivel Socioeconómico:
 01. Alto 02. Medio 03. Bajo 04. No registrado

HOJA DE REGISTRO DE INCAPACIDADES

- 56. Número de incapacidades otorgadas durante el internamiento (incluyendo si se da alguna al ser dado de alta el paciente):
- 57. Folio de incapacidad 1:
- 58. Fecha de inicio de la incapacidad 1: (día-mes-año)
- 59. Fecha de término de la incapacidad 1: (día-mes-año)
- 60. Número de días autorizados de incapacidad 1: días
- 61. Matrícula del médico que otorgó la incapacidad:
- 62. Folio de incapacidad 2:
- 63. Fecha de inicio de la incapacidad 2: (día-mes-año)
- 64. Fecha de término de la incapacidad 2: (día-mes-año)
- 65. Número de días autorizados de incapacidad 2: días
- 66. Matrícula del médico que otorgó la incapacidad:
- 67. Folio de incapacidad 3:
- 68. Fecha de inicio de la incapacidad 3: (día-mes-año)
- 69. Fecha de término de la incapacidad 3: (día-mes-año)
- 70. Número de días autorizados de incapacidad 3: días
- 71. Matrícula del médico que otorgó la incapacidad:
- 72. Total de días otorgados de incapacidad: días

HOJA DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

- 73. Hoja de conciliación de medicamentos:
 01.Si 02. No
- 74. En la hoja de conciliación se encuentran llenados los campos de reacciones adversas e interacciones de medicamentos:

 01.Si 02. No 03. No aplica

CONSULTAS DE SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HRPHTA DADAS ENTRE EL INGRESO INDICE Y EL REINGRESO

HOJAS MÉDICAS

- 75. ¿El paciente tuvo consulta de seguimiento por consulta externa posterior al alta en el HRPHTA?
 01.Si 02. No
- 76. ¿Cuántas consultas de seguimiento por consulta externa tuvo posterior al alta en el HRPHTA?
- 77. ¿Las consultas de seguimiento fueron otorgadas por el mismo médico tratante que estuvo a cargo del paciente durante el internamiento?
 01.Si 02. No 03. No aplica
- 78. ¿El paciente tuvo apego a tratamiento psicofarmacológico durante las consultas de seguimiento posteriores al alta?
 01.Si 02. No 03. No aplica 04. No registrado
- 79. ¿Qué pronóstico le fue dado al paciente en la última consulta de seguimiento?
 01.Bueno 02. Malo 03. Reservado a evolución y apego a tratamiento 04. Otro _____ 05. No aplica
 06. No registrado

REINGRESO _____ DE _____

REINGRESO

HOJA DE ADMISIÓN CONTINUA DEL REINGRESO

- 80. Fecha de reingreso: (día-mes-año)
- 81. Valoración en el Servicio de Admisión Continua:
 01.Si 02. No
- 82. Lugar de referencia:
 01.HGZ consulta externa(CE)___ 02.HGZ Urg. ___ 03.UMF CE___ 04.UMF Urg. ___ 05.HGR CE 06.HGR Urg.
 07.Espontáneo 08. HPFBA 09. INPJRF 10. Otro _____ 11. No registrado
- 83. Motivo de la referencia:
 01.Falta de respuesta favorable al tratamiento 02. Presencia de complicaciones 03. Requiere estudios auxiliares de diagnóstico 04. Complementación diagnóstica 05. Falta de adherencia terapéutica 06. Tratamiento especializado 07. Primer episodio 08. Efecto adverso de la medicación psiquiátrica previa 09. El paciente cuenta con derechohabiencia 10. Paciente espontáneo 11. Otro _____ 12. No registrado
- 84. Tipo de ingreso:
 01.Voluntario 02. Involuntario
- 85. Motivo de ingreso:

01. Síntomas psicóticos 02. Riesgo suicida 03. Riesgo homicida 04. Exacerbación de trastorno psiquiátrico ya existente
 05. Evolución desfavorable 06. Falta de adherencia terapéutica 07. Efecto adverso de la medicación 08. Por falta de seguimiento 09. Otro _____ 10. No registrado

HOJA DE INGRESO

• **DATOS DEL REINGRESO**

- 86. Lugar de residencia: [][]
 01. Ciudad de México 02. Edomex 03. Otro _____ 04. No registrado
- 87. Edad: [][] años
- 88. Estado Civil: [][]
 01. Soltero 02. Casado 03. Unión libre 04. Divorciado 05. Viudo 06. No registrado
- 89. Religión: [][]
 01. católica 02. Cristiana 03. Judía 04. Ninguna 05. No registrado 06. Otra: _____
- 90. Ocupación: [][]
 01. Negocio propio 02. Empleado IMSS (especifique) _____ 03. Empleado empresa privada (especifique) _____ 04. Profesionalista independiente _____ 06. Otro _____ 07. No registrado
- 91. Número de hijos: [][]
 01. Si [] hijos 02. Sin hijos 03. No registrado
- 92. Diagnóstico(s) de ingreso (CIE-10): [][][][][][][]
 Diagnóstico(s): _____
- 93. Tiempo de evolución: [][]
 01. Si _____ (tiempo en meses o años) 02. No especificado 03. No registrado
- 94. Mismo diagnóstico de reingreso que el ingreso previo: [][]
 01. Si 02. No
- 95. Número de hospitalizaciones previas por el mismo diagnóstico: [][]
 01. Si (cuántas) _____ 02. No 03. No registrado
- 96. Apego a tratamiento establecido durante el periodo entre la hospitalización previa y el reingreso: [][]
 01. Si 02. No 03. No registrado
- 97. Talla: [][]
 01. Si [][][] cm 02. No registrado
- 98. Peso: [][]
 01. Si [][][] kg 02. No registrado
- 99. IMC: [][][] kg/m²
- 100. Consumo actual de sustancia(s) psicoactiva(s): [][]
 01. Si 02. No 03. No registrado
- 101. Sustancias psicoactivas que consume actualmente y tipo de consumo (especificar en tabla):
 01. Consumo único 02. Consumo perjudicial 03. Síndrome de dependencia 04. Otro _____ 05. No registrado

Sustancia	Tipo consumo	Sustancia	Tipo consumo	Sustancia	Tipo consumo

- 102. Enfermedad médica no psiquiátrica previa a la Hospitalización Índice: [][]
 01. Si _____ 02. No 03. No registrado
- 103. Medicación en caso de enfermedad médica no psiquiátrica: [][]
 01. Si 02. No 03. No aplica 04. No registrado
- 104. Apego a tratamiento médico no psiquiátrico: [][]
 01. Si 02. No 03. No aplica 04. No registrado

HOJA DE TRABAJO SOCIAL (REINGRESO)

- 105. Tipo de hogar: [][]
 01. Familiar (nuclear, ampliado y compuesto) 02. No familiar (hogar unipersonal y corresidente) 03. No registrado
- 106. Familiar responsable: [][]
 01. Mamá 02. Papá 03. Esposa(o) 04. Hijo(a) 05. Hermano(a) 06. Ninguno 07. Otro: _____ 08. No registrado
- 107. Nivel Socioeconómico: [][]
 01. Alto 02. Medio 03. Bajo 04. No registrado

HOJAS DE LABORATORIO (REINGRESO)

- 108. Glucosa: [][]
 01. Si [][][] mg/dl 02. No registrado
- 109. Colesterol: [][]
 01. Si [][][] mg/dl 02. No registrado
- 110. Triglicéridos: [][]
 01. Si [][][] mg/dl 02. No registrado

HOJAS DE EVOLUCIÓN (REINGRESO)

111. Medicación durante la hospitalización:

Medicamento	Dosis/día	Vía admón.	# de días	Cantidad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Sandoval De Escurdia JM, Richard Muñoz MP. La Salud Mental en México [Internet]. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. Cámara de Diputados. México: 2005 [Consultado: 12 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- ² Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental [Internet]. Suiza:OMS; 2004 [Consultado: 12 de abril del 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- ³ Organización Mundial de la Salud. El Contexto de la Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de la Salud Mental [Internet]. España: Editores Médicos, s.a. EDIMSA; 2005 [Consultado: 12 de abril del 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/Maqueta_OMS_Contexto_Ind.pdf
- ⁴ Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Trastornos mentales. Nota descriptiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 [Consultado: 25 de junio del 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- ⁵ Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basaurí V, Galván Reyes J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? Rev. Panam Salud Publica. 2013;33(4):252–8.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país [Internet]. Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo. EB130/9. 130.^a reunión. 1 de diciembre de 2011 [Consultado: 12 de abril del 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-sp.pdf
- ⁷ Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et. al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013; 382: 1575–86
- ⁸ Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, Medina-Mora ME, Borges G, Nagavi M, Wang H, Vos T, López AD, Murray CJL. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y los desafíos para el sistema de salud en México. Salud Publica Mex 2013; 55:580-594.
- ⁹ Institute of Health Metrics and Evaluation. [sitio de internet]. Estados Unidos: IHME; 2017 [Consultado: 26 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.healthdata.org/mexico>

¹⁰ Instituto Mexicano del Seguro social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro social. 2015-2016. México: IMSS; 2016.

¹¹ Prieto L, Sacristán JA, Pinto JL, Badiac X, Atoñanzas F, Llano J. Análisis de costes y resultados en la evaluación económica de las intervenciones sanitarias. *Med Clin (Barc)* 2004;122(11):423-9.

¹² Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 4th ed. Nueva York: Oxford University Press; 2005. 464p.

¹³ Nevárez Sida A, Valencia Huarte E, Escobedo Islas O, Constantino Casas P, Verduzco Fragoso W, León González G. Costo-efectividad de dos esquemas de atención psiquiátrica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(5):506-13.

¹⁴ Lara Muñoz MC, Robles García R, Orozco R, Real T, Chisholm D, Medina-Mora ME. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*. 2010; 33:301-8.

¹⁵ Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jonsson B. The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology* 2012; 19:155–162.

¹⁶ Trautmann, S., Rehm, J. and Wittchen, HU. (2016), The economic costs of mental disorders. *EMBO rep*, 17: 1245–1249.

¹⁷ Heinze G, Chapa G, Santisteban JA, Vargas I. Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. *Salud Mental*. 2012; 35:279-85.

¹⁸ Lara Muñoz MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*. 2007;30(5):4-11.

¹⁹ Harvard Health Publications. Harvard Medical School. [sitio de internet]. Mental health problems in the workplace. Estados Unidos: Harvard University; 2010. [Consultado: 27 de junio del 2017]. Disponible en: http://www.health.harvard.edu/newsletter_article/mental-health-problems-in-the-workplace

²⁰ Health and Safety Executive. [sitio de internet]. Work related Stress, Anxiety and Depression Statistics in Great Britain 2016. Gran Bretaña: HSE; 2016 [Consultado: 27 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress/stress.pdf>

²¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. Ley del Seguro Social. México: Diario Oficial de la Federación; 1973 (última reforma 29/12/1994).

²² Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Institucional 2014-2018 (PIIMSS 2014-2018). México: Diario Oficial de la Federación; 2013.

²³ Instituto Mexicano del Seguro Social. [sitio de internet]. Reglamento de Prestaciones Médicas. México: Diario Oficial de la Federación; 2006. [Consultado: 27 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4045.pdf>

²⁴ Echevarría Zuno S, Mar Obeso AJ, Borja Aburto VH, Méndez Bueno FJ, Aguilar Sánchez L, Rascón Pacheco RA. La incapacidad temporal para el trabajo desde la perspectiva médica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009;47(5):565-574.

²⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2008. Capítulo I.3 Enfermedades asociadas a las adicciones. México; 2008.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Secretaría de Salud de México. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México [Internet]. México: IESM-OMS; 2011 [Consultado: 12 de abril del 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf

²⁷ Federación Mundial para la Salud Mental. Salud mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental [Internet]. Estados Unidos: Federación Mundial para la Salud Mental;2009. [Consultado: 28 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.unibe.edu.do/sites/default/files/internados/Psiquiatria-en-Atencion-Primaria.pdf>

²⁸ Weiss C, Santander J, Aedo I, Fuentes X. Caracterización de las readmisiones precoces en la hospitalización psiquiátrica. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2013; 51 (4): 239-44.

²⁹ Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social. México; 2004.

³⁰ Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. Programa sectorial de salud [Internet]. México: 2013 [Consultado: 12 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html>

³¹ Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco J, Fleiz Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003; 26(4):1-16.

³² Valencia Collazos M. Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Salud Mental. 2007;30(2):75-80.

-
- ³³ Heinze G, Chapa G, Carmona-Huerta J. Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016 *Salud Mental*. 2016;39(2):69-76.
- ³⁴ Marqués JA, Guerrero M. Reingresos hospitalarios y calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17(2):61-3.
- ³⁵ Estrada Reventós D, López Poyato M, Martín Robles E, Soriano Giménez RM, Grau-Junyent JM. Reingresos hospitalarios no programados. *Revista de Calidad Asistencial*. 2014; 29(1):59-60.
- ³⁶ Lana F, Fernández San Martín MI, Vinué JM. Variabilidad en la práctica médico-psiquiátrica evaluada mediante el estudio de los reingresos psiquiátricos a corto plazo. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32(6):340-45.
- ³⁷ Jaramillo LE, Sánchez R, Herazo MI. Factores relacionados con el número de rehospitalizaciones en pacientes psiquiátricos. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2011;40(3):409-19.
- ³⁸ Sánchez R, Jaramillo, LE, Herazo MI. Factores asociados a rehospitalización temprana en psiquiatría. *Biomédica*. 2013;33(2):276-82.
- ³⁹ Caballero A, Ibañez Pinilla M, Suárez Mendoza IC, Acevedo Peña JR. Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(7):1-12.
- ⁴⁰ Caballero A, Carrillo P, Suárez IC, Ibañez M, Acevedo JR, Bautista OP. Características y factores pronósticos de reingresos hospitalarios en pacientes afiliados a la Organización Sanitas Internacional durante el año 2008. *Rev. Medica Sanitas*. 2011;14(2):12-26.
- ⁴¹ Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, Haaramo P, Amaddeo F. Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):449.
- ⁴² Monnelly EP. Instability before discharge and previous psychiatric admissions as predictors of early readmission. *Psychiat Serv*. 1997; 48:1584-6.
- ⁴³ Wong YC, Chung DWS. Characteristics and outcome predictors of conditionally discharged mental patients in Hong Kong. *Hong Kong J Psychiatry*. 2006; 16:109-16.
- ⁴⁴ Moos RH, Mertens JR, Brennan PL. Program characteristics and readmission among older substance abuse patients: comparisons with middle-aged and younger patients. *J Ment Health Admin*. 1995; 22:332-45.
- ⁴⁵ Snowden MB, Walaszek A, Russo JE, Comtois KA, Srebnik DS, Ries RK, Roy-Byrne P. Geriatric patients improve as much as younger patients from hospitalization on general psychiatric units. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 23:1676-80.

-
- ⁴⁶ Schoenbaum SC, Cookson D, Stelovich S. Postdischarge follow-up of psychiatric inpatients and readmission in an HMO setting. *Psychiatr Serv.* 1995; 46:943–5.
- ⁴⁷ Mark TL, Tomic KS, Kowlessar N, Chu BC, Vandivort-Warren R, Smith S. Hospital readmission among medicaid patients with an index hospitalization for mental and/or substance use disorder. *J Behav Health Serv Res.* 2013; 40(2):207-21.
- ⁴⁸ Callaly T, Trauer T, Hyland M, Coombs T, Berk M. An examination of risk factors for readmission to acute adult mental health services within 28 days of discharge in the Australian setting. *Australasian Psychiatry.* 2011; 19(3):221–5.
- ⁴⁹ Bowersox NW, Saunders SM, Berger BD. Predictors of rehospitalization in high-utilizing patients in the VA psychiatric medical system. *Psychiatr Quart.* 2012; 83:53-64.
- ⁵⁰ Saleh ES, El-Hadidy MA. Predictors of psychiatric early readmission in Two Arab hospitals. *Arab J Psychiatry.* 2012; 23:12–21.
- ⁵¹ Owen C, Rutherford V, Jones M, Tennant C, Smallman A. Psychiatric rehospitalization following hospital discharge. *Community Ment Hlt J.* 1997; 33:13–24.
- ⁵² Callaly T, Hyland M, Trauer T, Dodd S, Berk M. Readmission to an acute psychiatric unit within 28 days of discharge: identifying those at risk. *Aust Health Rev.* 2010; 34:282–5.
- ⁵³ Cummings SM. Adequacy of discharge plans and rehospitalization among hospitalized dementia patients. *Health Soc Work.* 1999; 24:249–59.
- ⁵⁴ Hendryx MS, Russo JE, Stegner B, Dyck DG, Ries RK, Roy-Byrne P. Predicting rehospitalization and outpatient services from administration and clinical databases. *J Behav Health Serv Res.* 2003; 30(3):342–51.
- ⁵⁵ Lin HC, Tian WH, Chen CS, Liu TC, Tsai SY, Lee HC. The association between readmission rates and length of stay for schizophrenia: a 3-year population based study. *Schizophr Res.* 2006; 83:211–4.
- ⁵⁶ Carr VJ, Lewin TJ, Sly KA, Conrad AM, Tirupati S, Cohen M, et al. Adverse incidents in acute psychiatric inpatient units: rates, correlates and pressures. *AustNz J Psychiat.* 2008; 19:267–82.
- ⁵⁷ Šprah L, ZvezdanaDernovšek M, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: A systematic literature review. *BMC Psychiatry.* 2017; 17:2.
- ⁵⁸ Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F. Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *Am J Psychiatry.* 1997; 154:337–40.

-
- ⁵⁹ Kim HM, Pfeiffer P, Ganoczy D, Valenstein M. Intensity of outpatient monitoring after discharge and psychiatric rehospitalization of veterans with depression. *Psychiat Serv.* 2011; 62:1346–52.
- ⁶⁰ Zeff KN, Armstrong SC, Crandell EO, Folen RA. Characteristics associated with psychiatric readmission in active-duty patients. *Hosp Community Psych.* 1990; 41:91–3.
- ⁶¹ Zhou Y, Ning Y, Fan N, Mohamed S, Rosenheck RA, He H. Correlates of readmission risk and readmission days in a large psychiatric hospital in Guangzhou, China. *Asia Pac Psychiatry.* 2014; 6:342–9.
- ⁶² Donisi V, Tedeschi F, Salazzari D, Amaddeo F. Pre- and post-discharge factors influencing early readmission to acute psychiatric wards: implications for quality-of-care indicators in psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016; 39:53-8.
- ⁶³ Hendryx MS, Moore R, Leeper T, Reynolds M, Davis S. An examination of methods for risk-adjustment of rehospitalization rates. *Ment Health Serv Res.* 2001; 3:15–24.
- ⁶⁴ Russo J, Roy-Byrne P, Jaffe C, Ries R, Dagadakis C, Avery D. Psychiatric status, quality of life, and level of care as predictors of outcomes of acute inpatient treatment. *Psychiat Serv.* 1997; 48:1427–34.
- ⁶⁵ Dixon M, Robertson E, George M, Oyebo F. Risk factors for acute psychiatric readmission. *Psychiatr Bull.* 1997; 21:600–3.
- ⁶⁶ Ng CG, Loh HS, Yee HA. The prevalence and associated factors of psychiatric early readmission in a teaching hospital, Malaysia. *Malaysian J Psych.* 2012; 21:54–66.
- ⁶⁷ Craig TJ, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Bromet EJ. Rapid versus delayed readmission in first-admission psychosis: quality indicators for managed care? *Ann Clin Res.* 2000; 12:233–8.
- ⁶⁸ Morrow-Howell NL, Proctor EK, Blinne WR, Rubin EH, Saunders JA, Rozario PA. Post-acute dispositions of older adults hospitalized for depression. *Aging Ment Health.* 2006; 10:352–61.
- ⁶⁹ Sfetcu R, Musat S, Haaramo P, Ciutan M, Scintee G, Vladescu C, Wahlbeck K, Katschnig H. Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):227
- ⁷⁰ Silva NC, Bassani DG, Palazzo LS. A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions. *Psychiatr Serv.* 2009;60(6):786–91.
- ⁷¹ Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv.* 2000;51(7):885–9.
- ⁷² Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H, Leake B. Identifying modifiable risk

factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Am J Psychiatry*. 1995;152(12):1749–56.

⁷³ Suzuki Y, Yasumura S, Fukao A, Otani K. Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;57(6):555–61.

⁷⁴ Martínez EA, Aranaz J. ¿Existe relación entre el reingreso hospitalario y la calidad asistencial? *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(2):79-86.

⁷⁵ Diario Oficial de la Federación. Acuerdo relativo a la aprobación de los costos unitarios por Nivel de Atención Médica para el ejercicio fiscal 2016 [Internet]. México: Secretaría de Gobernación; 2016 [Consultado: 20 de junio del 2016] Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342538&fecha=29/04/2014

⁷⁶ Vittinghoff E, Glidden DV, Shiboski SC, et al. Basic statistical methods (chapter 3). In: Gail M, Krickeberg K, Samet J, Tsiatis A, Wong W, *Regression Methods in Biostatistics: Linear, Logistic, Survival, and Repeated Measures Models*. New York: Springer; 2005. pp. 29-68.

⁷⁷ Barber J, Thompson S. Multiple regression of cost data: use of generalized linear models. *J Health Serv Res Policy* 2004; 9:197-204.

⁷⁸ Byrne SL, Hooke GR, Page AC. Readmission: A useful indicator of the quality of inpatient psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*. 2010; 126:206–213.

⁷⁹ Lin CH, Chen WL, Lin CM, Lee MD, Ko MC, Li YC. Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan. *Clinics*. 2010;65(5):481-9

⁸⁰ Vigod SN, Kurdyak PA, Seitz D, Herrmann N, Fun et al. READMIT: A clinical risk index to predict 30-day readmission after discharge from acute psychiatric units. *Journal of Psychiatric Research*. 2015; 61:205-213.

⁸¹ Bernardo AC, Forchuk C. Factors Associated with Readmission to a Psychiatric Facility. *Psychiatric Services*. 2001;52(8):1100-2.

⁸² Clements KM, Murphy JM, Eisen SV, Normand ST. Comparison of self-report and clinician-rated measures of psychiatric symptoms and functioning in predicting 1-year hospital readmission. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res*. 2006; 33:568–77.

⁸³ Obando G. Factores clínicos relacionados con el reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. *Medicina Legal de Costa Rica-Edición Virtual*. [Internet]. 2015 [Consultado: 12 de mayo del 2017]; 32(2). Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n2/art02v32n2.pdf>

-
- ⁸⁴ Moss J, Li A, Tobin J, Weinstein IS, Harimoto T, Lanctôt KL. Predictors of readmission to a psychiatry inpatient unit. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55:426–30.
- ⁸⁵ Lorine K, Goenjian H, Kim S, Steinberg AM, Schmidt K, Goenjian AK. Risk Factors Associated with Psychiatric Readmission. *J Nerv Ment Dis*. 2015; 203: 425–430.
- ⁸⁶ Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, et al. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalization. *Br J Psychiatry*. 2009; 194:49-54
- ⁸⁷ Jiménez Puente A, García Alegría J, Gómez Aracena J, Hidalgo Rojas L, Lorenzo Nogueiras L, Fernández-Crehuet Navajas J. Análisis de las causas de los reingresos en un hospital de agudos y su evitabilidad potencial. *Med Clin (Barc)* 2002;118(13):500-5
- ⁸⁸ Caycedo ML, Herrera S, Offir-Jiménez K. Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental. *Rev. Cienc. Salud* 2011;9(2):141-158.
- ⁸⁹ Tulloch AD, David AS, Thornicroft G. Exploring the predictors of early readmission to psychiatric hospital. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25(2):181-193.
- ⁹⁰ Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T, Helenius H. Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33(11):528-34.
- ⁹¹ Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry*. 1999; 156:1968-75.
- ⁹² Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hübner-Liebermann B, et al. The Revolving Door Phenomenon Revisited: Time to Readmission in 17'415 Patients with 37'697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e75612.
- ⁹³ Sharma V, Marin DB, Koenig HK, Feder A, Iacoviello BM, Southwick, SM, Pietrzak RH. Religion, spirituality, and mental health of U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study *Journal of Affective Disorders*. 2017; 217:197–204
- ⁹⁴ AbdelGawad N, Chotalia J, Parsaik A, Pigott T, Allen M. Religiosity in Acute Psychiatric Inpatients Relationship with Demographics, Clinical Features, and Length of Stay. *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(6):448-452.
- ⁹⁵ Casella C, Loch A. Religious affiliation as a predictor of involuntary psychiatric admission: a brazilian 1-year follow-up study. *Front Public Health*. 2014;2:102.
- ⁹⁶ Ono T, Tamai A, Takeuchi D, Tamai Y. Factors related to readmission to a Ward for dementia patients: Sex differences. *PsychiatClin Neuros*. 2011; 65:490–8.

-
- ⁹⁷ Picker D, Heard K, Bailey TC, Martin NR, LaRossa GN, Kollef MH. The number of discharge medications predict thirty-day hospital readmission: a cohort study. *BMC Health Services Research*. 2015;15:282
- ⁹⁸ Al Hamid A, Ghaleb M, Aljadhey H, Aslanpour Z. A systematic review of hospitalization resulting from medicine-related problems in adult patients. *Br J Clin Pharmacol*. 2014; 78(2):202-217
- ⁹⁹ Toh MR, Teo V, Kwan YH, Raaj S, Tan SY, Tan JZ. Association between number of doses per day, number of medications and patient's non-compliance, and frequency of readmissions in a multi-ethnic Asian population. *Prev Med Rep*. 2014; 1:43-47
- ¹⁰⁰ Korkeila JA, Karlsson H, Kujari H. Factors predicting readmissions in personality disorders and other nonpsychotic illnesses. A retrospective study on 64 first-ever admissions to the Psychiatric Clinic of Turku, Finland. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;92(2):138-44.
- ¹⁰¹ Correll CU, Ng-Mak DS, Stafkey Mailey D, Farrelly E, Rajagopalan K, Loebel A. Cardiometabolic comorbidities, readmission, and costs in schizophrenia and bipolar disorder: a real-world analysis. *Ann Gen Psychiatry*. 2017:16-9.
- ¹⁰² Albarrán Ledezma A J, Macías Terriquez M A, Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*. 2007;IX(2):118-124.
- ¹⁰³ Morago P. Tratamiento comunitario asertivo: práctica, consideraciones éticas y rol del trabajador social. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2006;7(19):7-23.