



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Factores que influyen en la rehospitalización en pacientes y sus cuidadores del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Presenta la Tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría

Valeria Montserrat Cardoso Barajas

Nombre

Asesor Teórico

Martínez Bustamante Xóchitl

Nombre

Asesor Metodológico

Vera Flores Pablo



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis asesores de tesis, por ayudarme a aclarar mis ideas cuando ni yo sabía que intentaba decir, por no aceptar mis excusas todas las veces que me atrasé en la realización del proyecto y por el tiempo que pasaron conmigo haciéndome correcciones y aclarando mis dudas.

A mi familia, por siempre brindarme su apoyo. A mi papá, al que le tocó acompañarme todas las tardes a buscar pacientes a urgencias, el que me consoló todas las veces que lloré porque pensé que no lo lograría, el que encontró siempre una solución cuando encontraba un nuevo obstáculo. A mi mamá, por siempre tener una palabra de aliento y no dejar que me diera por vencida. A mis hermanas, quienes incluso con humor me recordaban siempre que podían que me tenía que poner a trabajar.

A Karla, por motivarme a sacar adelante el proyecto, por regañarme y apapacharme siempre que lo necesité, por recordarme que nada es imposible cuando te esfuerzas.

Y finalmente, a Pablo, por ser mi apoyo todas las veces que sentí que ya no podía más, por confiar en mí cuando ni yo misma lo hacía. Gracias por seguir compartiendo el viaje conmigo.

i. ÍNDICE

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| i. ÍNDICE | 3 |
| ii. Lista de tablas y gráficos. | 4 |
| iii. Lista de abreviaturas | 5 |
| iv. Resumen..... | 6 |
| 1. Introducción..... | 7 |
| 2. Marco teórico..... | 9 |
| 3. Método..... | 15 |
| 3.2 Justificación | 15 |
| 3.3 Planteamiento del problema..... | 16 |
| 3.4 Pregunta de investigación | 16 |
| 3.5 Objetivos | 16 |
| 3.6 Hipótesis | 17 |
| 3.7 Variables | 17 |
| 3.8 Muestra | 20 |
| 3.9 Criterios de selección..... | 20 |
| 3.10 Tipo de estudio..... | 21 |
| 3.11 Instrumentos..... | 21 |
| 3.12 Procedimiento | 22 |
| 3.13 Consideraciones éticas | 24 |
| 3.14 Análisis estadístico | 26 |
| 4. Resultados..... | 27 |
| 4.2 Características sociodemográficas de la muestra..... | 27 |
| 4.3 Características clínicas de la muestra | 29 |
| 4.4 Factores de riesgo | 36 |
| 5. Discusión | 38 |
| 6. Conclusiones..... | 43 |

| | |
|--|----|
| 7. Limitaciones | 45 |
| 8. Conflicto de intereses | 45 |
| 9. Referencias bibliográficas | 46 |
| 10. Anexos | 49 |
| 10.2 Anexo 1 Cédula de datos demográficos..... | 49 |
| 10.3 Anexo 2 Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit..... | 50 |
| 10.4 Anexo 3: Consentimiento informado..... | 51 |

ii. Lista de tablas y gráficos.

| | |
|--|----|
| Cuadro 1. Características demográficas de la muestra..... | 28 |
| Gráfico 1. Diagnóstico..... | 29 |
| Cuadro 2. Criterios de ingreso..... | 30 |
| Cuadro 3. Número de ingresos..... | 31 |
| Cuadro 4. Días de hospitalización..... | 32 |
| Cuadro 5. Costo de la hospitalización..... | 32 |
| Cuadro 6. Abandono de medicamentos..... | 32 |
| Cuadro 7. Consumo de sustancias..... | 33 |
| Cuadro 8. Puntaje en la escala de Zárit..... | 33 |
| Cuadro 9. Grado de desgaste..... | 33 |
| Gráfico 2. Tratamiento farmacológico..... | 34 |
| Gráfico 3. Servicio de seguimiento..... | 35 |
| Gráfico 4. Destino de los pacientes luego de su valoración en urgencias..... | 36 |
| Cuadro 10. Estimación de riesgo..... | 37 |

iii. Lista de abreviaturas

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México.

CAT: Clínica de Adherencia Terapéutica.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

CLINPAD: Clínica de Patología Dual.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

CISAME: Centro Integral de Salud Mental.

CLIFAM: Clínica de Terapia Familiar.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

iv. Resumen

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REHOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES Y SUS CUIDADORES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”.

El fenómeno de puerta giratoria como consecuencia de la desinstitucionalización de la psiquiatría es un problema latente en los hospitales de salud mental de todo el mundo. Dicho fenómeno no sólo afecta la salud y el pronóstico de nuestros pacientes, sino que también utiliza gran parte del presupuesto de la salud mental. Se realizó un estudio observacional, transversal, correlacional, con una muestra de 30 pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Dichos pacientes fueron seleccionados en el servicio de urgencias por contar con expediente en nuestro hospital y tener una hospitalización previa en el último año, además de presentar criterios de ingreso nuevamente durante su valoración. Se encontró que las características clínicas con mayores porcentajes fueron el abandono al tratamiento médico en un 63.4%, la sobrecarga intensa del cuidador observada en 77.8% y el llevar seguimiento en el servicio de consulta externa, encontrado en 73.3% de los pacientes. El único factor de riesgo asociado a la rehospitalización fue el desgaste intenso del cuidador, con una razón de momios de 3.

Palabras clave: puerta giratoria, reingresos hospitalarios, rehospitalización.

1. Introducción

La atención psiquiátrica ha avanzado dramáticamente en este siglo, especialmente desde la segunda guerra mundial. Este cambio ha sido posible gracias a la introducción de los antipsicóticos modernos, pero sobre todo a la desinstitucionalización, evento histórico ocurrido en los años 60 y cuyo objetivo era integrar a los pacientes psiquiátricos a la sociedad. (1) Varios han sido los acuerdos internacionales en derechos humanos donde se ha adquirido mayor compromiso internacional para la atención de los pacientes en Salud Mental. Un ejemplo, es la Declaración de Caracas de la Organización Mundial de la salud (OMS); firmada en 1990, en ella, uno de los puntos ratifica que la figura del hospital psiquiátrico debe ser un ente temporal que de paso a un modelo integrativo de atención comunitaria. (2) El uso de servicios ambulatorios como una alternativa al internamiento prolongado debía facilitar el acceso a los servicios de salud y reducir el estigma, sin embargo como consecuencia se redujeron el número de camas de los hospitales psiquiátricos, sin tomar en cuenta el crecimiento de la población y de las enfermedades mentales. (3)

Según el “Informe de Salud mundial 2001” de la OMS, alrededor de 450 millones de personas padecían trastornos mentales en ese año a nivel mundial. Estos trastornos representan no sólo una inmensa carga psicológica, social y económica, sino que también aumentan la morbilidad en general. En términos generales, una de cada cuatro personas desarrollará algún trastorno psiquiátrico en el transcurso de su vida. (4) Además, un amplio porcentaje de estos pacientes tendrán una enfermedad mental crónica, es decir, un trastorno mental grave de larga duración, lo que conlleva un grado variable de discapacidad y de disfunción social. (5) En este sentido, es esperable que las enfermedades con un curso

evolutivo crónico, acompañado por descompensaciones con sintomatología transitoria que requiere hospitalización, constituyan un terreno fértil para los reingresos frecuentes. (6) Es por esta razón que es tan importante la necesidad de ocupar los recursos destinados a la psiquiatría de una manera eficiente, intentando evitar gastos innecesarios.(7)

Los sistemas de salud mental intentan integrar a los individuos a la sociedad no sólo por el beneficio que esto representa para su salud, sino también porque la hospitalización representa la categoría más costosa de cuidado. (3) La hospitalización psiquiátrica ocurre por muchas razones, pero generalmente refleja la incapacidad del medio ambiente y del sistema de apoyo del individuo para atender sus necesidades, especialmente, aunque no sólo, en los episodios de exacerbación sintomática. (8)

Desgraciadamente es un fenómeno cada vez más frecuente la figura del paciente con múltiples y continuos ingresos, dicho fenómeno a consecuencia del proceso de desinstitucionalización y la adopción progresiva de un modelo de psiquiatría comunitaria. La rehospitalización puede representar entre el 37 y 60% de los pacientes psiquiátricos en el primer año posterior a su egreso, lo que en consecuencia 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 que tienen los pacientes. (9) La atención que se brinda en los hospitales psiquiátricos ha generado incertidumbre por el modelo tradicional de atención que ha sido pilar de la psiquiatría a los largo de los años, donde predominan las hospitalizaciones prolongadas en pacientes crónicos. (10)

2. Marco teórico

El estudio de las recaídas ha sido abordado en diversas ocasiones por parte de los investigadores que trabajan en el ámbito de la epidemiología, según distintos puntos de vista. (11) Algunos estudios estiman que las tasas de rehospitalización antes del año de haber egresado de una institución van del 40 a 50% y que de todos los pacientes evaluados en pabellones de pacientes psiquiátricos agudos el 50% ya habían estado hospitalizados previamente. (12) (13) El fenómeno de los reingresos hospitalarios tiene la consideración de un indicador de gran interés en la evaluación de la calidad prestada en los centros hospitalarios y debe llevar a plantearnos si el resultado, o incluso el proceso asistencial al que el paciente estuvo sometido fueron los apropiados. (14) En el momento en que el centro de gravedad pasó del hospital a la comunidad, los reingresos comenzaron a ser señalados como fallas y los reingresadores como pacientes problemáticos. (6)

El fenómeno del reingreso frecuente, también llamado “puerta giratoria” al hospital psiquiátrico, traducido del inglés “revolving door”, ha sido objeto de estudio durante décadas en el área de la salud. En la literatura se les denominó de diferentes maneras, como por ejemplo: recidivistas, reingresadores múltiples o frecuentes, pacientes con hospitalizaciones recurrentes, usuarios intensivos de los servicios de internación, entre muchos otros. Aunque lo cierto es que no hay un consenso en la definición operacional del término. Además, vale la pena mencionar que estos pacientes no constituyen una población homogénea, sino que puede ser dividida en subgrupos con características diferentes, marcando cuatro categorías de acuerdo a su diagnóstico: los trastornos de personalidad, límite y antisocial mayoritariamente; los trastornos psicóticos, siendo el principal diagnóstico la esquizofrenia; el trastorno bipolar y finalmente las demencias. (6)

Resulta apropiado, por lo tanto, en este momento definir algunos conceptos según lo reportado en la literatura. Nos referimos a reingreso como el episodio de hospitalización de un paciente que se produce en un período de tiempo determinado tras uno previo denominado ingreso índice. (14) Por otro lado, se define al paciente con reingresos frecuentes como aquel que cuenta con al menos 3 ingresos en un año calendario. (6) Una recaída se define como aquella situación en la que un paciente se ve afectado nuevamente por los síntomas de una misma enfermedad y se presenta cuando se da una nueva hospitalización entre los 31 días y los doce meses del egreso. Por su parte, un reingreso se trata de una nueva hospitalización dentro de los primeros 30 días después del egreso. (5) Finalmente, una rehospitalización hace referencia a la necesidad de internar nuevamente en el servicio de hospitalización a un paciente que ya había egresado por la misma causa y se toma en el periodo de un día a 365 días sin tener en cuenta el año calendario. (13)

Las rehospitalizaciones obedecen a un patrón multifactorial y no se deben relacionar solamente con la calidad de la atención en salud. Este fenómeno está asociado con diferentes factores sociodemográficos, características clínicas y antecedentes personales del paciente y ha sido objeto de investigación desde hace varios años en instituciones tanto públicas como privadas. (13) Como muchas otras enfermedades, las mentales tienen factores de riesgo que pueden prevenirse o reducirse. La comprensión de esos factores de riesgo proporciona un marco para estrategias de fomento en la salud mental y prevención de la enfermedad. En este sentido, un factor de riesgo puede considerarse como toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad, es decir, hace referencia a relaciones de causalidad. (5)

La mayoría de los estudios coinciden en que los predictores de reingresos más importantes son el número de ingresos previos, el incumplimiento terapéutico y el abuso de sustancias psicoactivas, existiendo discusión sobre cuál de ellos tiene más relevancia. (4) Además, intervienen factores relacionados con el comienzo y curso de la enfermedad, las características del cuadro psicopatológico, el tratamiento, el soporte social y las experiencias vitales. Algunos estudios han mostrado una mayor probabilidad de readmisión entre más ingresos previos tenga el paciente, especialmente en el último año; pobre adherencia al tratamiento, presencia de alguna discapacidad, uso patológico de sustancias, especialmente alcohol y nicotina; tratamientos intrahospitalarios de corta duración, tratamiento al egreso con antipsicóticos convencionales en lugar de atípicos, pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, uso de dosis bajas de antipsicóticos y exacerbación de los síntomas. (9) De la misma forma, los efectos adversos de los medicamentos influyen en las recaídas del paciente psiquiátrico. Igualmente el bajo estrato socioeconómico, menor edad de diagnóstico de la enfermedad mental, incumplimiento a las citas de seguimiento, pobre acompañamiento por parte de los familiares a las consultas y madre con enfermedad mental; han sido considerados como factores de riesgo. (15)

Diversos estudios relacionan a la familia y enfermedad crónica, ya que el soporte y el apoyo familiar pueden influir en el curso de la enfermedad, tanto de forma negativa como positiva. (16) En adultos mayores, por ejemplo, se ha encontrado que el mal funcionamiento familiar es un factor de riesgo para rehospitalización. En pacientes con trastorno límite de personalidad se ha visto asociación entre los reingresos y los problemas vinculares con los progenitores, así como rechazo a la persona durante la gesta o el nacimiento. (17) Por su parte, algunos estudios parecen sugerir que el incorporar a los

familiares del paciente dentro del esquema de tratamiento puede reducir el riesgo de rehospitalización. (18)

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas con enfermedad psiquiátrica; se estima que entre el 40 y 90% de las personas que sufren problemas mentales permanecen en contacto estrecho o viven con sus familiares. Las familias adoptan un papel activo en el cuidado de su familiar, compartiendo este cuidado con los profesionales de la salud. (19) Cuando un miembro de una familia tiene dificultades mentales, toda la familia se ve implicada, y debe adaptarse a las nuevas necesidades de su miembro enfermo. (16)

Para la familia el pariente enfermo es un integrante que trastorna la dinámica familiar, que mueve los afectos en forma polarizada; por un lado puede obtener una sobreprotección que lo hace sumamente dependiente y lo incapacita más, y por otro, obtiene el rechazo total de la familia, de tal manera que lo quieren depositar permanentemente en la institución. (20)

Las características clínicas de la enfermedad psiquiátrica generan un gran número de situaciones negativas, como dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento en la calidad de vida, aislamiento social que interfiere en el funcionamiento laboral, escolar y el propio hogar, lo que aumenta el nivel de estrés ya existente, convirtiéndose en un factor adicional de angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a ser considerado como precipitante de recaídas, exacerbación de síntomas y rehospitalización. (20) La convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos que en ocasiones pueden llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para

hacer frente a dichos problemas. Así mismo, en algunos casos esta situación puede dar lugar a una importante tensión y sobrecarga para las familias. (5)

El concepto de carga originalmente fue descrito en 1974 por Freudenberger e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias de afrontamiento para adaptarse a la situación, por ejemplo: actividades diarias que exigen una dependencia parcial o total del paciente hacia su cuidador, cambios conductuales del paciente, altos costos económicos y limitación de actividades propias que generen satisfacción personal. (21)

Se ha evidenciado que una percepción de carga con relación al cuidador por parte del receptor índice de una manera negativa en la recuperación del paciente; por ejemplo, en los casos de enfermedad de Alzheimer esta percepción contribuye a la progresión de la enfermedad. (21) La percepción que lo pacientes tienen de sus familiares puede ayudar a mejorar o empeorar el estado de salud del paciente, es decir, que la probabilidad de tener una recaída aumenta o disminuye si el familiar es percibido negativa o positivamente. (20)

Los frecuentes ingresos al hospital nos hacen pensar que existen factores que intervienen no sólo para evitar el control de la enfermedad del paciente, sino para facilitar sus constantes recaídas. Estos factores pueden estar presentes en el ambiente familiar, sobretodo en la emoción expresada por el familiar más cercano al paciente, o sea, las actitudes y conductas de éste hacia el enfermo, las cuales según varios estudios están asociadas con un alto riesgo de recaídas. (20)

A pesar de la gran variedad de estudios realizados para tratar de identificar factores sociodemográficos y clínicos asociados con la rehospitalización, los hallazgos no son consistentes. (9) Es por lo anterior que se hace necesario plantear una forma diagnóstica clara que logre evidenciar las características bio y psicosociales en el individuo que evitan el buen pronóstico de su enfermedad mental. (5) Conocer los factores de riesgo para rehospitalización es significativo por múltiples razones. Primero, conocer los factores de riesgo es relevante cuando se planea el alta de un paciente. En segunda, el conocimiento sobre el curso de las enfermedades psiquiátricas crónicas y los efectos del tratamiento deben utilizarse para la organización de los sistemas de salud y la asignación de los recursos destinados a la salud. Finalmente, los factores epidemiológicos son muy importantes cuando se trata de identificar los mecanismos neurobiológicos implicados en las enfermedades psiquiátricas. (22) Identificar e intervenir en los factores de riesgo modificables de hospitalización en pacientes psiquiátricos tenderá a disminuir las hospitalizaciones y rehospitalizaciones e igualmente favorecerá una evolución más satisfactoria de los pacientes, disminuirá el grado de deterioro y cronificación, además de mejorar su calidad de vida. (15)

3. Método

3.2 Justificación

Los reingresos hospitalarios son muy frecuentes en la mayoría de los hospitales psiquiátricos a nivel mundial, suponiendo un alto porcentaje de los pacientes que se hospitalizan en los servicios de dichos nosocomios. Según la literatura, se encontró que 82% de los casos con un primer episodio recae y el 75% tiene al menos un reingreso a hospitalización psiquiátrica. Este es un grave problema no sólo a nivel sanitario y social, sino que además a nivel económico, ya que dichos pacientes consumen un amplio número de los recursos destinados a la salud mental. Los costos directos asociados a enfermedad mental son un porcentaje significativo en el total de los costos de la salud y se estima en 1605 dólares por persona al año. (15)

Según un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el costo de hospitalización al día de un paciente en urgencias es de \$1,715.00, en cuidados intensivos \$2,052.00 y en hospitalización continua \$868.00. Además de que en promedio los días que un paciente que reingresa por exacerbación de síntomas permanece hospitalizado es de 42.5 si lleva su seguimiento en consulta externa, 12.5 si proviene de hospital de día y 25 si es atendido en CAT. (23)

Describir los factores asociados con la rehospitalización de pacientes en psiquiatría contribuye en la planificación del seguimiento e intervención sobre el problema. A pesar de que hay una gran variedad de estudios que buscan describir los factores socio-demográficos y clínicos asociados con la rehospitalización en psiquiatría los resultados no son extrapolables a los diferentes sistemas de salud, de allí la importancia de obtener datos

propios para tener un panorama específico de la realidad local y particular de cada contexto y de sus condiciones históricas. (13)

Además, es bien sabido que el número de ingresos hospitalarios de un paciente empeora su pronóstico, por lo que detener esta cadena de internamientos ayudaría a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y sus cuidadores. Es de vital importancia la información recogida sobre las readmisiones de pacientes psiquiátricos agudos para identificar una línea de base que permitirá generar estrategias para contener la exacerbación aguda de la patología mental y lograr una rápida reinserción del paciente a su entorno.

3.3 Planteamiento del problema

Es de vital importancia conocer qué factores se encuentran relacionados con los reingresos de los pacientes, en especial porque muchos de los factores descritos en la literatura son modificables, lo que significa que se puede incidir de manera directa sobre ellos para interrumpir el curso de las re hospitalizaciones. Esto se podría lograr creando estrategias encaminadas específicamente a estos factores modificables, lo que ayudaría a invertir los recursos de la salud mental de forma más eficiente.

3.4 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores asociados a la rehospitalización en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

3.5 Objetivos

General: Conocer los factores de riesgo asociados a la rehospitalización en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Específicos:

*Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con rehospitalización.

*Determinar la presencia de desgaste en los cuidadores y su relación con la rehospitalización.

*Conocer el número total de días de hospitalización de cada paciente que participe en el estudio, en los diferentes servicios con la finalidad de saber el costo aproximado que representa para el hospital.

*Analizar cuáles de los factores asociados encontrados en la literatura son más frecuentes en nuestra población hospitalaria.

3.6 Hipótesis

Existen múltiples factores de riesgo asociados a la rehospitalización, siendo los más frecuentes desgaste del cuidador, abandono del tratamiento médico y el consumo de sustancias psicoactivas.

3.7 Variables

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo | Instrumento | Indicador |
|----------|---|---|--------------|------------------------------|----------------------------------|
| Edad | Tiempo transcurrido entre el nacimiento y un momento concreto | Edad del paciente expresada en años cumplidos obtenida mediante la entrevista | Cuantitativa | Cédula de datos demográficos | Número entero mayor o igual a 18 |

| | | | | | |
|------------------------|--|---|---------|------------------------------|--|
| Sexo | Condición biológica que diferencia al macho de la hembra dentro de una especie | Sexo con el cual el paciente se siente identificado obtenido mediante la entrevista | Nominal | Cédula de datos demográficos | -Masculino -Femenino |
| Estado civil | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto | Estado civil mencionado por el paciente obtenido mediante la entrevista | Nominal | Cédula de datos demográficos | -Casado -Soltero -Divorciado -Separado -Unión libre |
| Diagnóstico de ingreso | Conocimiento diferencial que se obtiene del estado físico y psíquico del paciente mediante la observación de los signos y los síntomas de la enfermedad que presenta | Impresión diagnóstica establecida por el médico que realiza el ingreso de acuerdo a CIE 10, obtenida del expediente | Nominal | CIE-10 | -Esquizofrenia -Trastorno psicótico secundario al consumo de sustancias -Trastorno generalizado del desarrollo -Trastornos afectivos de tipo depresivo -Trastorno esquizoafectivo -Trastorno bipolar -Trastornos de personalidad |
| Tratamiento de egreso | Conjunto de medios que se aplican para curar o aliviar una enfermedad a una persona | Medicamentos indicados por el médico tratante al momento del egreso hospitalario, información obtenida del expediente | Nominal | Cédula de datos demográficos | Antipsicóticos típicos Antipsicóticos atípicos Clozapina Antipsicóticos de depósito Antidepresivos |

| | | | | | |
|------------------------|---|--|-------------------------|---|---|
| Consumo de sustancias | Ingesta de toda sustancia química que al introducirse al cuerpo por cualquier vía ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central | Reinicio de sustancias psicoactivas en el mes previo a la hospitalización obteniendo dicha información durante la entrevista | Nominal dicotómica | Cédula de datos demográficos | Sí No |
| Abandono a tratamiento | Interrupción del tratamiento médico en contra del criterio del médico tratante, quien considera que el paciente sigue requiriendo la medicación | Suspensión de tratamiento farmacológico en el mes previo a la hospitalización obteniendo dicha información durante la entrevista | Nominal dicotómica | Cédula de datos demográficos | Sí No |
| Cuidador primario | Aquella persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales del enfermo | Persona que acompaña al paciente durante el ingreso y quien también forma parte de la entrevista | Nominal | Cédula de datos demográficos | -Viene solo -Mamá -Papá -Hermano -Hija -Otros |
| Desgaste del cuidador | Deterioro físico y emocional provocado como consecuencia del cuidado de un enfermo | Con escala de sobrecarga de cuidador de Zarit se evalúa un total de 22 ítems con posibilidad de respuestas de 1 al 5. De acuerdo al puntaje total se otorga un calificador | Cuantitativa intervalar | Escala de sobrecarga del cuidador Test de Zarit | Menos de 47 puntos: sin sobrecarga 48-55 puntos: sobrecarga leve Más de 56 puntos: sobrecarga intensa |

| | | | | | |
|-------------------|---|--|--------------|------------------------------|-------------------------|
| Días de estancia | Intervalo de tiempo expresado en días que se mide desde la fecha de ingreso de un paciente, hasta su fecha de egreso | Suma de días de estancia en hospitalización que se obtendrá del expediente | Cuantitativa | Cédula de datos demográficos | Número entero mayor a 1 |
| Número de ingreso | Cantidad de veces en que el hospital acepta de manera formal a un paciente para su atención médica, observación, tratamiento y recuperación | Cantidad de veces que el paciente ha sido hospitalizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, obteniendo tal información del expediente | Cuantitativa | Cédula de datos demográficos | Número entero mayor a 1 |

3.8 Muestra

Se seleccionaron a todos los pacientes con expediente en nuestro hospital, que reingresaron a nuestra institución con menos de un año de su hospitalización previa, dicha cifra de acuerdo a lo reportado en la literatura. Se captaron en el área de urgencias durante el mes de abril del 2018, lugar en donde se llenó la cédula de datos personales y se solicitó al familiar llenar la escala de desgaste del cuidador de Zarit. Se obtuvo una muestra de 30 pacientes.

3.9 Criterios de selección

Inclusión:

Pacientes con expediente en nuestro hospital.

Pacientes con hospitalización previa hace menos de un año.

Pacientes que acepten ser incluidos en el estudio o en su defecto que un familiar responsable lo autorice.

Pacientes con una edad igual o mayor a 18 años.

Pacientes que cuenten con criterios de ingreso al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez al momento de su valoración en urgencias.

Exclusión:

Pacientes o familiares que no autoricen pertenecer al estudio.

Pacientes menores de 18 años.

Pacientes con cédulas de datos demográficos incompletas o con test de Zarit incompleto.

3.10 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal, correlacional.

3.11 Instrumentos

Cada que uno de los pacientes que cumplía con los criterios de selección para el estudio fue captado en urgencias se llenó una cédula de datos demográficos incluida en los anexos (anexo 1), la cual contiene los diversos factores de riesgo a estudiar.

Además, en los casos donde el paciente contó con un familiar acompañante se le proporcionó la escala de carga del cuidador de Zarit, incluida en los anexos (anexo 2). Si el paciente no contó con familiar acompañante se consideró como nulo soporte familiar, sin embargo el paciente aún fue incluido en el estudio. Dicha escala hace referencia a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y al grado de

perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Inicialmente, dicho instrumento fue utilizado para estudiar el desgaste ocasionado por el cuidado con personas con demencias, sin embargo no es utilizada únicamente en este grupo de edad, evaluando aspectos como la salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de cuidados. La escala de Zarit fue validada para población mexicana en el año 2014, por un grupo de investigadores de la UNAM en colaboración con el Instituto Nacional de Pediatría, en donde se demostró que la misma es aplicable a nuestra población.(24)

La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuida a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Dicha escala puede ser auto administrada y se interpreta con el puntaje total, correspondiendo a menos de 47 puntos sin sobrecarga, de 48 a 55 puntos con sobrecarga leve y más de 56 con sobrecarga intensa.

3.12 Procedimiento

Se presentó el protocolo ante el comité de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, para luego de ser aprobado poder ser aplicado en dicha institución. Una vez aceptado se presentó ante el comité de ética del hospital y posteriormente ante el Jefe Médico del servicio de urgencias, la doctora Juana Ramírez Rivas, quien dio autorización para captar en su servicio a los pacientes que participaron en el estudio.

Se seleccionaron todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión luego de su valoración en el servicio de urgencias. Se tomaron en cuenta a todos los pacientes que

presentaron criterios de ingreso al hospital, aún si no se contaba con espacio intrahospitalario y se realizaba referencia a otro hospital; también se incluyeron a los pacientes que firmaron liberación de responsiva sin importar la causa de la misma. Se habló con familiar y paciente para informarles acerca del estudio y preguntarles si aceptaban formar parte del mismo, los que aceptaron firmaron un consentimiento informado por parte del paciente, o en su defecto por familiar responsable. Se otorgó al familiar copia del Test de Zarit escala de sobrecarga del cuidador, se explicó su llenado y se solicitó el mismo. En los casos donde el paciente no contaba con familiar responsable se consideró que contaba con nulo soporte familiar. Finalmente, el investigador llenó la cédula de datos demográficos de acuerdo a la entrevista realizada con paciente y familiar, así como complementación del expediente, sobre todo concerniente al internamiento previo.

Además, se contó el número de días pasados en hospitalización con la intención de calcular el costo de cada paciente, utilizando los estudios previos de costos realizados en el hospital.

Se consideró que en caso de que un paciente reingresara en varias ocasiones durante el estudio se llenarían de nuevo los instrumentos de medición, sin embargo no fue el caso durante el estudio. Al final del estudio se evaluó el número de hospitalizaciones de cada paciente, el costo de la última y los factores de riesgo más frecuentes asociados a su reingreso.

La selección de paciente se realizó durante el mes de abril del 2018, obteniendo una muestra final de 30 pacientes.

3.13 Consideraciones éticas

Según la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su artículo 17, se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este estudio, se clasificó dentro de la siguiente categoría:

I.- Investigación con riesgo mínimo: estudios prospectivos que emplean datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450ml en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este reglamento.

Además, se realizó un consentimiento informado (anexo 3), que según la Ley General de Salud en su artículo 20, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su

participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. En su artículo 21 menciona: para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla. Además, según el artículo 22, dicho consentimiento debe realizarse por escrito.

Respecto al resguardo de información, según el artículo 16 de la Ley General de Salud en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Además, según el artículo 120 de la misma Ley, el investigador podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tiene derechos los sujetos de investigación, así como la que se haya acordado con los patrocinadores del estudio. Por tal motivo, en el consentimiento informado de este estudio se aclaró que no se identificó a ningún paciente en las presentaciones o publicaciones que derivaron del mismo, además de que los datos relacionados con su privacidad fueron manejados en forma confidencial.

En relación al valor científico del estudio a pacientes, la Ley General de Salud en su artículo 14, se menciona que los estudios se deberán realizar con personas sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo; además de que deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles. En este estudio en particular el objetivo fue conocer los factores de riesgo asociados a la rehospitalización psiquiátrica, con el fin de buscar estrategias que puedan disminuir el número de hospitalizaciones, buscando con ello la mejoría clínica y de

calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Por lo tanto, la participación en el estudio traerá un beneficio directo a los pacientes y familiares que sean parte del mismo, además de a otros pacientes que se sean parte del fenómeno de rehospitalizaciones múltiples.

En lo que atañe al riesgo-beneficio de participar en la investigación, la Ley General de Salud en su artículo 14 menciona que deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles. Además, en su artículo 18 se menciona que el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste. Y finalmente, en el artículo 19 se menciona que es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente le corresponda.

3.14 Análisis estadístico

Para la realización del análisis estadístico de los resultados se utilizó el programa estadístico SPSS de IBM en su versión 25.

Se utilizaron estadísticos descriptivos como porcentajes, promedios y medias, además de razón de momios para el cálculo de los factores de riesgo.

4. Resultados

Se estudió a un total de 30 pacientes, los cuales se presentaron durante el mes de abril del 2018 al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

4.2 Características sociodemográficas de la muestra

Respecto a las características sociodemográficas de la muestra se consideraron varios aspectos. Todos los participantes eran mayores de edad, con un mínimo de 18 años y un máximo de 63, con una media de 35.5 años, siendo mayor el grupo de pacientes que se encuentra en la tercera década de la vida. En su mayoría fueron mujeres, representando el 70% de la muestra. Su escolaridad iba desde aquellos que son analfabetas, los cuales representan un 6.7%, hasta aquellos con licenciatura con 16.7%; con mayor frecuencia presentaron una escolaridad de secundaria completa. Su ocupación era desempleado en un 73.3% de los casos, encontrando igualmente algunos pacientes estudiantes, pensionados y dedicados al cuidado del hogar, únicamente 10% tiene un empleo formal. Respecto a su estado civil, el 96.7% de la muestra se encuentra soltero, únicamente un paciente cuenta con pareja, con la cual vive en unión libre. Finalmente, el 50% de los paciente llegó acompañado de su madre quien firmó como responsable del paciente, le sigue en frecuencia a aquellos que fueron acompañados de un hermano en un 20%, con proporciones menores se encuentran aquellos que fueron acompañados del padre, los que acudieron solos, una paciente acompañada por su hija y otra quien iba acompañada de su cuñada (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características demográficas de la muestra

| Grupos de edad | n | % |
|-----------------------------|----|-------|
| 18 a 20 años | 4 | 13.3 |
| 21 a 30 años | 9 | 30.0 |
| 31 a 40 años | 6 | 20.0 |
| 41 a 50 años | 6 | 20.0 |
| 51 a 60 años | 4 | 13.3 |
| Más de 60 años | 1 | 3.3 |
| Total | 30 | 100.0 |
| Sexo | n | % |
| Femenino | 21 | 70.0 |
| Masculino | 9 | 30.0 |
| Total | 30 | 100.0 |
| Escolaridad | n | % |
| Analfabeta | 2 | 6.7 |
| Primaria | 7 | 23.3 |
| Secundaria | 9 | 30.0 |
| Preparatoria | 7 | 23.3 |
| Licenciatura | 5 | 16.7 |
| Total | 30 | 100.0 |
| Ocupación | n | % |
| Desempleado | 22 | 73.3 |
| Pensionado | 1 | 3.3 |
| Estudiante | 2 | 6.7 |
| Hogar | 2 | 6.7 |
| Empleado | 3 | 10.0 |
| Total | 30 | 100.0 |
| Estado civil | n | % |
| Soltero | 29 | 96.7 |
| Unión libre | 1 | 3.3 |
| Total | 30 | 100.0 |
| Familiar responsable | n | % |
| Acude solo | 3 | 10.0 |
| Madre | 15 | 50.0 |
| Padre | 4 | 13.3 |
| Hermanos | 6 | 20.0 |
| Cuñados | 1 | 3.3 |
| Hijos | 1 | 3.3 |
| Total | 30 | 100.0 |

4.3 Características clínicas de la muestra

En el total de sujetos estudiados encontramos 7 diagnósticos diferentes, siendo el más común el de esquizofrenia, con un 23.3%, seguido por el trastorno psicótico secundario al consumo de sustancias y el trastorno bipolar, ambos con un 20%, el trastorno esquizoafectivo con 13.3%, la depresión y el trastorno límite de personalidad con 10% de la muestra cada uno, y finalmente un paciente con un trastorno generalizado del desarrollo, el cual representa el 3.3% del total. (Gráfico 1).

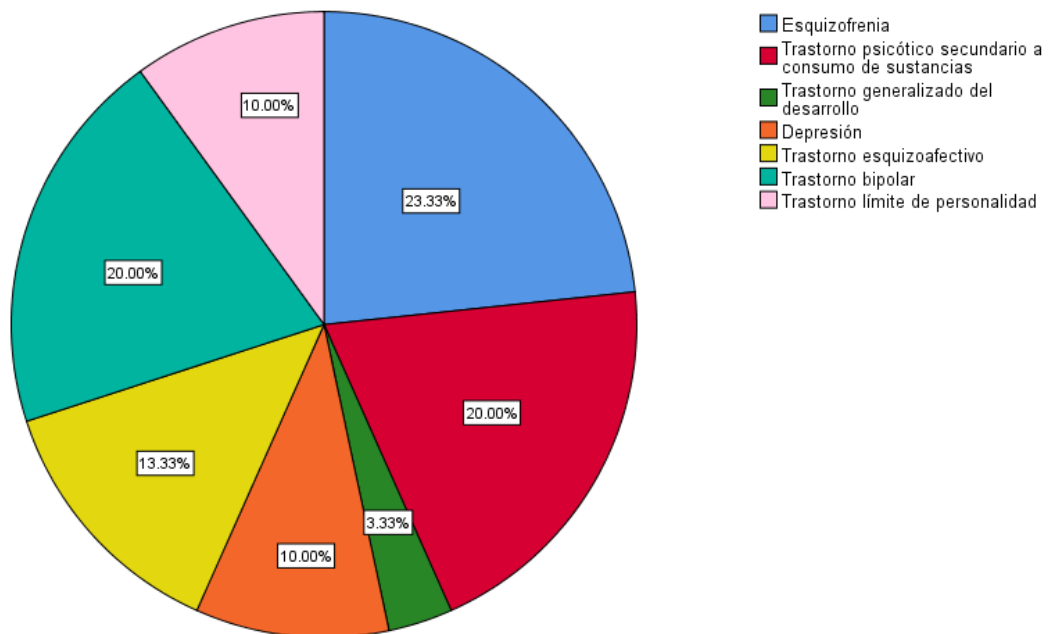


Gráfico 1. Diagnósticos

En lo que concierne a los criterios de internamiento se consideraron los siguientes: una primera categoría pensada como riesgo suicida, en donde se englobaron las ideas de muerte y suicidas, los gestos e intentos suicidas y las autogresiones; la heteroagresividad física que incluía la dirigida e indiscriminada; el negativismo total a medicamentos referido por familiar acompañante y confirmado durante la consulta; los errores de juicio y conducta

graves que ponían en riesgo la integridad del paciente o la de terceros; la manía que se evaluó de acuerdo a los criterios del CIE 10 y finalmente las alucinaciones imperativas. Durante el estudio observamos que únicamente 50% de los pacientes tenían un único criterio de ingreso al hospital, con 33.3% de los pacientes con 2 criterios y 16.7% que presentaron hasta 3 criterios. El más frecuente de los criterios de ingreso fue los errores de juicio y conducta, presentados en el 50% de los pacientes, seguidos de la heteroagresividad física en el 43.3%, el riesgo suicida y la manía, ambos con 26.7%, el negativismo a medicamentos en el 16.6% y finalmente las alucinaciones imperativas, presentadas únicamente por un paciente y el cual representa el 3.3% de la muestra (Cuadro 2).

Cuadro 2. Criterios de ingreso

| Motivo del ingreso | n | % |
|---------------------------------------|----|-------|
| Alucinaciones imperativas | 1 | 3.3 |
| Errores de juicio y conducta | 15 | 50.0 |
| Heteroagresividad física | 13 | 43.3 |
| Manía | 8 | 26.7 |
| Negativismo a medicamentos | 5 | 16.0 |
| Riesgo suicida | 8 | 26.7 |
| Número de criterios de ingreso | n | % |
| Uno | 15 | 50.0 |
| Dos | 10 | 33.3 |
| Tres | 5 | 16.7 |
| Total | 30 | 100.0 |

Respecto al número de ingreso, la mayoría de los pacientes cuenta con un total de 3 ingresos a nuestra institución, representando el 23.3% de la muestra, siendo seguido por 2 y 5 ingresos con el 20% cada uno. El menor número de ingresos fue 1, mientras que el paciente con mayor número de ingresos contaba con 22, con una media de 5.3 (Cuadro 3).

Cuadro 3. Número de ingresos

| Ingresos | n | % |
|----------|----|-------|
| 1 | 3 | 10.0 |
| 2 | 6 | 20.0 |
| 3 | 7 | 23.3 |
| 5 | 6 | 20.0 |
| 6 | 2 | 6.7 |
| 7 | 1 | 3.3 |
| 9 | 1 | 3.3 |
| 11 | 1 | 3.3 |
| 13 | 1 | 3.3 |
| 17 | 1 | 3.3 |
| 22 | 1 | 3.3 |
| Total | 30 | 100.0 |

El número de días de hospitalización osciló entre 5 y 90 días, con un promedio de estancia de 26.17 días (Cuadro 4). Respecto al costo que cada paciente representó para el hospital, se utilizó una calculadora de inflación, la cual se puede consultar en la página de internet del INEGI para actualizar el precio por día de hospitalización en nuestra institución que se encuentra en la literatura, que asciende a \$868.00. (23, 25) Con dicha herramienta es posible calcular la evolución del coste de vida, buscando la equivalencia de una suma monetaria entre una fecha pasada y una actual, utilizando los índices de inflación o también llamados índices de precios al consumo. En dicha herramienta se tomó como fecha inicial abril del 2010, usado como periodo de referencia económico en el ya citado estudio, y abril del 2018 por ser la fecha en que se recabó la muestra de nuestra investigación. Se obtuvo por tanto una inflación de 35.35%, con una tasa mensual de 0.32%. Utilizando dichos datos, el costo actualizado de hospitalización por día asciende a \$1,174.84. Por lo tanto, el costo total de estos pacientes fue de \$922,249.40, con un mínimo de \$5,874.20 y un máximo de \$105,735.60 por paciente, con un promedio de costo aproximado por enfermo de \$30,741.65 (Cuadro 5).

Cuadro 4. Días de hospitalización

| Días | n | % |
|--------------|-----------|--------------|
| 0-19 | 18 | 60.0 |
| 20-39 | 7 | 23.3 |
| 40-59 | 2 | 6.7 |
| 60-79 | 1 | 3.3 |
| 80-99 | 2 | 6.7 |
| Total | 30 | 100.0 |

Cuadro 5. Costo de la hospitalización

| n | Mínimo | Máximo | Suma | Media |
|----------|---------------|---------------|--------------|--------------|
| 30 | \$5,874.20 | \$105,735.60 | \$922,249.40 | \$30,741.65 |

Se evaluó igualmente el abandono al tratamiento médico, entendido como la suspensión de los fármacos en el último mes previo a su valoración en el servicio de urgencias. El 63.3% de los pacientes habían suspendido su tratamiento, mientras que el 36.7% restante tenía buen apego al mismo (Cuadro 6).

Cuadro 6. Abandono de medicamentos

| Abandono | n | % |
|-----------------|-----------|--------------|
| Sí | 19 | 63.3 |
| No | 11 | 36.7 |
| Total | 30 | 100.0 |

Otra variable estudiada fue el consumo de sustancias, la cual se consideró positiva cuando los pacientes aceptaron haber consumido alguna droga psicoactiva en el último mes previo a su valoración en el servicio de urgencias. En nuestro estudio encontramos que únicamente el 26.7% de los pacientes tuvieron contacto con alguna droga previo a su recaída, mientras que en un 73.3% negaron el consumo reciente de alguna sustancia (Cuadro 7).

Cuadro 7. Consumo de sustancias

| Consumo | n | % |
|----------------|----------|----------|
| Sí | 8 | 26.7 |
| No | 22 | 73.3 |
| Total | 30 | 100.0 |

Se estudió la sobrecarga que existía en el familiar responsable secundario al cuidado hacia su paciente. Utilizamos la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, la cual consta de 22 ítems, clasificando de acuerdo al puntaje obtenido a los familiares en 3 grupos: sin sobrecarga cuando puntuaba con menos de 47, con sobrecarga leve cuando se encontraba entre 48 y 54, y con sobrecarga intensa en aquellos con puntuaciones por arriba de 55. Únicamente se contó con un total de 27 sujetos, debido a que 3 de nuestros pacientes acudieron solos a su valoración y no fue posible contactar con un familiar responsable. Respecto a los puntajes, el mínimo fue de 36, con un máximo de 100 y un promedio de 65.11 (Cuadro 8). Por tal motivo, se consideró que el 22.2% de los familiares no presentaban desgaste, contra un 77.8% que presentaron una sobrecarga intensa. No hubo familiares con sobrecarga leve (Cuadro 9).

Cuadro 8. Puntaje en la escala de Zarit

| n | Mínimo | Máximo | Media |
|----------|---------------|---------------|--------------|
| 27 | 36 | 100 | 65.11 |

Cuadro 9. Grado de desgaste

| Desgaste | n | % |
|------------------|----------|----------|
| Sin desgaste | 6 | 22.2 |
| Desgaste intenso | 21 | 77.8 |
| Total | 27 | 100.0 |

Se midió también el tratamiento con el que se encontraba el paciente al momento de su recaída, realizando una clasificación en 5 grupos: aquellos en tratamiento con antipsicótico vía oral típico, tratamiento con antipsicótico atípico vía oral, pacientes en tratamiento con clozapina, tratamiento con antipsicótico de depósito y finalmente aquellos cuyo principal medicamento era un antidepresivo. En nuestra población el grupo con más miembros fue aquel en donde el tratamiento base era un antipsicótico típico con un 26.7%, por su parte los pacientes en tratamiento con antipsicótico atípico, de depósito y antidepresivos corresponden a un 23.3% respectivamente. Únicamente un paciente estaba en tratamiento con clozapina, representando el 3.3% del total (Gráfico 2).

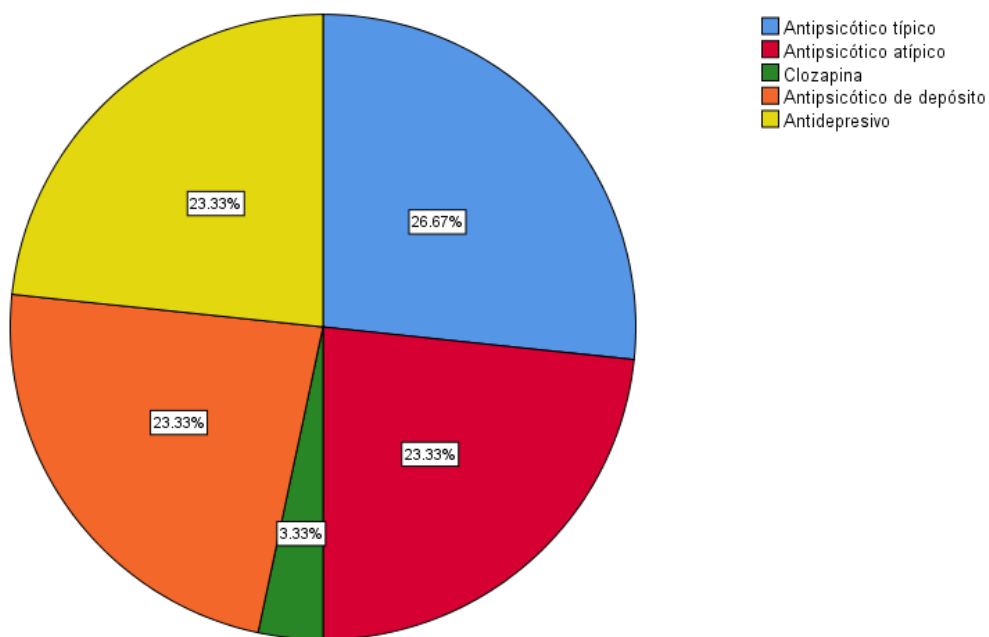


Gráfico 2. Tratamiento farmacológico

Otra característica a considerar fue el servicio en el que llevaba seguimiento el paciente al momento de la recaída, tomando en cuenta para el estudio los servicios de consulta externa, hospital parcial, CAT, clínica de patología dual (CLINPAD), psicogeriatría, el servicio subrogrado del ISSSTE y los centros externos como el CISAME. Como resultado encontramos que el 73.3% de los pacientes llevan su seguimiento en el servicio de consulta externa, seguido de aquellos que se atienden en CAT con un 10%. Se encontró únicamente un paciente atendido en cada uno del resto de los servicios, considerando a hospital parcial, psicogeriatría, CLINPAD, ISSSTE y CISAME (Gráfico 3). La clínica de terapia familiar (CLIFAM) fue tomada en cuenta pero no como servicio principal, ya que en el mismo se atienden familias y no existe seguimiento individual de los pacientes; únicamente una paciente era parte de esta clínica, en conjunto con el servicio de CAT.

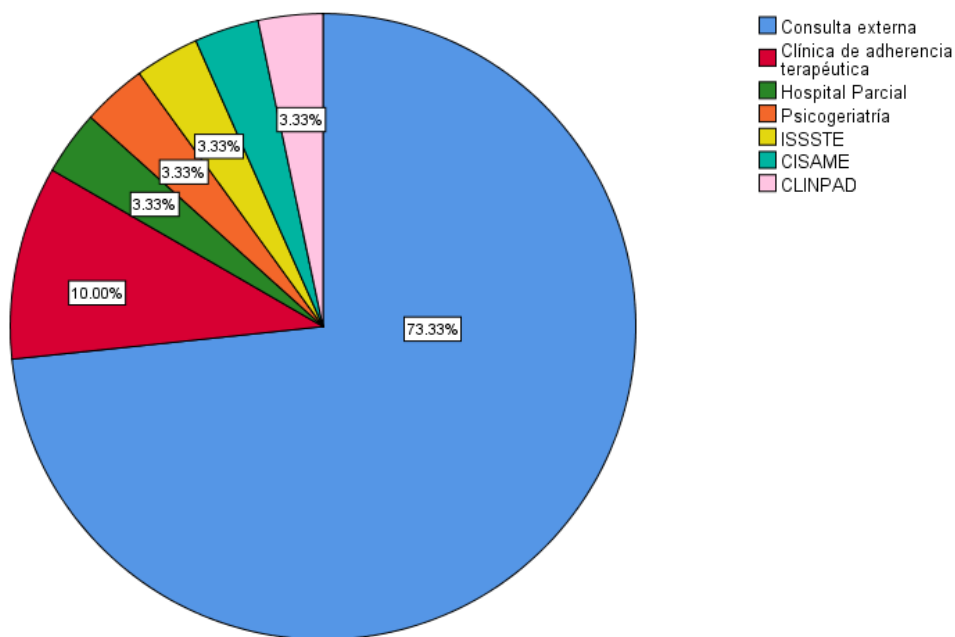


Gráfico 3. Servicio de seguimiento

Finalmente, se evaluó el destino de cada uno de los pacientes, considerando que luego de su valoración en urgencias podían ser hospitalizados, referidos o enviados a tratamiento ambulatorio a petición de familiar o paciente, firmando liberación de responsiva. El 80% de nuestros pacientes requirieron ser hospitalizados nuevamente, a 16.7% se le ofreció internamiento el cual familiar y paciente rechazaron firmando carta de liberación de responsiva. Únicamente una paciente fue referida al INPER por encontrarse embarazada y haber padecido crisis convulsivas recientes, por lo que se envió para valoración al considerarse que una atención gineco-obstétrica era prioridad; representa el 3.3% de la muestra (Gráfico 4).

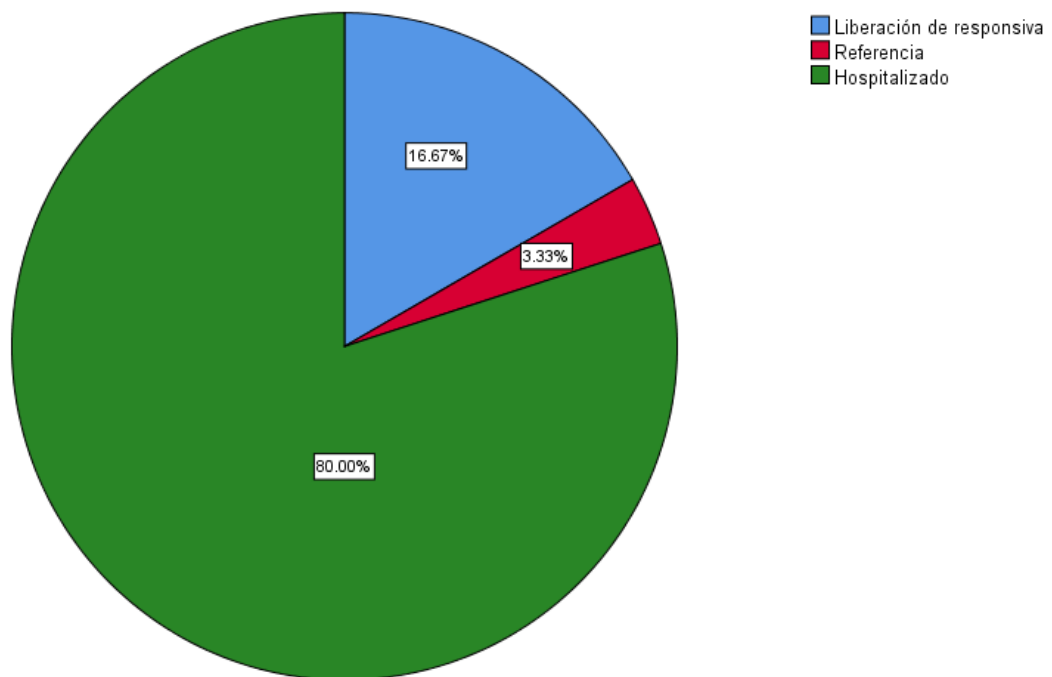


Gráfico 4. Destino de los pacientes luego de su valoración en urgencias

4.4 Factores de riesgo

Para hacer el cálculo de los factores de riesgo se realizó la razón de momios, efectuando una correlación entre el destino de los pacientes, el cual podía ser la hospitalización o la no

hospitalización (comprendida como firma de la liberación de responsiva o referencia) y las tres características clínicas a estudiar encontradas en nuestra hipótesis: abandono de tratamiento, consumo de sustancias y desgaste del cuidador. Este análisis se llevó a cabo a pesar del tamaño limitado de la muestra.

Luego de realizar el cálculo encontramos que la única variable que puede considerarse como un factor de riesgo en nuestro estudio es el desgaste del cuidador, que aumenta 3 veces el riesgo de que el paciente sea hospitalizado. Tanto abandono del tratamiento como el consumo de sustancias no obtuvieron valores significativos. (Cuadro 10).

Cuadro 10. Estimación de riesgo

| Variable | Razón de momios | Intervalo inferior | Intervalo superior |
|--------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| Abandono del tratamiento | 0.500 | 0.082 | 3.06 |
| Consumo de sustancias | 0.486 | 0.048 | 4.945 |
| Desgaste del cuidador | 3.000 | 0.370 | 24.295 |

5. Discusión

El presente estudio buscó identificar factores sociodemográficos y clínicos que se relacionan con la rehospitalización en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Respecto a los datos sociodemográficos nuestra muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres alcanzando un 70%; este dato es similar al encontrado en la literatura, en donde Caycedo (5) reportó una prevalencia de 55% en el sexo femenino; sin embargo es importante mencionar que dicha proporción se invierte cuando se limitan los diagnósticos de los pacientes a trastornos psicóticos, en donde Cortés (20) encontró una mayoría de hombres con un 69.7%, dicho estudio realizado en pacientes mexicanos. La edad media de nuestra población fue de 35.5 años, coincidiendo igualmente con la literatura, donde se reporta a estos pacientes mayoritariamente en la cuarta década de la vida. La escolaridad encontrada en el estudio es de secundaria completa, coincidiendo con lo que reporta Sánchez (18). Respecto a su ocupación, 73.3% de los pacientes son desempleados, concordando con lo que reporta Caycedo (5) quien obtuvo hasta 37% de pacientes sin ocupación. El estado civil más frecuente fue soltero, lo que puede explicarse por la edad de la muestra y el inicio temprano de enfermedad mental. Finalmente, en lo que concierne a los cuidadores primarios de nuestros pacientes, en el 50% se trataba de la madre; esto es relevante, ya que se encuentra reportado en la literatura que quien ejerce el rol de cuidador es principalmente una mujer; según lo mencionado por Cortés (20), quien reporta que dicho porcentaje puede ser tan alto como 90.9%, correspondiendo en un 51.5% a la madre del paciente.

Si hablamos del principal diagnóstico reportado en la literatura como factor de riesgo para una hospitalización, la mayoría de los estudios coinciden en que se trata del trastorno bipolar (12, 13, 18). Este dato no concuerda con lo reportado en nuestro estudio, en donde fue el espectro de las esquizofrenias el principal diagnóstico de los pacientes, aunque seguido muy de cerca por el trastorno bipolar y el trastorno psicótico secundario al consumo de sustancias.

Poco hay en la literatura al respecto de los criterios de internamiento de cada paciente, mencionando únicamente Díaz (13) que la mayor proporción de pacientes reingresan por síntomas comportamentales, hasta en un 31.2%. En nuestro estudio la mayor proporción la observamos en los pacientes con errores de juicio y conducta con un 50%, seguido de la heteroagresividad física en un 43.3%. Estas dos categorías podrían englobar lo que el estudio previamente citado menciona como síntomas comportamentales. Vale la pena recalcar también que la mitad de la muestra contaba con más de un criterio hospitalario.

Estudiando la media de ingresos de nuestros pacientes encontramos un promedio de 5.3 ingresos. Y con respecto al promedio de días de estancia hospitalaria reportamos 26.17 días, lo que es mucho mayor a lo reportado en la literatura, en donde se habla de una media de 10 días. Con relación al costo que representan estos pacientes se obtuvo un promedio de \$30,741.65 por persona, con un total de \$922,249.40. Esta cifra es alarmante, ya que este gasto representa únicamente el costo de los pacientes reingresadores en 1 mes de estudio, por lo que aumenta de manera inevitable a lo largo del tiempo.

Evaluando el apego a tratamiento médico, la literatura tiene reportes contradictorios, ya que si bien algunos estudios reportan que únicamente el 27.5% de los pacientes reingresadores

abandonan su tratamiento (13), hay otros en donde se reporta que únicamente el 14% de los pacientes tienen un buen apego a tratamiento previo a su ingreso hospitalario (5). En nuestro estudio el abandono a tratamiento se encontró en un porcentaje alto de la muestra, ya que hasta el 63.3% de los pacientes abandonaron su tratamiento previo a su valoración en urgencias. Sin embargo, no se encontró luego del análisis estadístico como un factor de riesgo, obteniendo una razón de momios de 0.500.

El consumo de sustancias es otra característica ampliamente reportado en la literatura como factor de riesgo para rehospitalización, encontrando que hasta el 30.3% de los paciente consumen sustancias psicoactivas previo a la exacerbación de sus síntomas (13). En nuestro estudio encontramos un porcentaje similar, con un 26.7%, sin embargo consideramos que este porcentaje puede ser aún más alto, debido a que no todos los pacientes admiten el consumo de drogas y los familiares no siempre conocen dicha información. De cualquier forma, en la realización del análisis estadístico se obtuvo una razón de momios de 0.486, por lo que no puede considerarse como un factor de riesgo en nuestro estudio.

El dato que más llama la atención en el estudio es el reporte de sobrecarga del cuidador que se encontró luego de aplicar el test de Zarit. Según la literatura, los cuidadores de pacientes reingresadores presentan hasta en un 64.3% niveles altos de emoción expresada (20). En nuestro estudio 77.8% de los cuidadores tenía una sobrecarga intensa, encontrando cifras totales de cada test muy por arriba del punto de corte del instrumento, que es de 55 puntos. Hallamos un promedio de 65.11 puntos en dicha escala, incluso observando puntajes tan altos como 100. Estos datos prenden las alarmas respecto a que se está haciendo en nuestra institución para disminuir el desgaste de estos cuidadores, pues es bien sabido que una percepción de carga con relación al cuidado por parte del receptor incide de manera

negativa en la recuperación del paciente. Se han realizado estudios en pacientes con Alzheimer, en donde el desgaste del cuidador contribuye a la progresión de la enfermedad en el adulto mayor (21). Por nuestra parte, en nuestro estudio el desgaste del cuidador fue la única variable que luego de la realización del análisis estadístico pudo ser considerada como un factor de riesgo, con una razón de momios de 3, implicando que los pacientes cuyos cuidadores tienen desgaste intenso tienen 3 veces más riesgo de ser rehospitalizados.

Con respecto al tratamiento, la literatura coincide en que un factor de riesgo para rehospitalización es el uso de antipsicóticos típicos (9). En nuestro estudio la mayoría de los pacientes, representando un 26.7% de la muestra, se encontraba en tratamiento farmacológico con algún medicamento perteneciente a dicho grupo, siendo el haloperidol el más utilizado; sin embargo el porcentaje es apenas mayor comparado con otros tratamientos. La literatura igualmente coincide en que la utilización de clozapina es un fuerte factor protector en pacientes que cuentan con factores de riesgo para rehospitalización psiquiátrica (3). En nuestra muestra únicamente un paciente, lo cual representa el 3.3% del total, estaba en tratamiento con clozapina, sin embargo harían falta más estudios para conocer si esto se debe a un factor protector.

Respecto al lugar de seguimiento de los pacientes luego de su egreso hospitalario, el 73.3% fueron atendidos en el servicio de consulta externa. Según Rangel (23) en un estudio realizado en nuestro hospital, el servicio que se asocia a mayor días de estancia hospitalaria es justamente el de consulta externa. Esto puede explicarse por el importante volumen de pacientes que maneja dicho servicio, lo que repercute en el número de citas anuales a las que puede acceder cada paciente, con tiempos de espera de entre 3 y 6 meses entre una y otra. El 10% de la muestra lleva seguimiento en CAT, servicio donde se atienden a

pacientes con pobre adherencia terapéutica, en el cual según el estudio ya citado, los pacientes disminuyen sus tiempos de hospitalización y número de ingresos hospitalarios, con respecto a lo que ocurre con los pacientes de la consulta externa. Llama la atención el pobre volumen de pacientes de otras clínicas con las que cuenta el hospital. Finalmente, es importante mencionar que únicamente un paciente de nuestro estudio fue canalizado al servicio de CLIFAM, único servicio del hospital que se enfoca en tratar a los familiares del paciente, por lo que podemos suponer que el importante desgaste evidenciado en los cuidadores de acuerdo al test de Zarit no está siendo evaluado ni atendido en nuestra institución.

Para terminar, respecto a la conducta médica a seguir luego de la valoración de los pacientes en urgencias, el 80% fue hospitalizado nuevamente. 16.7% decidió firmar carta de liberación de responsiva y seguir un tratamiento ambulatorio y en un único caso se realizó una referencia a otra institución, siendo importante recalcar que la misma no era a una institución psiquiátrica, ya que la paciente contaba con una patología médica diferente que en ese momento se consideró prioritaria.

6. Conclusiones

Luego de la realización de este estudio podemos concluir que las características clínicas más observadas en nuestra muestra de pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con criterios para rehospitalización son el abandono al tratamiento médico, encontrado hasta en un 63.4% de la muestra y el desgaste del cuidador, visto en un 77.8% de la población. A pesar de que en la literatura se encuentra una gran asociación con el consumo de sustancias psicoactivas, en nuestro estudio únicamente 26.7% de los pacientes reportaron su uso en el último mes previo a su valoración en urgencias. Otra característica que no se tenía pensada y que se encontró hasta en el 73.3% de los pacientes, fue su seguimiento en la consulta externa, por lo que se considera de vital importancia buscar estrategias para reducir el volumen de pacientes de dicho servicio, buscando mejorar la atención de los usuarios y con ello su estabilidad clínica.

Por otro lado, la única variable que puede considerarse como factor de riesgo para rehospitalización en nuestra muestra, es el desgaste del cuidador, encontrando luego del análisis estadístico que un paciente con un familiar con desgaste intenso tiene hasta 3 veces más posibilidades de ser rehospitalizado. No se encontró que el consumo de sustancias o el abandono al tratamiento médico fuera un factor de riesgo como se reporta en la literatura.

Igualmente, es importante mencionar que el factor de riesgo de desgaste del cuidador es modificable, por lo que puede mejorarse atendiendo a esta población. En este sentido, se sugiere la creación de una clínica enfocada únicamente a la atención de los familiares de los pacientes, buscando no solamente psicoeducar respecto a la enfermedad de la persona a la que cuida, si no también evaluar la salud mental del cuidador, otorgando estrategias que puedan disminuir su desgaste. Mejorar la salud mental del familiar incidirá de manera

directa en el estado clínico del paciente identificado. Además de que reducirá los costos tan elevados que representan estos pacientes para nuestra institución.

7. Limitaciones

Probablemente la principal limitación de este estudio es el tamaño de la muestra, el cual considero que debería de ampliarse buscando conocer un panorama mayor del problema que representan los pacientes reingresadores en nuestra institución.

Igualmente, es una limitación la complejidad del problema estudiado, ya que no existe una sola explicación de porqué el paciente abandona su tratamiento, porqué los familiares presentan esos niveles de desgaste o porqué la mayor proporción de pacientes rehospitalizados es atendida en el servicio de consulta externa.

Finalmente, se considera una limitación la gran variedad de diagnósticos que presenta nuestra muestra, por lo que se sugiere en caso de ampliarse que sea lo suficientemente grande para poder realizar diferentes grupos de acuerdo a su diagnóstico clínico, buscando con ello conocer de manera puntual los factores de riesgo de cada grupo.

8. Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses personales ni financieros, ni ningún acuerdo que pudiera intervenir con el contenido de la publicación.

9. Referencias bibliográficas

1. Fábio L Gastala, Sérgio B Andreolib, Maria Inês S Quintanab MAG, McGrathc SOL and J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saude Publica*. 2000;34(3):280–5.
2. Pérez-Pérez Itzel C-BR. Análisis de los reingresos en menos de 30 días en el servicio de corta estancia de hospitalización del Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica durante el año 2014. *Rev Cúpula*. 2016;30(1):13–26.
3. Oyffe I, Kurs R, Gelkopf M, Melamed Y, Bleich A. Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: cross sectional study. *Croat Med J*. 2009;50(6):575–82.
4. Aladrén ÓO. ¿ Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría ? Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina; 2012.
5. Caycedo M, Herrera S, Offir K. Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental. *Rev Ciencias la Salud*. 2011;9(2):141–58.
6. Falco GP Di. Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el Hospital Vilardebó (2013-2014). 2017;81(1):30–42.
7. Juven-Wetzler a., Bar-Ziv D, Cwikel-Hamzany S, Abudy a., Peri N, Zohar J. A pilot study of the “ Continuation of Care” model in “ revolving-door” patients. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2012;27(4):229–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.05.003>
8. Lichtenberg P, Levinson D, Sharshevsky Y, Feldman D, Lachman M. Clinical case management of revolving door patients - A semi-randomized study. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;117(6):449–54.
9. Jaramillo LE, Sánchez R, Herazo MI. Factores relacionados con el número de rehospitalizaciones en pacientes psiquiátricos. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2011;40(3):409–19.
10. Gómez-Figueroa CA, Andoni J, Zurita G, Castolo MC. Análisis de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en pacientes crónicos no rehabilitables Analysis of deinstitutionalization of psychiatric care in chronic non restorable patients. *Col Vertiz Narvarte, Del Benito Juárez, C P*. 2011;16(03020):199–203.

11. Linares I. Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría. Universidad de Valladolid; 2002.
12. Weiss M. C, Santander T. J, Aedo C. I, Fuentes M. X. Caracterización de las readmisiones precoces en la hospitalización psiquiátrica TT - Characterization of early readmissions in psychiatric hospitalization. Rev chil neuro-psiquiatr [Internet]. 2013;51(4):239–44. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000400002
13. Díaz Soto CM, Orozco Moreno AJ, Villán Ramírez NC. Factores asociados con la readmisión de pacientes psiquiátricos en el oriente antioqueño en 2014. Med UPB [Internet]. 2016;35(1):17–23. Available from: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/6913>
14. Marquás JA, Guerrero M. Reingresos hospitalarios y calidad asistencial. Rev Calid Asist. 2002;17(2):61–3.
15. Ibañez M., Vanegas C. VS. Factores modificables asociados a hospitalización en pacientes psicóticos. Rev Médica Sanitas. 2010;13(3):26–37.
16. Morro Fernández L. Factores sociofamiliares y estancia hospitalaria: la complejidad de la intervención social en el área de la psiquiatría de agudos. Aplicación de la escala ECISACH-BCN PSMAR. Altern Cuad Trab Soc [Internet]. 2017;(24):137–60. Available from: <http://hdl.handle.net/10045/72617>
17. Madrigal GO. Factores clínicos relacionados con el reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Med Leg Costa Rica - Edición Virtual. 2015;32(2).
18. Ricardo Sánchez, Luis Eduardo Jaramillo MIH. Factores asociados a rehospitalización temprana en psiquiatría. Biomédica [Internet]. 2013;33(2):2–7. Available from: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/705>
19. Juan-Porcar M, Guillamón-Gimeno L, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos AM. Family care of people with severe mental disorders: an integrative review. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2015;23(2):352–60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200023&lng=en&tlng=en
20. Cortés-Padilla MT, Rascón-Gasca ML. Factores psicosociales relacionados con la rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica. Salud Publica Mex. 2001;43(6):529–36.

21. Renato Zambrano Cruz PCC. Síndrome de carga del cuidador. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;XXXVI(1):26–39.
22. Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hübner-Liebermann B, Hajak G. 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).
23. Rangel HC, Castro LD, Arredondo A. Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Ment.* 2011;34(2):95–102.
24. Xolyanetzin Montero Pardo, Samuel Jurado Cárdenas, Alejandra Valencia Cruz JMV e IMM. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología.* 2014;12(1):71–85.
25. INEGI [Internet]. Calculadora de inflación [consultada el día 06 de junio del 2018]. Disponible en:
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/indiceprecios/CalculadoraInflacion.aspx>

10. Anexos

10.2 Anexo 1 Cédula de datos demográficos

CÉDULA DE DATOS DEMOGRÁFICOS, DEL PROTOCOLO DE ESTUDIO:
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REHOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES Y
SUS CUIDADORES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO
ALVAREZ

Fecha: _____

Identificación del paciente (expediente):

| |
|--|
| Edad: |
| Estado civil: |
| Ocupación: |
| Nivel educativo: |
| Fecha y duración de la hospitalización previa: |
| Número de ingreso: |
| Motivo de ingreso: |
| Diagnóstico de ingreso: |
| Diagnóstico de egreso: |
| Días de estancia hospitalaria: |
| Responsable de hospitalización y relación con el paciente: |
| Abandono de medicamentos el mes previo al ingreso: |
| Consumo de sustancias el mes previo al ingreso: |
| Puntaje obtenido en la escala de Zarit: |
| Tratamiento de egreso: |
| Continúa seguimiento en el servicio de: |

10.3 Anexo 2 Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

| | |
|---|--|
| ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | |
| ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.? | |
| ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | |
| ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? | |
| ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | |
| ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? | |
| ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar? | |
| ¿Piensa que su familiar depende de Vd.? | |
| ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | |
| ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | |
| ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? | |
| ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | |
| ¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | |
| ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? | |
| ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? | |
| ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? | |
| ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | |
| ¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | |
| TOTAL | |

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

10.4 Anexo 3: Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

LUGAR: MÉXICO D.F. CALLE NIÑO JESUS NUM 2. DEL. TLALPAN.

FECHA: ____/____/____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO: “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REHOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES Y SUS CUIDADORES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”.

EL OBJETIVO DEL ESTUDIO ES CONOCER DE RIESGO ASOCIADOS A LA REHOSPITALIZACIÓN.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN LLENAR UNA ESCALA Y UNA CÉDULA DE DATOS DEMOGRÁFICOS. DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO QUE NO HAY RIESGOS ASOCIADOS Y SI BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL, SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA O DUDA QUE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARÁN A CABO O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACIÓN.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE.

SE ME HA INFORMADO QUE NO SE ME IDENTIFICARÁ EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO; Y LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERÁN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

Dra. Valeria Cardoso Barajas CP 9124665
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL INVESTIGADOR

TESTIGO 1

TESTIGO 2