

## *Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el Hospital Vilardebó (2013-2014)*

### **Autora**

#### ***Geraldina Pezzani Di Falco***

Magíster en Psicología Clínica.  
Profesora adjunta del Instituto de Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Udelar

Correspondencia:  
gpezzani@psico.edu.uy

### **Resumen**

*El reingreso frecuente al hospital psiquiátrico ha sido estudiado a lo largo de décadas en diferentes países. Se lo considera un fenómeno vinculado a los procesos de desinstitucionalización. Se define al paciente con reingresos frecuentes como aquel que cuenta con tres o más hospitalizaciones en un año. Se realizó un estudio exploratorio descriptivo de dicha población en el Hospital psiquiátrico Vilardebó (período 2013-2014). Se describieron sus características sociodemográficas, psicopatológicas, asistenciales y de sostén social. Se realizó una comparación con el resto de los pacientes hospitalizados en el mismo período. Los pacientes con reingresos frecuentes son una población joven, con un predominio femenino. Se subdividen fundamentalmente en tres categorías diagnósticas: trastornos de personalidad, trastorno bipolar y esquizofrenia. El trastorno bipolar y los trastornos de la personalidad se encuentran sobrerrepresentados en el grupo de los pacientes con reingresos frecuentes. Asimismo, se destacó la presencia de consumo de sustancias y trastornos de conducta.*

### **Palabras clave**

*Salud mental  
Hospitales psiquiátricos  
Pacientes con reingresos frecuentes*

### **Summary**

*Frequent readmittance to psychiatric hospitals has been thoroughly studied throughout the years in different countries, and is often associated to deinstitutionalization processes. This is a descriptive study of the population of readmittance "revolving door patients" in a psychiatric state hospital (Hospital Vilardebó) (2013-2014). Patients who were admitted 3 or more times during a year were classified as "frequently readmitted patients" (FRP) and were compared to patients who did not meet the criteria. Socio-demographic, clinical and social characteristics of the FRP group were described. Results showed a high proportion of female patients in the FRP group. The principal diagnoses were personality disorders, bipolar disorder and schizophrenia. Personality disorders and affective disorders were overrepresented in the FRP group, which also showed a high frequency of substance abuse and behavioral disorders.*

### **Keywords**

*Mental Health  
Psychiatric Hospital  
Readmittance - Inpatient care*

## Introducción

El fenómeno del reingreso frecuente, también llamado «puerta giratoria», al hospital psiquiátrico (*revolving door*) ha sido objeto de estudio durante décadas en el área de la Salud. Se define al paciente con reingresos frecuentes (PRF) como aquel que cuenta con tres o más hospitalizaciones en un año. El interés que ha despertado la temática se corrobora con la abundante literatura científica existente a partir de los años 70, sobre todo proveniente de Europa y América del Norte. Generalmente se lo asocia con fallas en el sistema de salud vinculadas al enlace del paciente con los servicios comunitarios, luego del alta hospitalaria.<sup>1, 2</sup> Uruguay no cuenta con estudios previos sobre el tema.

Hace más de 50 años, cuando comenzaron los procesos de reforma de la atención en salud mental y se promovió el abandono de las viejas estructuras asilares, un grupo de pacientes despertó el interés tanto de los clínicos como de los administradores de los servicios de salud. Se trataba de aquellos que una y otra vez ingresaban a los servicios de internación, y no lograban permanecer en la comunidad. Estos pacientes constituían una especie de «núcleo duro» refractario a las nuevas estrategias implementadas.<sup>1</sup>

En la literatura se los denominó de diferentes maneras, como, por ejemplo: recidivistas, reingresadores múltiples o frecuentes, pacientes con hospitalizaciones recurrentes, usuarios intensivos de los servicios de internación, etc. 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.<sup>1, 3</sup>

La gran cantidad de trabajos existentes sobre el tema hace que los abordajes sean múltiples y variados. Como señalan Juven-Wetzler et al.,<sup>2</sup> no hay consenso en la definición operacional del término. El número de internaciones es un factor controversial a la hora de definir la población objetivo, debido a que este aspecto posee en definitiva un carácter arbitrario.

Para su definición los diferentes autores suelen coincidir en tomar como referencia la media de las internaciones del centro de salud considerado, buscando identificar a los pacientes que sobrepasan dicha media.

Un aspecto a destacar es la gran variedad de abordajes metodológicos en el estudio del problema: estudios comparativos entre pacientes con y sin reingresos frecuentes, estudios descriptivos, predictivos, longitudinales, etc. Otro elemento a considerar es que se estudian períodos que van desde un año a más de una década y también que se manejan un número distinto de participantes. Además existen grandes diferencias entre los sistemas de salud de los países en los que han tenido lugar estas investigaciones.

Estas particularidades le dan al conjunto un aspecto heterogéneo, lo cual dificulta la comparación entre los trabajos. Sin embargo, es posible delinear tres grandes dimensiones que ordenan la producción científica en torno al tema: la incidencia del diagnóstico psicopatológico, los aspectos vinculados al sostén familiar y la red social del paciente, y los factores vinculados a las características del Sistema de Salud Mental en el que se desarrolla el fenómeno de los reingresos frecuentes. Los autores generalmente se centran y profundizan una de estas tres dimensiones, si bien coinciden en que se trata de un fenómeno complejo y multideterminado.

El *diagnóstico psicopatológico* ha sido uno de los aspectos jerarquizados para la comprensión del problema del reingreso frecuente. Este último estaría asociado con algunas enfermedades mentales y no con otras, debido a las características de estas. La problemática ha sido vinculada fundamentalmente con el diagnóstico de esquizofrenia.<sup>3-8</sup> En este sentido, es esperable que las enfermedades con un curso evolutivo crónico, jalonado por descompensaciones con sintomatología transitoria que requiere hospitalización, constituyan un terreno fértil para los reingresos frecuentes. También se ha hecho referencia a la importancia de los trastornos afectivos o

del componente afectivo de los episodios que motivaban los reingresos.<sup>3, 4, 8-10</sup>

Se ha señalado también que el diagnóstico es un aspecto secundario de la problemática; se jerarquiza el número de ingresos previos como factor predictor.<sup>11</sup> Otro punto que ha despertado el interés de los investigadores ha sido el consumo de sustancias y la presencia tanto de intentos de autoeliminación (IAE) como de conductas violentas en este grupo de pacientes.<sup>1, 12-15</sup>

Otra línea de investigación apunta a la incidencia de los *factores sociales* en la problemática. El aislamiento y la falta de redes sociales asociados a las enfermedades mentales severas pueden favorecer el reingreso hospitalario, sobre todo en personas con dificultades en el cuidado de sí mismos.<sup>14,16-18</sup> En un contexto de desamparo, el hospital puede ser visualizado como único sostén, e incluso como una fuente importante de vínculos.<sup>14</sup> A nivel del contexto familiar, se ha planteado que la estigmatización de la persona con trastornos mentales y la expectativa de la familia de que el paciente permanezca hospitalizado contribuyen a un aumento de los reingresos.<sup>19</sup>

Los *aspectos dependientes del sistema de salud* son frecuentemente planteados como una dimensión fundamental del problema, sobre todo las carencias en el enlace del paciente con los equipos comunitarios de atención en salud mental y la falta de referentes extrahospitalarios. En este sentido, Talbot<sup>20</sup> plantea que en el contexto del abandono del modelo asilar fueron descritos dos síndromes estrechamente relacionados, uno denominado *revolving door* y el otro, *falling between the cracks*. Este último hace alusión a la falta de seguimiento y de sostén en la comunidad luego del egreso hospitalario.

Como se ha señalado, la problemática se asocia a los procesos de desinstitucionalización y tiene una alta repercusión en la calidad de vida de los pacientes y en su inserción en la comunidad. Constituye un problema sanitario que implica costos elevados, ya que la internación psiquiátrica es uno de los recursos más caros.<sup>1, 16</sup> Se trata de un fenómeno que

interpela las estrategias clínicas habituales y constituye un desafío de cara al proceso de reforma de la salud mental que está atravesando Uruguay.

### Objetivo general

Describir las características de pacientes con reingresos frecuentes (PRF) durante los años 2013 y 2014 en el Hospital Vilardebó.

### Objetivos específicos

Caracterizar sociodemográficamente la población objeto de estudio.

Describir las características psicopatológicas de dicho grupo de pacientes.

Identificar los aspectos vinculados al soporte social y familiar de dicha población.

Describir aspectos asistenciales y de tratamiento vinculados al grupo de estudio.

Realizar una comparación de los PRF con los pacientes que no cumplieron los criterios de reingreso frecuente.

## Material y método

Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo cuyo diseño es cuantitativo, no experimental y retrospectivo. Se definió al paciente con reingresos frecuentes (PRF) como aquel que contaba con al menos tres ingresos en un año calendario, considerando el bienio 2013-2014. La fecha de ingreso debía estar comprendida dentro de dicho año, no así el egreso. El criterio elegido se basó en estudios realizados por Juven-Wetzler et al.<sup>2</sup>, Surber et al.<sup>3</sup> y Vogel y Huguelet.<sup>10</sup> Se incluyeron la totalidad de los pacientes que cumplieron con dicho criterio en los años 2013-2014, en el Hospital Vilardebó (Uruguay), centro de referencia nacional en salud mental. La determinación de la población a estudiar fue un proceso que se realizó en varias etapas, a partir de información recaba-

da desde el Departamento de Estadística del centro asistencial, el Sistema Informático de Gestión Asistencial (SGA), así como la consulta de historias clínicas y fichas de internación de usuarios, obtenidas del Departamento de Registros Médicos.

En primera instancia se recabó información concerniente a las internaciones totales efectuadas durante 2013 y 2014 en el hospital, correspondientes a sala de internación, excluyéndose las efectuadas en salas de observación del Servicio de Emergencia. Fueron seleccionados todos los pacientes que cumplían con los criterios definidos. Se excluyeron los reingresos por fuga y por traslado a hospital general. En el primer caso se consideró que el paciente fugador constituye una problemática diferente a la estudiada y en el segundo el reingreso es únicamente un aspecto administrativo, por lo que no se vincula con el fenómeno de «puerta giratoria».

El N final a estudio quedó constituido por 69 casos, vinculados con 63 pacientes, dado que 6 pacientes cumplían con los criterios de inclusión en los dos años estudiados. Los aspectos sociodemográficos (objetivo específico 1) se basaron en el estudio de las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, nivel educativo, actividad laboral, ingreso por subsidio, hijos, procedencia y situación judicial. Se realizó una categorización de las variables seleccionadas considerando su nivel de medición y una definición operacional la cual toma como referencia varios estudios previos.<sup>21, 22</sup>

Las variables consideradas para el estudio de las características psicopatológicas (objetivo específico 2) de los PRF fueron las siguientes: diagnóstico psiquiátrico (CIE-10), antecedentes de IAE, número de IAE, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, tipo de sustancia consumida y motivo de ingreso de la última hospitalización. En caso de existir cambios de diagnóstico a lo largo de las internaciones, se consideró el del último ingreso.

En cuanto a las variables vinculadas al soporte social y familiar (objetivo específico 3), se estudió el contexto de convivencia, la continencia familiar y la situación de calle.

En relación con la descripción de los aspectos asistenciales de los PRF (objetivo específico 4), se registró el número de internaciones totales que presentaban estos pacientes, el número de internaciones en 2013-2014, la estadía hospitalaria total en 2013-2014, la edad del primer ingreso en el Hospital Vilardebó y el promedio de internaciones (número total de internaciones/años transcurridos desde la primera internación). Por último, se realizó una comparación con el resto de la población hospitalizada en el Hospital Vilardebó (no PRF) en el bienio estudiado en lo que respecta a las variables edad, sexo y diagnóstico (objetivo específico 5).

El procesamiento de la información se realizó utilizando planillas electrónicas y SPSS (versión de prueba, en su versión 15). Para determinar la existencia de asociación entre variables categoriales se utilizó el estadístico Chi<sup>2</sup> y para el análisis de la distribución porcentual de los diagnósticos en los grupos PRF y no PRF se utilizó la comparación de proporciones (prueba z). Se consideró un nivel de significación alfa = 0.05.

## Resultados

### Características sociodemográficas de los PRF

Al considerar la distribución por sexos en el bienio 2013-2014 pudo observarse que el 65 % de la población era femenina y el 35 %, masculina, situación también observada para cada año del bienio. No obstante, según datos del Departamento de Estadística del Hospital Vilardebó, tanto en 2013 como en 2014 predominaron los ingresos masculinos sobre los femeninos, lo que deja de manifiesto las particularidades asistenciales de este grupo de estudio. En cuanto a la variable edad, la media fue de 38 años en ambos años. Asimismo, se determinó que casi el 66 % de la población considerada se encontró situada en edades iguales o menores a 40 años, por lo que se trata de una población relativamente joven.

La mayoría de los PRF reside en Montevideo (83 %). En cuanto a la situación judicial de la población estudiada, se observó un 14 % de población reclusa. En cuanto a los porcentajes de población carcelaria en la población general del hospital, esta se ubica en un 3.9 % en 2013 y en un 2.7 % en 2014. Estos porcentajes son inferiores a lo que se observa en el grupo de los PRF, lo cual incorpora mayores complejidades al análisis.

Un alto porcentaje son solteros (60 %). Si se agrupan las categorías solteros, viudos, divorciados y separados, teniendo en cuenta el bienio, el porcentaje se eleva a un 76 %. El 73 % de los pacientes tenía hijos, aunque no se recolectó la información de cuántos estaban a cargo de ellos o vivían con ellos. El 86 % de los PRF no trabajaba, aspecto que plantea la alta dependencia económica y la profunda vulnerabilidad en la que se encuentra el grupo estudiado. Si bien el 47.6 % percibía subsidio estatal por incapacidad, una tercera parte no

percibía ingreso alguno (tabla 1). Asimismo, respecto al nivel educativo alcanzado por los PRF, el 46 % no había superado el nivel de Primaria completa.

#### Características psicopatológicas de los PRF

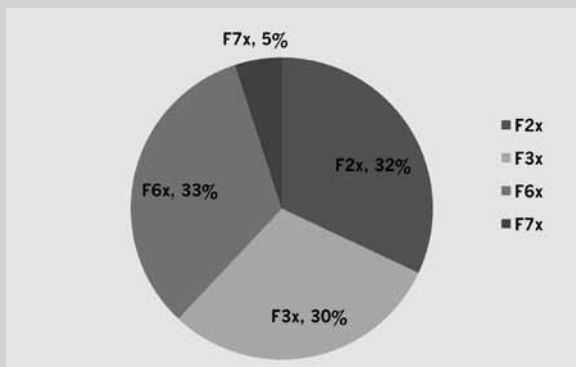
La distribución de los PRF según diagnóstico presentó un comportamiento similar cada año, con pocos puntos de diferencia entre los trastornos afectivos (F3x), los trastornos de la personalidad (F6x) y los trastornos psicóticos (F2x). Este hecho también pudo visualizarse al considerar el bienio, observándose que los grupos diagnósticos F6x, F2x y F3x presentaron porcentajes similares (33 %, 32 % y 30 %, respectivamente) (figura 1).

Si se considera los diagnósticos en función del sexo se observa que la población masculina presentó un predominio de trastornos psicóticos (41 %), seguido de un 27 % de trastornos afec-

Tabla 1 | Actividad Laboral según Ingresos por Subsidio para el bienio

	Subsidio				Total
	S/dato	Incapacidad	Otro subsidio	No percibe	
<b>No trabaja</b>	0	30 (47.6 %)	2 (3.2 %)	22(34.9 %)	N =54(85.7 %)
<b>Formal</b>	0	0	0	3(4.7 %)	N = 3(4.7 %)
<b>Informal</b>	2(3.2 %)	2 (3.2 %)	0	2(3.2 %)	N = 6(9.6 %)
<b>Total</b>	2(3.2 %)	32 (50.8 %)	2(3.2 %)	27(42.8 %)	N Total = 63 (100 %)

Figura 1 | Distribución porcentual de los diagnósticos psicopatológicos en el bienio ( PRF)



tivos, un 23 % de trastornos de la personalidad y un 9 % de retraso mental. El escenario fue diferente en la población femenina, en donde los trastornos de la personalidad se ubicaron en primer lugar con un 39 %. Por su parte, los trastornos afectivos representaron el 32 %; los trastornos psicóticos, el 27 % y el retraso mental, el 2 %.

No se registraron múltiples diagnósticos, sino únicamente el diagnóstico principal. Se consignó por separado la existencia de un trastorno por consumo de sustancias y se lo

analizó como otra variable. Al desagregar los principales grupos de trastornos (PGT) en sus diagnósticos específicos se visualizó poca variedad (tabla 2). Los motivos de ingreso predominantes fueron los trastornos de conducta (sobre todo la heteroagresividad) seguidos del síndrome delirante y el episodio maníaco (tabla 3).

En lo relativo al consumo de sustancias psicoactivas, pudo observarse que el 52 % de los PRF se incluía en esta categoría, prevaleciendo la pasta base de cocaína (73 %), seguida de

**Tabla 2 | PRF en función de sus diagnósticos específicos**

PGT	Diagnóstico específico	
<b>F3x (n=19)</b>	F31 (n= 15) 79 % F33 (n= 2) 10,5 %	F32 (n= 2) 10,5 %
<b>F6x (n=21)</b>	F60 100 % - equivalen al Grupo B del DSMIV-62% (n= 13) Límite, 38 % (n=8) Antisocial	
<b>F2x (n=20)</b>	F20 100 %	
<b>F7x (n=3)</b>	F70 (n=2 ) 66.6 %	F71(n=1) 33.3 %

**Tabla 3 | Motivos de ingreso de los PRF**

Motivo de ingreso	N = 63	%
<b>Trastorno de conducta</b>	<b>31</b>	<b>49.2 %</b>
Autoagresividad	6	19.4 % (9.5% del total)
Heteroagresividad	25	80.6 % (40% del total)
<b>Episodio depresivo</b>	<b>4</b>	<b>6.3 %</b>
<b>Episodio maníaco</b>	<b>10</b>	<b>15.8 %</b>
<b>Síndrome delirante</b>	<b>15</b>	<b>23.8 %</b>
<b>S/D</b>	<b>3</b>	<b>4.7 %</b>



alcohol (67 %), marihuana (61 %) y cocaína (27 %). Se destaca que más de un tercio de la población total de PRF presentó consumo de 2 o más sustancias (33 % en 2013 y 47 % en 2014).

Al considerar a los PRF consumidores de sustancias en función del diagnóstico principal pudo observarse que los trastornos de la personalidad representaban un 55 %, muy por encima de los pacientes portadores de trastornos psicóticos (24 %) y afectivos (18 %) (figura 2). La asociación entre estas variables es significativa ( $X^2 = 13.88$ ,  $p = .001$ ).

El 62 % de la población estudiada había realizado IAE en su vida. Se destaca que un 43 % de la población total de PRF presentaba antecedentes de 3 o más IAE. Considerando esta variable en función del diagnóstico, se observó que predominaron los pacientes con trastornos de la personalidad (54 %), seguidos por los pacientes portadores de trastornos afectivos (28 %), los trastornos psicóticos (15 %) y los portadores de retraso mental (3 %). Para determinar la asociación entre ambas variables también se utilizó el estadístico  $\text{Chi}^2$  (con nivel de significación de 0.05), verificándose dicha asociación ( $X^2 = 21.969$ ,  $p = .000$ ). Asimismo, se observó que el consumo de sustancias entre

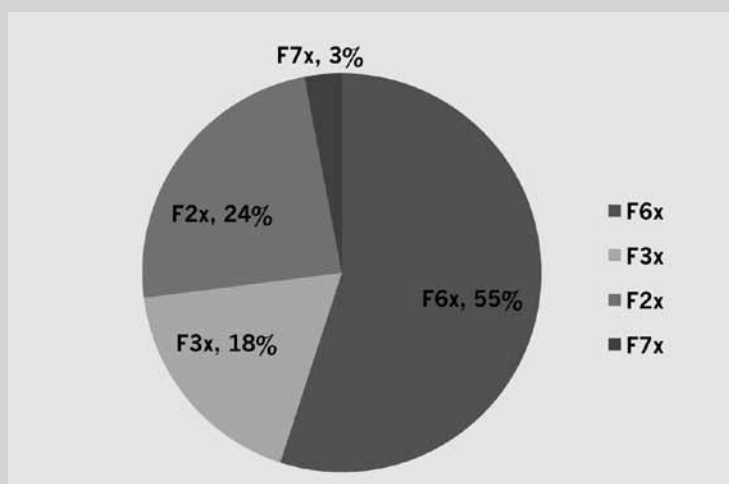
los PRF que presentaron antecedentes de IAE ascendía al 64.1 % ( $X^2 = 6.641$ ,  $p = .011$ , menor a alfa 0,05).

#### Soporte social de los PRF

Un 60 % de los PRF vivía con su familia o pareja, situación que podría considerarse un factor protector en relación con el riesgo de reingreso. Un porcentaje menor lo hacía en la cárcel (14 %), casas de salud (8 %), entre otros. Sin embargo, cuando se observaron las características de la familia desde el punto de vista de la continencia (según fue consignado en la historia clínica por el equipo de sala), se encontró que un alto porcentaje (73 %) provenía de hogares descriptos como no continentes. Se registraron situaciones como el estar a cargo de un familiar de edad avanzada (generalmente la madre), o un familiar portador de trastorno psiquiátrico o con consumo de sustancias psicoactivas o alcohol, en un 10 % de los casos.

Además un 17.5 % de los pacientes se encontraba en situación de calle, predominando en estos el diagnóstico de trastorno de la personalidad del grupo B y consumo de sustancias.

Figura 2 | PRF consumidores según principal grupo de trastornos (PGT)



## Aspectos asistenciales de los PRF

Se observó que la población estudiada presentaba un promedio de 18 internaciones en el transcurso de su vida, constituyendo la hospitalización frecuente un patrón estable a lo largo del tiempo. El promedio de edad de la primera internación fue 27 años. También se visualizó que el promedio de ingresos era mayor en los pacientes con consumo de sustancias psicoactivas.

Como información adicional se cuantificó la totalidad de las internaciones desde la primera internación en el Hospital Vilardebó, estableciéndose promedios de hospitalizaciones anuales para cada paciente. A su vez dicha información se analizó en función del diagnóstico. Pudo observarse que en las categorías que incluyen menos de 2 internaciones anuales en el transcurso de la vida predominaron los pacientes con trastornos psicóticos; con promedios anuales mayores (2-3, 3y más) predominaron los pacientes portadores de trastornos de la personalidad (tabla 4).

Se verificó una mayor densidad de ingresos en poco tiempo en los PRF con trastornos de personalidad, ya que casi la mitad de estos pacientes no superaba los 5 años transcurridos desde el primer ingreso (44 %). Por el contrario, los pacientes psicóticos en su mayoría se ubicaban entre los que superaban los 12 años transcurridos desde la primera internación

(73 %). Por su parte, el 48 % de los pacientes con trastornos afectivos se encontraba en una posición intermedia (9-12 años desde la primera internación).

En lo que respecta a las estadías acumuladas, los PRF contabilizaron 10.662 días de internación en 2013-2014, con una estadía promedio de 36 días. Esta última es inferior a la estadía promedio de la población general del Hospital Vilardebó observada tanto para 2013 (59,7 días) como para 2014 (72.8 días).

## Comparación de los PRF con el resto de los pacientes ingresados en el Hospital Vilardebó en 2013-2014

En el año 2013, 1.143 pacientes no cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio (no PRF), siendo 1.041 en 2014. Se observó un predominio del sexo masculino en 2013 para los no PRF (13 puntos por sobre las mujeres), situación que se acentúa en 2014, observándose una diferencia de 25 puntos (tabla 5). Al comparar con los PRF podemos ver que esta situación se invierte, lo que indica que la feminización es una característica de los PRF. Se encontró que el predominio femenino es estadísticamente significativo ( $\text{Chi}^2 12.626$ ,  $p = .000$   $\alpha = 0,05$ ).

Tabla 4 | Hospitalizaciones promedio según diagnóstico (porcentajes)

Rangos	F20	F31	F32	F33	F60	F71	Totales
[ 0 - 1)	57,1 %	14,3 %	0,0 %	14,3 %	14,3 %	0,0 %	100 %
[ 1 - 2)	53,3 %	33,3 %	0,0 %	6,7 %	6,7 %	0,0 %	100 %
[ 2 - 3)	21,1 %	26,3 %	5,3 %	0,0 %	42,1 %	5,3 %	100 %
[ 3 y más	13,6 %	18,2 %	4,5 %	0,0 %	54,5 %	9,1 %	100 %



Tabla 5 | Población PRF y no PRF según sexo

	2013 PRF	2013 NO PRF	2014 PRF	2014 NO PRF
Mujeres	73 %	43.5 %	62.5 %	39.2 %
Hombres	27 %	56.5 %	37.5 %	60.1 %

En cuanto a la variable edad, los PRF acompañan la tendencia del resto de los pacientes hospitalizados en el bienio.

En la distribución de diagnósticos de los PRF se observan diferencias significativas respecto de los no PRF (tabla 6). En el análisis comparativo se visualiza que en los PRF existe una sobrerrepresentación de los trastornos de la personalidad y de los trastornos afectivos (fundamentalmente trastorno bipolar), mientras que en los no PRF predominaron los trastornos psicóticos.

Se encontró una asociación significativa entre la variable diagnóstico y la condición de PRF ( $X^2 = 17.775$  con  $p = 0.000$  en 2014 y  $X^2 = 20.347$  con  $p = 0.000$  en 2013). La prueba de comparación de proporciones (prueba z) determinó que las diferencias porcentuales de los diagnósticos eran estadísticamente significativas.

Tabla 6 | Población no PRF en función de principal grupo de trastornos

	2013	2014
F0x	1 %	1 %
F1x	6 %	8 %
F2x	46 %	49 %
F3x	17 %	12 %
F6x	13 %	13 %
F7x	11 %	11 %
Sin dato	6 %	6 %

## Discusión

Se han estudiado distintos aspectos de los PRF para determinar sus características más relevantes, con el objetivo de aportar a la comprensión del fenómeno y a la creación de estrategias asistenciales que interrumpan el circuito del reingreso.

Se observó que estos pacientes no constituyen una población homogénea, sino que es posible de ser dividida en subgrupos con características diferentes. Se trata de un grupo de pacientes jóvenes y con una predominancia estadísticamente significativa del sexo femenino. Los diagnósticos se dividieron fundamentalmente en tres categorías de manera homogénea: los trastornos de la personalidad (límite y antisocial, exclusivamente), la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Este aspecto es fundamental a la hora de planificar estrategias asistenciales para estos pacientes, ya que deben contemplar necesidades y características psicopatológicas diferentes.

La edad de los PRF no constituyó un elemento distintivo de dicha población y acompañó la tendencia general del resto de los pacientes hospitalizados en el bienio. Los resultados fueron coincidentes con otros estudios sobre el tema.<sup>4,9</sup> De todas formas, al tratarse de pacientes jóvenes, se considera que la edad constituye un aspecto importante a tener en cuenta para la planificación de estrategias asistenciales debido a que estos pacientes potencialmente pueden tener por delante muchos años de un uso intensivo de los servicios de internación.

El sexo sí presentó características distintivas en la población de PRF, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa al realizar la comparación con la población no

PRF. Los PRF presentan un marcado predominio femenino, contrastando con otros estudios sobre el tema.<sup>3, 9, 23</sup> Ese aspecto inaugura una nueva línea de investigación que tome como eje la pregunta sobre posibles determinantes del predominio femenino, dando lugar a diferentes abordajes de la problemática. Una de ellas puede ser la perspectiva del género, en relación con las dificultades que presentan las mujeres con trastornos mentales severos para desempeñar los roles asignados socialmente y la incidencia de este aspecto en la exclusión de estas mujeres a nivel familiar y social.

Los PRF constituyen una población de pacientes predominantemente solteros, desempleados, con bajo nivel educativo y beneficiaria del subsidio estatal por discapacidad. Constituyen un grupo que presenta una gran vulnerabilidad y dependencia desde el punto de vista económico y social, lo cual coincide con otros estudios en este punto. Por ejemplo, Kent y Yellowlees<sup>18</sup> y Webb<sup>24</sup> et al. refirieron un 82 % y 89 % de desempleados, respectivamente.

En cuanto al contexto de convivencia se destaca que los PRF viven fundamentalmente con sus familias, aunque estas en su mayoría fueron descritas como no continentales por el equipo tratante del paciente. El aislamiento social y el desamparo de esta población son dos aspectos a seguir profundizando en posteriores trabajos. Es importante considerar que en Uruguay hay una disponibilidad escasa de residencias protegidas para personas con trastornos mentales graves. Este aspecto podría explicar algunas situaciones en las que el paciente vive con la familia a pesar del desacuerdo de esta con la convivencia. Dicha situación podría incidir en el circuito de los reingresos, debido a una sobrecarga excesiva de la familia o por una baja tolerancia de esta hacia el paciente. Coincidentemente, Kent y Yellowlees<sup>18</sup> plantean que no es infrecuente que los cuidadores de estos pacientes realicen esta tarea por obligación.

El deterioro del vínculo con la familia en estos pacientes debe ser tenido en cuenta a la hora de diseñar estrategias asistenciales. Se trata de una población compuesta por

pacientes que pueden tener dificultades en el autocuidado y en el mantenimiento de la continuidad del tratamiento. Por lo tanto, necesitan referentes que constituyan figuras de sostén en funcionamiento cotidiano (sobre todo los pacientes psicóticos). A partir de los resultados de este estudio se podría señalar que la instrumentación de estructuras alternativas a la convivencia con la familia, como por ejemplo las casas de medio camino, puede no solo disminuir el número de hospitalizaciones recurrentes, sino constituir un elemento protector del vínculo con la familia, que evite que este se rompa definitivamente.

Los trastornos de conducta predominaron como motivo de ingreso, sobre todo la heteroagresividad. Los PRF constituyen un grupo de pacientes disruptivos cuyas conductas probablemente sean escasamente toleradas por el entorno, lo que puede resultar en un aumento de los ingresos. Asimismo, presentaron altos porcentajes de antecedentes de IAE. La impulsividad parece ser un aspecto destacable en esta población.

La distribución de diagnósticos de los PRF fue significativamente diferente a la distribución en la población no PRF. En el análisis comparativo se destaca que en los PRF existe una sobrerrepresentación de los trastornos afectivos (fundamentalmente trastorno bipolar) y de los trastornos de la personalidad, mientras que en los no PRF predomina el grupo de los trastornos psicóticos.

Aproximadamente la mitad de la población estudiada presentó consumo de sustancias, fundamentalmente pasta base de cocaína (PBC). Este aspecto agrega complejidad al diseño de estrategias asistenciales para estos pacientes. Además es un aspecto que afecta la adherencia y la eficacia del tratamiento farmacológico y promueve los episodios de descompensación de la patología de base. Para la población psicótica este aspecto en ocasiones restringe la posibilidad de ser incluida en los dispositivos tradicionales de rehabilitación.

Una situación particular es la del subgrupo de PRF con diagnóstico de trastornos de la personalidad del grupo B. Se identificó que muchos

de estos sujetos recorren inexorablemente un circuito que va del hospital psiquiátrico al refugio para personas sin vivienda, a la calle y nuevamente al hospital psiquiátrico, en ocasiones intercalado con estadías en la cárcel. En algunos casos permanecen como satélites del hospital, habitando en sus alrededores. Se esboza así un circuito de exclusión y marginalidad cuyo abordaje parece exceder el campo de la salud mental. Este subgrupo de PRF plantea qué características deberían tener los dispositivos asistenciales destinados a su atención y cuáles serían las estructuras alternativas al hospital para su adecuada asistencia, teniendo en cuenta los severos trastornos de conducta y el consumo. Sería interesante profundizar en el estudio de este grupo de pacientes con características particulares.

El problema de los reingresos frecuentes pone en evidencia una carencia en el sistema de salud nacional en lo que respecta a estructuras específicas capaces de contener a esta población de pacientes, cuyo desarrollo, como se señalaba, debe tener en cuenta las características de un subgrupo no menor dentro de esta población que presenta trastornos de conducta. Asimismo, la presencia destacada de tres trastornos mentales con características diferentes agrega complejidad a la planificación de las estrategias asistenciales.

## Conclusiones

En el presente trabajo se determinaron las principales características de los pacientes con reingreso frecuente (PRF) para los años 2013-2014 en el Hospital Vilardebó, único hospital psiquiátrico de agudos a nivel nacional. Se determinó que se trata de un grupo de pacientes jóvenes y con predominancia del sexo femenino. Este último aspecto constituye un elemento que los diferencia del resto de los pacientes hospitalizados en el mismo período y requiere estudios posteriores. Constituyen una población de pacientes predominantemente solteros, desempleados

y con bajo nivel educativo, que presenta una gran vulnerabilidad y dependencia desde el punto de vista económico y social.

En cuanto al contexto de convivencia se destaca que viven fundamentalmente con sus familias, aunque estas en su mayoría fueron descritas como no continentales. El desamparo y el aislamiento social de esta población son dos aspectos a seguir profundizando.

Desde el punto de vista diagnóstico se dividen en tres categorías de manera homogénea: trastornos de la personalidad (límite y antisocial), esquizofrenia y trastorno bipolar. En el análisis comparativo con el resto de los pacientes hospitalizados en igual período se encontró una sobrerrepresentación de los trastornos afectivos (fundamentalmente bipolar) y los trastornos de la personalidad, mientras que en los no PRF predominan los trastornos psicóticos. Los trastornos de conducta predominaron como motivo de ingreso, sobre todo la heteroagresividad. Este aspecto puede resultar en un aumento de los reingresos debido al desgaste que estas conductas generan en el entorno. Asimismo, se destacó el consumo de sustancias psicoactivas y los antecedentes de IAE.

La problemática de los reingresos frecuentes pone en evidencia una carencia en el sistema de salud nacional en lo que respecta a estructuras específicas capaces de contener a estos pacientes y constituye un desafío en el proceso de reforma de la atención en salud mental que está atravesando Uruguay.

## Agradecimientos

A la Dra. Fernanda Porteiro, por sus correcciones y sugerencias en la etapa inicial del proyecto.

A la Prof. Susana Martínez, tutora de la tesis de maestría.

A las Dras. Carina Ricciardi y Prof. Agda Sandra Romano, por sus valiosos aportes.

A la Dra. Mariana Sotelo y al Lic. Gonzalo Giraldez del Departamento de Estadística del

Hospital Vilardebó, por su colaboración en el procesamiento y análisis de la información.

Al Departamento de Registros Médicos, por facilitar el acceso a las historias clínicas.

## Referencias bibliográficas

1. **Linares Vallejo I.** Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría (tesis de doctorado). Universidad de Valladolid, 2002. Disponible en: <<http://www.cervantesvirtual.com/obra/estudio-evolutivo-de-pacientes-con-ingresos-multiples-en-psiquiatria--0/>>. (Consulta: 1/2017)
2. **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* 2012; 27(4):229-233. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.05.003>
3. **Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Havassy BE, Goldfinger SM, Hopkin JT.** Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38(10):1112-1114.
4. **Green JH.** Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39(9):963-966.
5. **Kent S, Yellowlees P.** The relationship between social factors and frequent use of psychiatric services. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29(3):403-408. DOI: <https://doi.org/10.3109/00048679509064947>
6. **Silva NC, Bassani DG, Palazzo LS.** A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions. *Psychiatr Serv* 2009; 60(6):786-791. DOI: 10.1176/ps.2009.60.6.786
7. **Roick C, Heider D, Kilian R, Matschinger H, Toumi M, Angermeyer MC.** Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(9):744-751. DOI: 10.1007/s00127-004-0807-8
8. **Martínez-Ortega JM, Gutiérrez-Rojas L, Jurado D, Higuera A, Díaz FJ, Gurpegui M.** Factors associated with frequent psychiatric admissions in a general hospital in Spain. *Int J Soc Psychiatry* 2012; 58(5):532-535. DOI: 10.1177/0020764011413061
9. **Goldfinger SM, Hopkin JT, Surber RW.** Treatment resisters or system resisters?: toward a better service system for acute care recidivists. *New Dir Ment Health Serv* 1984; 21:17-27.
10. **Vogel S, Huguelet P.** Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95(3):244-253.
11. **Rosenblatt A, Mayer JE.** The recidivism of mental patients: a review of past studies. *Am J Orthopsychiatry* 1974; 44(5):697-706.
12. **Fresan A, Apiquian R, Nicolini H, Garcia-Anaya M.** Association between violent behavior and psychotic relapse in schizophrenia: once more through the revolving door? *Salud Mental* 2007; 30(1):25-30.
13. **Mellesdal L, Mehlum L, Wentzel-Larsen T, Kroken R, Arild Jørgensen HA.** Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psychiatr Serv* 2010; 61(1):25-31. DOI: 10.1176/appi.ps.61.1.25
14. **Di Lorenzo R, Sagona M, Landi G, Martire L, Piemonte C, Del Giovane C.** The revolving door phenomenon in an Italian acute psychiatric ward: a 5-year retrospective analysis of the potential risk factors. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204(9):686-692.
15. **Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hübner-Liebermann B, Hajak, G.** The revolving door phenomenon revisited: time to readmission in 17'145

patients with 37'697 hospitalisations at a German psychiatric hospital. *PLoS One* 2013; 8(10):e75612.

16. **Evans LJ, Harris V, Newman L, Beck A.** Rapid and frequent psychiatric readmissions: associated factors. *Int J Psychiatr Clin Pract* 2017; 1-6. DOI: 10.1080/13651501.2017.1324037
17. **Kent S, Yellowlees P.** Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45(4):347-350.
18. **Kent S, Fogarty M, Yellowlees P.** A review of studies of heavy users of psychiatric services. *Psychiatr Serv* 1995; 46(12):1247-1253.
19. **Loch AA.** Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34(2):185-192.
20. **Talbott JA.** Deinstitutionalization: avoiding the disasters of the past. 1979. *Psychiatr Serv* 2004; 55(10):1112-1115. DOI: 10.1176/appi.ps.55.10.1112
21. **Giraldez C.** Estudio de los ingresos primarios del Hospital Vilardebó, en 2007 y 2008, procedentes de Montevideo: un abordaje desde la Geografía de la Salud. *Rev Psiquiatr Urug* 2015; 79(1):49-65.
22. **Pérez V, Ricci G, Trindade A, Romano S.** Descripción de la población asistida en la sala de salud mental del Hospital Maciel en un año. *Rev Psiquiatr Urug* 2015; 79(1):13-28.
23. **Voineskos G, Denault S.** Recurrent psychiatric hospitalization. *Can Med Assoc J* 1978; 118(3):247-250.
24. **Webb S, Yágüez L, Langdon PE.** Factors associated with multiple re-admission to a psychiatric hospital. *J Ment Health* 2007; 16(5):647-661.