



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL AREA DE LA SALUD

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. RAFAEL SERRANO"

***DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO DE PUERTA GIRATORIA  
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE  
AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. RAFAEL  
SERRANO" DE LA CIUDAD DE PUEBLA***

Tesis que para obtener el Diploma de Especialistas en  
Psiquiatría

PRESENTAN:

**DR. ROBERTO ALBARRAN GARCIA**

**DR. OSCAR JESUS CHAVEZ IÑIGUEZ**

RESIDENTES DE CUARTO AÑO DE PSIQUIATRIA

ASESOR EXPERTO Y METODOLOGICO

DRA. MARIA DEL CARMEN E. LARA MUÑOZ

**HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA, MEXICO 2015.**

## INDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Puerta Giratoria y sus consecuencias.....	6
Salud mental en México.....	9
Análisis de las fortalezas y debilidades del Sistema de Salud Mental en México.....	12
Fortalezas.....	12
Debilidades.....	13
Justificación.....	15
Planteamiento del problema.....	16
Objetivos	
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17
Material y Métodos.....	18
Diseño del Estudio.....	18
Sujetos.....	18
Instrumentos.....	19
Procedimiento.....	23
Análisis de resultados.....	24
Resultados.....	24
Discusión.....	32
Conclusiones.....	34
Referencias.....	35

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el fenómeno de puerta giratoria en la unidad de agudos del hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano", identificando las variables asociadas: sociodemográficas, diagnóstico, apoyo social, adherencia terapéutica, y consumo de alcohol.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio homodémico, prolectivo, comparativo y transversal. Se registró a todos los pacientes hospitalizados en la unidad de agudos del hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano" del 1 de octubre del 2013 al 30 de septiembre del 2014 evaluando solo a aquellos con por lo menos un ingreso previo. Variable dependiente: usuarios de alta frecuencia (UAF, cuestionario de recaídas). Variables independientes: apoyo social (cuestionario de Duke), adherencia terapéutica (Test de Morinsky-Green), consumo de alcohol (Audit). Se compararon los UAF con aquellos que no lo fueron (grupo comparativo) mediante chi cuadrada y t de Student.

**Resultados:** Ingresaron 428 usuarios a la unidad de agudos del hospital, 211 mujeres (49%) y 217 hombres (51%). Doscientos veinte (51%) fueron ingresos de primera vez, 129 (62%) tenían un ingreso previo, y 79 (38% 9) fueron UAF. La edad media de la muestra (reingresos hospitalarios) fue de 38.3 años (D.E. 10.6). Los diagnósticos fueron: esquizofrenia 28 (35.44%), trastorno bipolar 18 (22.78%), trastorno psicótico secundario al uso de múltiples sustancias (incluyendo consumo de alcohol) 13 (16.43%), estos fueron significativamente mayores entre los UAF. Las principales causas de reingreso en los UAF fueron el consumo de alcohol y el negativismo a medicamentos. Los UAF tuvieron menor adherencia terapéutica, suspendiendo tratamiento cuando los síntomas mejoraban. El consumo de alcohol fue de mayor intensidad en los UAF y la percepción baja de apoyo social fue menor en los UAF que en el grupo comparativo ( $p=0.002$ ).

**Conclusiones:** Los UAF representan importantes desafíos sociales, económicos y terapéuticos. Para prevenir e interrumpir el fenómeno de "puerta giratoria" es importante identificar potencialmente a los UAF. Los equipos de salud mental que evalúan o tratan pacientes jóvenes deben tener esta recomendación presente en usuarios con esquizofrenia, trastorno bipolar y otras psicosis por consumo de sustancias, considerando implicaciones individuales de cada paciente, tales como baja adherencia al tratamiento. Implementar nuevas estrategias preventivas de este fenómeno frecuente es parte de la tarea que involucra al personal que atiende la salud mental.

## INTRODUCCIÓN

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos. Lograr que la población conserve la salud mental depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar (Haimowitz et al, 2004).

En el contexto mundial de la desinstitucionalización psiquiátrica contemporánea, el fenómeno del reingreso psiquiátrico impone retos importantes porque expone la fragilidad de la red de servicios de salud mental. Hablar de instituciones se ha convertido, prácticamente, en hablar de sus crisis. En este sentido, la noción de desinstitucionalización ocupa un lugar relevante en la reflexión institucional. Durante las últimas 3 décadas, la desinstitucionalización de los servicios de salud mental permitió transiciones más rápidas desde los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad. Se reconoce como un importante paso para comenzar a terminar con los actuales estigmas asociados a la salud mental (Lewis A, 2001).

### **Puerta Giratoria y sus consecuencias**

El fenómeno de la "puerta giratoria" fue descrito por primera vez en los años 60, en relación precisamente con este proceso de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos (Lichtenberg et al, 2008). Se entiende como aquellos pacientes quienes reingresan a una unidad hospitalaria psiquiátrica aguda. Algunos autores definen este fenómeno refiriéndose a pacientes con ingresos hospitalarios repetidamente dentro de

cortos periodos de tiempo, llamándolos "usuarios de alta frecuencia" (Lichtenberg et al, 2008).

Sugiriendo que los pacientes con reingresos frecuentes serían aquellos pacientes con patologías más graves o crónicas que hubieran permanecido hospitalizados por periodos de larga estancia. Considerando un gran número de variables responsables de este fenómeno, tales como patologías difíciles de tratar, resistencia farmacológica, dificultades en el cumplimiento terapéutico, conductas violentas, dificultades en el seguimiento, tratamientos o programas de rehabilitación inadecuados, problemas en el grupo familiar de apoyo e incluso ausencia de políticas adecuadas de desinstitucionalización (Webb et al, 2007).

Los predictores de reingreso más importantes son el número de hospitalizaciones previas (siendo este el más importante), el incumplimiento terapéutico y el abuso de sustancias psicoactivas, así como pacientes diagnosticados con esquizofrenia, considerado incluso como factor de riesgo para este fenómeno, seguido de pacientes con trastornos psicóticos y trastornos de la personalidad (Rothbard A, 1999).

El fenómeno de la puerta giratoria en las unidades psiquiátricas genera un importante consumo de recursos materiales, humanos y económicos, representando el porcentaje más alto del presupuesto destinado a la salud mental (Sledge, 2008).

En cuanto a la mala adherencia al régimen terapéutico se relacionan factores que involucran desde la vivienda, hasta problemas económicos y familiares así como también el

antecedente de múltiples hospitalizaciones. Los factores demográficos, sociales y clínicos han sido estudiados durante las últimas tres décadas, relacionando los usuarios de alta frecuencia con factores como la mala adherencia al tratamiento, abuso de alcohol y otras sustancias y la edad de la primera admisión involuntaria (Niehaus D, 2008).

El interés de evaluar el fenómeno de puerta giratoria o de hospitalización frecuente en pacientes psiquiátricos viene de la gran importancia que a nuestro juicio representa. En nuestro entorno se ha llevado a cabo un proceso de desinstitucionalización y adopción progresiva de un modelo de psiquiatría comunitaria en el cual es desgraciadamente frecuente la figura del paciente con múltiples y continuos ingresos. Los recursos con los que se dispone en los sistemas públicos de salud son limitados y es necesario determinar qué programas pueden ser factibles para poner en funcionamiento con el fin de controlar este fenómeno (Martin et al, 2012).

Es importante tener en cuenta que las múltiples hospitalizaciones empeoran el pronóstico de los pacientes psiquiátricos, así como el incremento en el gasto del presupuesto para la salud mental, lo que aumenta aún más nuestro interés en esta cuestión (Prince J, 2008).

La frecuencia de las re hospitalizaciones, se relaciona con variables demográficas no modificables como edad y sexo, así como el diagnóstico y soporte familiar. Se ha comprobado también que el seguimiento ambulatorio se dificulta cuando los pacientes con trastornos psiquiátricos presentan comorbilidad con el abuso de tóxicos. Identificar las características relacionadas con las frecuentes hospitalizaciones, sería útil

para implementar servicios más eficaces y menos costos (Sánchez et al, 2010).

Usuarios de alta frecuencia: Pacientes quienes son admitidos a hospitalización repetidamente y tras su alta permanecen estables por períodos cortos de tiempo. También son llamados usuarios frecuentes o paciente de "puerta giratoria".

- ▶ *Roick et al.* definió (UAF) más de 3 admisiones en 30 meses.
- ▶ *Korkeila et al.* presentaron conclusiones similares y añadieron que pacientes con estancia intrahospitalaria más prolongada eran más susceptibles en convertirse en (UAF) en el futuro.
- ▶ *Gastal et al.* encontraron que (UAF) son más jóvenes, solteros y con diagnóstico de trastorno psicótico.

### **Servicio de salud mental en México**

El Sistema de Salud Mexicano se encuentra organizado en un sector público importante y un privado. En el primero se incluyen los servicios al sector asalariado y formal de la economía que representa el 47% de la población. Este tipo de seguridad social garantiza el acceso a la atención de la salud, con financiamiento bipartita como el ISSSTE (patrón-empleado) y tripartita como el IMSS (patrón-empleado-gobierno).

La Secretaría de Salud destina para la salud mental el 2% del presupuesto total asignado y, de este porcentaje, el 80% se utiliza para los gastos de los hospitales psiquiátricos. La población que tiene libre acceso a los medicamentos



psicotrópicos representa el 85%; quiénes no gozan de esta prestación pagan por una dosis diaria de tratamiento antipsicótico 0.85 dólares, lo que representa el 19% del salario mínimo diario en México. En el caso de los antidepresivos, el costo de la dosis diaria es de 0.17 dólares y representa el 4% del salario mínimo.

Entre los servicios que ofrece el Seguro Popular se incluyen diversas acciones preventivas como la detección precoz de los trastornos alimentarios, trastornos depresivos, de ansiedad y adicciones; estas acciones están distribuidas por grupos etarios. Los trastornos que reciben tratamiento son los siguientes: trastornos afectivos, de ansiedad y psicóticos. El Seguro Popular contempla la atención ambulatoria en el primer nivel y en la hospitalización breve.

México cuenta con 544 establecimientos ambulatorios de salud mental, de los cuales el 3% está destinado a niños y adolescentes, que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes. Del total de usuarios atendidos, 56% son mujeres, 44% hombres y el 27% niños y adolescentes.

En el país, hay 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales con un total de 147 camas, lo que representa 0.14 por cada 100,000 habitantes. El 8% está reservado para niños y adolescentes. Del total de pacientes atendidos, 60% son mujeres y 9% niños o adolescentes, quienes en promedio permanecen internados 14 días. El número de admisiones asciende a 1873, lo que esto significa cerca de 2 pacientes por cada 100,000 habitantes. Los principales diagnósticos corresponden a trastornos afectivos (27%), trastornos asociados al consumo de drogas (18%) y a los

englobados en otros (22%).

Existen 46 hospitales psiquiátricos, de los cuales 13 corresponden al sector privado y 63% están integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios. Hay 5 camas por cada 100,000 habitantes y únicamente el 3% están reservadas para niños o adolescentes. En los últimos 5 años, la cantidad de camas ha disminuido en un 3%.

Estos establecimientos atienden a 47 usuarios por cada 100,000 habitantes: 50% son mujeres y 6% niños y adolescentes. Los diagnósticos más frecuentes nuevamente son los trastornos afectivos (27%), la esquizofrenia (24%) y otros padecimientos, tales como trastornos orgánicos o epilepsia (16%). En promedio, los pacientes pasan 24 días hospitalizados; el 58% permanecen menos de un año; 4% entre uno y cuatro años, 7%, entre 5 y 10 años y 31% más de 10 años. La mayoría (80%) recibe algún tipo de intervención psicosocial en el último año y 98% de ellos, se hizo disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica.

El 77% de las camas de psiquiatría están ubicadas en las ciudades más grandes o cerca de ellas; esta situación produce desigualdad de acceso a los servicios de salud mental para las minorías (lingüísticas, étnicas, religiosas).

En las unidades de internamiento psiquiátrico, en hospitales generales, hay por cada cama 0.23 psiquiatra y 0.36 trabajador de la salud (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etcétera); en los hospitales psiquiátricos, la tasa es de 0.9 psiquiatra y de 0.48 trabajador de la salud.

## **Análisis de las fortalezas y debilidades del Sistema de Salud Mental en México**

### **Fortalezas**

Se dispone de un programa de acción que incluye lineamientos para las políticas en salud mental así como estrategias, acciones y metas encaminadas a solucionar los problemas prioritarios. También se propone la integración de la salud mental a la red de servicios de salud en general, así como la revisión y actualización de la legislación, incluida la protección de los derechos humanos de los pacientes.

La población que no se encuentra cubierta por la seguridad social (45% del total de los mexicanos) tiene la posibilidad de ser atendida dentro del Seguro Popular que cuenta con un subsidio tanto federal como local. El Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), suscrito dentro del Seguro, incluye la cobertura de los principales trastornos mentales. Se encuentran disponibles por lo menos un medicamento de cada clase terapéutica en la mayoría de los establecimientos de salud mental, por ejemplo en el 98% de los hospitales psiquiátricos y 67% de los servicios de consulta externa.

Existe un órgano independiente del sector salud que vigila los derechos humanos de los pacientes, cuya instancia realiza inspecciones en 67% de los hospitales psiquiátricos; además el 63% del personal de estas instituciones recibe algún tipo de capacitación sobre los derechos humanos.

## **Debilidades**

La atención de las enfermedades mentales no está del todo integrada en los programas de atención a la salud en general y es insuficiente el trabajo multidisciplinario. Se carece de un programa nacional de salud mental específico para la niñez, lo que obstaculiza la detección y atención tempranas de los trastornos; tampoco existe un programa destinado a los problemas mentales de los adultos mayores.

A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención de la salud mental en México descansa en los hospitales psiquiátricos, en consecuencia los costos de atención resultan elevados y la mayoría de los esfuerzos (económicos, normas, etc.) no se destinan a los establecimientos del primer nivel de atención. El desarrollo del componente de salud mental dentro de los hospitales generales es muy escaso, lo que imposibilita la detección temprana y continua de los trastornos mentales y del comportamiento. El presupuesto asignado a salud mental está por debajo de la media de los países de ingresos medios-altos que está alrededor del 3.5%; además la distribución resulta inadecuada, pues el 80% se asigna al mantenimiento de los hospitales.

Los recursos humanos especializados en salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros), que trabajan en el sector público, es reducido. Los servicios que existen están concentrados en las grandes urbes, lo cual dificulta el acceso a las poblaciones rurales e indígenas que suelen vivir en regiones distantes a estas ciudades.

Existe un escaso contacto entre el sector salud y otros

sectores en actividades relacionadas con la salud mental; por ejemplo, sólo 5% de las escuelas cuentan con un psicólogo y en pocas se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de trastornos mentales. También son pocos los programas destinados a que las personas con discapacidad mental puedan contar con un trabajo remunerado y con otras prestaciones sociales y legales.

## JUSTIFICACION

Los múltiples reingresos hospitalarios, así como las recaídas en enfermedades psiquiátricas, empeoran el pronóstico del paciente, llevándolo a una forma más rápida de disfuncionalidad en diferentes áreas. El mayor porcentaje del gasto destinado a la salud mental, corresponde a los hospitales psiquiátricos, limitando así la utilización de este recurso para implementar nuevas estrategias que disminuyan este fenómeno de puerta giratoria.

Existen factores de riesgos modificables y no modificables, que al ser identificados en la población de pacientes que acuden al hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, se pudiera prevenir la cantidad de reingresos a la unidad de hospitalización psiquiátrica aguda.

Conocer las principales causas de reingreso a la unidad de hospitalización aguda del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, permitirá implementar estrategias que servirán no solo prevenir el fenómeno de puerta giratoria, sino pudieran además generar un impacto positivo en el pronóstico de los pacientes, retardando o evitando su deterioro, e incluso permitirá establecer pautas para la distribución de los recursos en la atención de los pacientes con trastornos mentales.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El fenómeno de puerta giratoria es un fenómeno desgraciadamente frecuente, además de relevante, ya que se genera en un grupo de pacientes vulnerable; las causas van desde la falta de políticas adecuadas en el tratamiento ambulatorio, así como factores no modificables, generando un mayor costo y por lo tanto un impacto en el gasto del presupuesto asignado a la salud mental. En el hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano", aun no se conoce el comportamiento de este fenómeno.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Describir el fenómeno de puerta giratoria en la unidad de hospitalización aguda del hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Comparar las causas de reingreso de los UAF vs no-UAF a la unidad de hospitalización psiquiátrica aguda del hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".
- Comparar los trastornos psiquiátricos más frecuentes de los UAF vs no-UAF en los reingresos a la unidad mencionada.
- Identificar y comparar las variables demográficas de los pacientes con reingreso hospitalario a la unidad mencionada.
- Describir y comparar la percepción de apoyo social de los usuarios con reingresos a la unidad mencionada.
- Describir y comparar la adherencia al tratamiento de los usuarios con reingresos a la unidad de hospitalización aguda del hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".
- Describir y comparar el tipo de consumo de alcohol de los usuarios con reingresos a la unidad de hospitalización aguda del hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".



## MATERIAL Y METODOS

### *DISEÑO DEL ESTUDIO*

Se llevó a cabo un estudio homodémico, prolectivo, comparativo y transversal.

### *SUJETOS*

Se registró a todos los pacientes hospitalizados en la unidad de hospitalización aguda del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, evaluando solo a aquellos con por lo menos un ingreso previo.

### *VARIABLES*

**Variable Dependiente:** Usuario de alta frecuencia (UAF) es el paciente con uno o más reingresos hospitalarios durante un período de 12 meses.

**Variable Independiente:** Apoyo social, adherencia terapéutica, consumo de alcohol.

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Instrumento</b>
<b>Usuario de alta frecuencia</b>	Dicotómica	<b>Cuestionario de reingresos</b>
<b>Apoyo social</b>	Ordinal	<b>Cuestionario Duke</b>
<b>Apego al tratamiento</b>	Ordinal	<b>Test de Morisky-Green</b>
<b>Abuso de alcohol</b>	Ordinal	<b>AUDIT</b>

Acorde a las características de la población del hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano",

### **INSTRUMENTOS DE MEDICION**

Se entrevistó a cada paciente con su respectivo expediente clínico durante su estancia en la unidad de hospitalización aguda el mismo día o días después de su ingreso, aplicando el cuestionario de recaídas así como las escalas de apoyo social de Duke, el test de Morinsky- Green para evaluar apego terapéutico y finalmente la escala AUDIT para el consumo de alcohol, solo a aquellos usuarios con por lo menos un ingreso previo.

#### ***Cuestionario de recaídas***

Cuestionario que fue diseñado por los autores y asesora experta de esta tesis, con el fin de recolectar los datos relevantes del reingreso hospitalario. Fue aplicado por el entrevistador, en este caso ambos autores, y recolecta información sociodemográfica (edad, sexo, fecha de nacimiento, estado civil, lugar de residencia, con quien vive, ocupación y escolaridad), datos sobre la hospitalización actual (fecha de ingreso, fecha de la entrevista, fuente de información, motivo del internamiento actual, síntomas presentes al momento del

ingreso, diagnóstico, tratamiento previo al internamiento actual, frecuencia en la toma de medicamentos, así como quien se encarga de verificar la toma del medicamento), información sobre las cinco consultas previas al ingreso (fecha de la consulta, diagnóstico y tratamiento indicado), información de los cinco internamientos previos (fecha de ingreso y egreso, edad, diagnósticos de ingreso y egreso, días de estancia hospitalaria y tratamiento al egreso) y un cuestionario de cinco preguntas en relación al número de hospitalizaciones totales del paciente (la edad de inicio de los síntomas psiquiátricos, la edad en que se recibe por primera vez atención en salud mental y si conocían el diagnóstico y tratamiento de inicio).

#### ***Cuestionario de apoyo social subjetivo de Duke***

Es un instrumento que evalúa el apoyo social funcional o cualitativo percibido, y tiene la ventaja de ser multidimensional, sencillo y breve. Evalúa el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el apoyo afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía). Ha sido validado en población mexicana y colombiana, y se utiliza fundamentalmente en personas con patologías médicas (Cuellar, 2012).

### ***Test de Morinsky-Green***

Este método, está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morinsky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial sistémica. Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento en diferentes enfermedades (Rodríguez et al 2008).

Consiste en una serie de 4 preguntas con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No (Rodríguez et al 2008).

## **AUDIT**

El Test AUDIT, es un test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol, se utiliza para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol, así como una dependencia. Fue desarrollado por la organización mundial de la salud (OMS) como un método simple de escrutinio del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve (Babor et al, 2001).

Ha sido validado en pacientes de atención primaria en varios países. Es el único test de escrutinio diseñado específicamente para uso internacional. Es breve, rápido y flexible. Puede ser administrado por el personal de salud o en su defecto auto aplicable. En nuestro estudio, se llevó a cabo la versión de entrevista por parte de los autores. Consta de tres dominios, los cuales valoran el consumo de riesgo de alcohol, los síntomas de dependencia y el consumo perjudicial de alcohol, los primeros dos dominios constan de tres preguntas cada uno y el ultimo de cuatro preguntas, las puntuaciones va de 0 a 4 en cada pregunta. Las puntuaciones se interpretan de la siguiente manera:

Puntuaciones entre 0 y 7 solo aconsejan una educación sobre el alcohol.

Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo.

Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y abordaje continuado.

Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol (Babor et al, 2001).

### **PROCEDIMIENTO**

El estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano", recolectando la información, de manera anónima y confidencial.

Se realizaron visitas de por lo menos cada dos días a la unidad de hospitalización aguda del hospital psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano" en la ciudad de Puebla. Se analizaron todos los pacientes consecutivamente admitidos durante un periodo de 12 meses, del 1 de octubre del 2013 al 30 de septiembre del 2014 evaluando los pacientes con al menos un ingreso previo; el hospital psiquiátrico atiende a la población del estado de Puebla y en menor proporción a las poblaciones de los estados de Tlaxcala, Veracruz, Morelos, Guerrero, Oaxaca y el Estado de México. La unidad de hospitalización aguda del hospital psiquiátrico, se encuentra dividida en dos salas, una para hombres, denominada como sala tres y una para mujeres, denominada sala dos, contando con un total de 60 camas, dentro de las cuales se provee una atención psiquiátrica, incluyendo la evaluación clínica, tratamiento psicofarmacológico, cuidados de enfermería, psicología y rehabilitación; los pacientes son egresados a la comunidad, después de estabilizar los síntomas agudos.

Al momento del ingreso del paciente se revisaba su expediente. Se registraron a todos los pacientes, incluyendo aquellos usuarios de nuevo ingreso, sin embargo, solo se aplicaron las escalas y entrevistas a aquellos que tenían registrados por lo menos un ingreso previo. Los instrumentos se aplicaron a lo largo de su estancia hospitalaria dependiendo de las condiciones clínicas de cada paciente. Se corroboraba la información de los ingresos y reingresos en un registro electrónico en la oficina de archivo clínico, en el área de estadística. Los datos recolectados incluyen variables sociodemográficos (edad, sexo, origen, estado civil, residencia), diagnósticos, fecha y duración de la admisión. Los diagnósticos se registraron tal cual se describieron en el expediente clínico, en las notas de ingreso y egreso hospitalarias, así como de los diagnósticos reportados en las últimas cinco consultas previas al reingreso. Se compararon los resultados de los UAF vs UNF con chi-cuadrada y t de Student, estableciéndose el nivel de significancia estadística en 0.05.

### **Resultados**

Durante el período de estudio del 01 de Octubre del 2013 al 31 de Septiembre del 2014, ingresaron 428 usuarios a la unidad de hospitalización aguda, de los cuales 211 (49%) fueron mujeres y 217 (51%) hombres.

Del total de ingresos, 220 (51%) fueron ingresos de primera vez y 208 (49%) tenían un ingreso previo, de estos últimos,

129 (30%) tenían un ingreso previo solamente, denominados como usuarios no frecuentes (UNF) y 79 (19%) fueron considerados como usuarios de alta frecuencia (UAF)(Tabla 1).

<b>TABLA 1. TOTAL DE INGRESOS HOSPITALARIOS</b>		
<b>Ingresos</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ingresos (Primera Vez)</b>	220	51
<b>Usuarios No Frecuentes (UNF)</b>	129	30
<b>Usuarios de Alta Frecuencia (UAF)</b>	79	19
<b>Total</b>	<b>428</b>	<b>100</b>
<b>Reingresos</b>		
<b>Usuarios No Frecuentes (UNF)</b>	129	62.02
<b>Usuarios de Alta Frecuencia (UAF)</b>	79	37.98
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>

La edad media (desviación estándar) de la muestra (Reingresos hospitalarios) fue de 38.3 años. La media (desviación estándar) del tiempo de estancia intrahospitalaria de los usuarios de alta frecuencia fue de 16.7 días. La mayoría de los reingresos hospitalarios fueron de tipo involuntario.



Los usuarios de alta frecuencia (n=79), fueron 37 (46.8%) mujeres y 42 (53.16%) hombres. Sin haber diferencias significativas en el sexo (Tabla 3).

<b>TABLA 3.</b>				
<b>SEXO</b>				
	<b>FEMENINO</b>		<b>MASCULINO</b>	
	N	%	N	%
<b>UNF</b>	<b>67</b>	64.42	62	59.62
<b>UAF</b>	<b>37</b>	35.58	42	40.38
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>
				<i>P= 0.4750</i>

Los diagnósticos más frecuentes entre los usuarios frecuentes y usuarios no frecuentes. Los diagnósticos de esquizofrenia 28 (35.44%), trastorno bipolar 18 (22.78%), trastorno psicótico secundario al uso de múltiples sustancias (incluyendo consumo de alcohol) 13 (16.43%), fueron significativamente mayores entre los usuarios de alta frecuencia; los diagnósticos de trastorno depresivo mayor predominaron en los usuarios con el primer ingreso hospitalario. Los diagnósticos de trastornos de la personalidad, demencia u otras condiciones orgánicas no presentaron diferencias significativas entre los diferentes grupos (TABLA 4).

TABLA 4.				
DIAGNOSTICOS				
	USUARIOS DE ALTA FRECUENCIA		USUARIOS NO FRECUENTES	
	N	%	N	%
<i>Esquizofrenia</i>	26	<b>32.91</b>	47	<b>37.6</b>
<i>Trastorno Bipolar</i>	21	<b>26.58</b>	32	<b>25.6</b>
<i>Trastorno Psicótico secundario a consumo de múltiples sustancias</i>	10	<b>12.66</b>	7	<b>5.6</b>
<i>Trastorno Esquizoafectivo</i>	6	<b>7.59</b>	10	<b>8</b>
<i>Retraso Mental Moderado</i>	3	<b>3.8</b>	3	<b>2.4</b>
<i>Trastorno Psicótico secundario a consumo de alcohol</i>	3	<b>3.8</b>	2	<b>1.6</b>
<i>Trastorno Depresivo Mayor grave c/síntomas psicóticos</i>	2	<b>2.53</b>	6	<b>4.8</b>
<i>Trastorno Esquizofreniforme</i>	1	<b>1.27</b>	6	<b>4.8</b>
<i>Trastorno Psicótico Agudo</i>	2	<b>2.53</b>		
<i>Alucinosis Orgánica</i>	1	<b>1.27</b>		
<i>Epilepsia con cuadro interictal</i>	1	<b>1.27</b>		
<i>Espectro Autista</i>	1	<b>1.27</b>		
<i>Síndrome Demencial</i>	1	<b>1.27</b>		
<i>Trastorno Del Humor Secundario a Epilepsia</i>	1	<b>1.27</b>		
<i>Trastorno Psicótico Secundario a Epilepsia</i>			9	<b>7.2</b>
<i>Trastorno Orgánico de la Personalidad</i>			2	<b>1.6</b>
<i>Trastorno Ideas Delirantes</i>			1	<b>0.8</b>

El nivel de escolaridad entre los usuarios de alta frecuencia y los usuarios no frecuentes no fue significativo para las tasas de readmisión hospitalaria, sin embargo es destacable que la mayoría de los usuarios presentaban primaria (n=42) y secundaria completa (n=5); de los usuarios con analfabetismo 55.56% se reportan como usuarios de alta frecuencia; los usuarios con un nivel de bachillerato incompleto 53.85% fueron usuarios de alta frecuencia, sin embargo las diferencias no fueron significativas ( $p=0.78$ ) (Tabla 5).

<b>Tabla 5.</b>					
<b>ESCOLARIDAD</b>					
	<b>UNF</b>	<b>%</b>	<b>UAF</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ANALFABETA</b>	4 (44.44)	3.2	5 (55.56)	6.3	<b>9</b>
<b>CARRERA TECNICA</b>	3 (75)	2.4	1 (25)	1.3	<b>4</b>
<b>BACHILLERATO COMPLETO</b>	13 (56.52)	10.4	10 (43.48)	12.7	<b>23</b>
<b>BACHILLERATO INCOMPLETO</b>	6 (46.15)	4.8	7 (53.85)	8.9	<b>13</b>
<b>LIC. INCOMPLETA</b>	1 (100)	0.8			<b>1</b>
<b>LIC. COMPLETA</b>	10 (66.67)	8	5 (33.33)	6.3	<b>15</b>
<b>NORMAL SUPERIOR</b>	1 (50)	0.8	1 (50)	1.3	<b>2</b>
<b>PRIMARIA COMPLETA</b>	28 (66.67)	22.4	14 (33.33)	17.7	<b>42</b>
<b>PRIMARIA INCOMPLETA</b>	21 (56.76)	16.8	16 (43.24)	20.3	<b>37</b>
<b>SECUNDARIA COMPLETA</b>	28 (68.29)	22.4	13 (31.71)	16.5	<b>41</b>
<b>SECUNDARIA INCOMPLETA</b>	10 (58.82)	8	7 (41.18)	8.9	<b>17</b>
	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>79</b>	<b>100.0</b>	<b>204</b>
					<b>P=0.7873</b>

<b>TABLA 6.</b>					
<b>OCUPACION</b>					
	<b>UNF</b>	<b>%</b>	<b>UAF</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
<b>AGRICULTORES</b>	15 (68.18)	<b>12.00</b>	7 (31.82)	<b>8.86</b>	<b>22</b>
<b>OFICIALES</b>	3 (50)	<b>2.40</b>	3 (50)	<b>3.80</b>	<b>6</b>
<b>OPERADORES</b>	1 (100)	<b>0.80</b>			<b>1</b>
<b>PROFESIONALES</b>	5 (83.33)	<b>4.00</b>	1 (16.67)	<b>1.27</b>	<b>6</b>
<b>TRABAJOR NO CALIFICADO</b>	97 (59.51)	<b>77.60</b>	66 (40.49)	<b>83.54</b>	<b>163</b>
<b>VENDEDORES</b>	4 (66.67)	<b>3.20</b>	2 (33.33)	<b>2.53</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>	<b>100.00</b>	<b>79</b>	<b>100.00</b>	<b>204</b>
					<i>P= 0.7</i>

Tener un empleo es considerado un factor de protección universal, dentro de dicha instancia el desempleo contribuyó en ambos grupos a los resultados del estudio siendo los trabajadores no calificados o desempleados (40.49%) usuarios de alta frecuencia por lo que se reafirma lo señalado en artículos previos como un factor de riesgo importante para la re hospitalización de los usuarios (Tabla 6).

Los resultados muestran que vivir con los hermanos (48.72%) y vivir con el cónyuge (38.78%) era un factor de riesgo mayor para ser usuario de alta frecuencia, en comparación con aquellos usuarios que viven con sus hijos que representaban

únicamente el (27.7%) de los usuarios de alta frecuencia (tabla 7).

<b>TABLA 7.</b>					
<b>CON QUIEN VIVE</b>					
	<b>UNF</b>	<b>%</b>	<b>UAF</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ABUELOS</b>	1 (50)	<b>0.79</b>	1 (50)	<b>1.27</b>	<b>2</b>
<b>CONYUGE</b>	19 (61.29)	<b>15.08</b>	12 (38.71)	<b>15.19</b>	<b>31</b>
<b>HERMANOS</b>	20 (51.28)	<b>15.87</b>	19 (48.72)	<b>24.05</b>	<b>39</b>
<b>HIJOS</b>	8 (72.73)	<b>6.35</b>	3 (27.27)	<b>3.80</b>	<b>11</b>
<b>PADRES</b>	64 (64)	<b>50.79</b>	36 (36)	<b>45.57</b>	<b>100</b>
<b>PRESO</b>	1 (100)	<b>0.79</b>			<b>1</b>
<b>SOBRINOS</b>	2 (66.667)	<b>1.59</b>	1 (33.33)	<b>1.27</b>	<b>3</b>
<b>SOLO</b>	8 (61.54)	<b>6.35</b>	5 (38.46)	<b>6.33</b>	<b>13</b>
<b>TIOS</b>	3 (60)	<b>2.38</b>	2 (40)	<b>2.53</b>	<b>5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100.00</b>	<b>79</b>	<b>100.00</b>	<b>205</b>

*P=0.9109*

Dentro de las características demográficas en relación al estado civil (casado, divorciado, soltero), los usuarios solteros (42.86%), casados (34.55%) y divorciados (25%) eran usuarios de alta frecuencia (tabla 8).

<b>TABLA 8.</b>					
<b>ESTADO CIVIL</b>					
	<b>UNF</b>	<b>%</b>	<b>UAF</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
<b>CASADO/UNION LIBRE</b>	36 (65.45)	28.57	19 (34.55)	24.05	55
<b>DIVORCIADO/SEPARADO</b>	18 (75)	14.29	6 (25)	7.59	24
<b>SOLTERO</b>	72 (57.14)	57.14	54 (42.86)	68.35	126
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100.00</b>	<b>79</b>	<b>100.00</b>	<b>205</b>

*P=0.4054*

**TABLA 9.**

<b>MOTIVO HOSPITALIZACION ACTUAL</b>					
	<b>UNF</b>	<b>%</b>	<b>UAF</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
AGRESION FISICA	1 (100)	<b>0.80</b>	0	0.00	<b>1</b>
BAJA ADHERENCIA	7 (63.64)	<b>5.60</b>	4 (36.36)	5.06	<b>11</b>
CONSUMO DE SUSTANCIAS	6 (37.5)	<b>4.80</b>	10 (62.5)	12.66	<b>16</b>
DISMINUYO DOSIS	1 (33.33)	<b>0.80</b>	2 (66.67)	2.53	<b>3</b>
IDEACION SUICIDA	1 (100)	<b>0.80</b>	0	0.00	<b>1</b>
INDICACION POR DIRECTIVOS	2 (100)	<b>1.60</b>	0	0.00	<b>2</b>
INTENTO SUICIDA	0	<b>0.00</b>	1 (100)	1.27	<b>1</b>
INTOX POR LITIO	1 (100)	<b>0.80</b>	0	0.00	<b>1</b>
MODIFICACION DE TRATAMIENTO	2 (50)	<b>1.60</b>	2 (50)	2.53	<b>4</b>
RESISTENTE A TRATAMIENTO	11 (64.71)	<b>8.80</b>	6 (35.29)	7.59	<b>17</b>
SINTOMAS DEPRESIVOS	1 (100)	<b>0.80</b>	0	0.00	<b>1</b>
VIOLENCIA	0	<b>0.00</b>	1 (100)	1.27	<b>1</b>
NEGATIVISMO A TRATAMIENTO	92 (63.45)	<b>73.60</b>	53 (36.55)	67.09	<b>145</b>
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>	<b>100.00</b>	<b>79</b>	<b>100.00</b>	<b>204</b>

*P=0.4684*

En cuanto a las principales causas y motivos de internamiento hospitalario, los usuarios con negativismo al tratamiento (36.55%) son usuarios de alta frecuencia; cabe destacar que el uso de sustancias (incluyendo consumo de alcohol) representaban el 62.5% de los usuarios de alta frecuencia (Tabla 9).

El negativismo al tratamiento, principal causa de internamiento hospitalario se evaluó mediante la adherencia terapéutica con

el uso del test-morinsky Green el cual se encontró que los usuarios de alta frecuencia (n=79) comparados con los usuarios no frecuentes, suspenden su medicamento cuando presentan mejoría (p=0.02); la mayoría de los usuarios de alta frecuencia no tenían una adecuada adherencia terapéutica reflejando altos porcentajes de incumplimiento (Tabla 10).

<b>TABLA 10.</b>						
<b>ADHERENCIA TERAPEUTICA</b>						
<b>RESPUESTA</b>	<b>UNF</b>	<b>%</b>	<b>UAF</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>X2</b>
<b>SI</b>	110 (59.14)	<b>85.27</b>	76 (40.86)	<b>96.20</b>	186	<i>P=0.0602</i>
<b>NO</b>	99 (58.58)	<b>76.74</b>	70 (41.42)	<b>88.61</b>	169	<i>P=0.1028</i>
<b>SI</b>	105 (58.33)	<b>81.40</b>	75 (41.67)	<b>94.94</b>	180	<i>P= 0.02</i>
<b>SI</b>	110 (59.14)	<b>85.27</b>	76 (40.86)	<b>96.20</b>	186	<i>P= 0.0602</i>

Adherencia terapéutica

El apoyo social percibido por los usuarios de alta frecuencia tanto por los usuarios no frecuentes, fue un apoyo social bajo sin embargo el 40% eran representados por los usuarios de alta frecuencia (p=0.02), sin embargo es importante señalar que el 12.5% de los usuarios de alta frecuencia tenían una percepción normal o adecuada, factor que se considera de importancia para evitar la re hospitalización (Tabla 11).

<b>TABLA 11.</b>					
<b>APOYO SOCIAL</b>					
	<b>UNF</b>	<b>%</b>	<b>UAF</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
<b>NORMAL</b>	14 (87.5)	<b>10.85</b>	2 (12.5)	<b>2.53</b>	16
<b>BAJO</b>	115 (59.9)	<b>89.15</b>	77 (40.1)	<b>97.47</b>	192
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100</b>	<b>79</b>	<b>100</b>	<b>208</b>

*P=0.02*

Los resultados del test Audit reportaron que la mayoría de los usuarios tanto los de alta frecuencia como los no frecuentes se encontraban en una zona de riesgo I, es decir, considerados no como consumidores pesados de alcohol (Tabla 12).

<b>Tabla 12.</b>				
	<b>USUARIOS DE ALTA FRECUENCIA</b>		<b>USUARIOS NO FRECUENTES</b>	
<b>ZONA I</b>	60	<b>75.95</b>	103	<b>83.06</b>
<b>ZONA II</b>	6	<b>7.59</b>	9	<b>7.26</b>
<b>ZONA III</b>	7	<b>8.86</b>	3	<b>2.42</b>
<b>ZONA IV</b>	6	<b>7.59</b>	9	<b>7.26</b>

### ***Discusión***

Los usuarios con alguna hospitalización previa, considerados como reingresos a la unidad de hospitalización aguda, representaron el 48,83% de los pacientes admitidos durante el período de estudio en un año, es decir, usuarios responsables de casi la mitad de los ingresos durante este período. Este hallazgo tiene grandes implicaciones clínicas y económicas.

El estudio encontró que los usuarios de alta frecuencia, fueron significativamente mayores que los usuarios no frecuentes, lo cual es consistente con el consenso general.



Los diagnósticos más frecuentes en los usuarios de alta frecuencia fueron los trastornos psicóticos, entre ellos esquizofrenia y psicosis secundaria al consumo de sustancias, seguidos de los trastornos afectivos, principalmente trastorno bipolar, hallazgos prácticamente similares a los reportados en artículos previos, siendo consistentes en que la esquizofrenia es considerada como factor de riesgo para el número de reingresos hospitalarios.

La presencia de síntomas psicóticos, pobre conciencia de enfermedad, y pobre adherencia al tratamiento, aunado a la cronicidad de la enfermedad y condiciones sociales desfavorables, así como la edad de inicio de dichas enfermedades, contribuyen a estos resultados como previamente se sugirió.

Las diferencias diagnósticas en los usuarios reingresadores comparados con los usuarios ingresados por primera vez, es la alta prevalencia de los trastornos del estado de ánimo, principalmente el trastorno depresivo mayor, en estos últimos pacientes, particularmente aquellos con historia familiar como antecedente, lo cual puede ser consecuencia de la historia natural de la enfermedad, ya que varios de ellos, evolucionaron a un trastorno bipolar en sus consecutivas consultas.

Como indican estudios previos las admisiones involuntarias fueron significativamente más comunes entre los usuarios frecuentes.

A diferencia de estudios previos donde se consideraban usuarios de alta frecuencia a aquellos con por lo menos tres ingresos en el último año, en este estudio, se incluyeron a todos los pacientes que contaban con un ingreso previo hospitalario, sin

tomar en cuenta el tiempo transcurrido desde dicho ingreso, lo que hizo considerar a estos usuarios como usuarios de alta frecuencia.

Este estudio retrospectivo es el primer en explorar características clínicas y demográficas de usuarios frecuentes en una unidad de hospitalización psiquiátrica aguda en el país.

### **Fortalezas y limitaciones**

Una de las fortalezas de este estudio, fueron el gran tamaño de la muestra y las características de la misma, la cual se obtuvo del seguimiento durante todo un año de todos los ingresos a la unidad de agudos del hospital psiquiátrico, tomando en cuenta la gran demanda con respecto a servicios de salud mental que brinda el Hospital Psiquiátrico, y por lo tanto es representativa de la práctica clínica habitual.

A pesar de estas fortalezas, la falta de información de otras variables sociales, clínicas y terapéuticas, fue una de las limitaciones encontradas.

### **Conclusiones**

Los pacientes admitidos frecuentemente representan importantes desafíos sociales, económicos y terapéuticos. Los resultados han proporcionado un perfil de los pacientes que puedan requerir las admisiones repetidas a hospitales psiquiátricos.

Para prevenir e interrumpir el fenómeno de la "puerta giratoria" es importante identificar potencialmente a los usuarios frecuentes.

Los equipos de salud mental que evalúan o tratan pacientes jóvenes deben tener esta recomendación presente en usuarios con esquizofrenia, trastorno bipolar y otras psicosis y con una historia de admisión involuntaria.

Un mejor manejo multidisciplinario de los pacientes con esquizofrenia o trastorno afectivo que normalmente tienen estancias hospitalarias más largas también puede ayudar a reducir efectivamente la probabilidad de reingreso durante los cinco años después del alta.

La identificación temprana de este subgrupo de pacientes es esencial para la planificación e implementación de estrategias de atención específicas, ya sea en el hospital o después del hospital, para reducir aún más la readmisión de pacientes psiquiátricos en México.

Se deberán realizar programas intensivos de atención hospitalaria y comunitaria asignados a estos pacientes y a sus cuidadores. Un mayor acercamiento en la práctica psiquiátrica dentro de la comunidad después del alta reduce la probabilidad del riesgo de reingreso.

Se necesitan futuras investigaciones para aclarar otros factores asociados con frecuentes hospitalizaciones en unidades psiquiátricas, tales como factores socioeconómicos, comorbilidad médica general, condiciones psiquiátricas asociadas que incluyen la psicopatología familiar, el estigma hacia la enfermedad mental entre otros.

La investigación también debe examinar el modelo de hospitalización y cuidados psiquiátricos para asegurar una

mejor organización de servicios y tratamiento hacia esta población vulnerable.

## REFERENCIAS

BERENZON S, SAAVEDRA N, ET AL. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, (IESM-OMS), MÉXICO 2011.

AJ, LEWIS DA. After deinstitutionalization: the present and future of mental health long-term policy. J Soc Issues.

BAREKATAIN M, REZA M, HASSANNEJAD R, ET AL. Factors Associated with Readmission of Patients at a University Hospital Psychiatric. Psychiatry Journal 2013.

BABOR T, HIGGINS J, SAUNDERS J, MONTEIRO M. AUDIT. Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consume de alcohol. Organizacion Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de sustancias. 2001.

CUELLAR I, DRESCH V. Validacion del cuestionario de apoyo social functional Duke-UNK 11 en personas cuidadoras. RIDEP 2012.

GARCIA J, VEGA D, VISPE A, RODRIGUEZ M, GONZALEZ C. Estudio descriptivo de reingresos en una unidad de internamiento breve en la zona sur de Gran Canaria. Psiquiatría 2004; 8 (4).

HAIMOWITZ S, J.D. Slowing the revolving door: community reentry of offenders with mental illness. Law and psychiatry April 2004; 55; 4.

KORKELIA J.A, LEHTINEN V, TUORI T, HELENIUS H. Frequently hospitalized psychiatric patients: a study of predictive factors. Soc psychiatry epidemiol 1998; 33; 528-534.

LANGDON P, YAGUEZ L, BROWN J, HOPE A. Who walks through the "revolving-door" of a british psychiatric hospital? Department of psychology, institute of psychiatry, King's college, London, UK. Journal of menthal health 2001; 10; 5; 525-533.

LICHETENBERG P, LEVINSON D, SHARSHEVSKY Y, FELDMAN D, LACHMAN M. Clinical case management of revolving door patients-a semi-randomized study. Acta psychiatry scand 2008; 117; 449-454.

NIEHAUS D, KOEN L, GALAL U, ET AL. Crisis discharge and readmission risk in acute psychiatric male inpatients. BMC Psychiatry 2008.8; 44.

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; 575-582.

PRINCE J. D, AKINCIGIL A., KALAY E. ET AL. Psychiatric rehospitalization among elderly persons in the United States. Psychiatric Services 2008.59; 9; 1038-1045.

RODRIGUEZ M, GARCIA E, AMARILES P, RODRIGUEZ A. ET AL. Revision de test de medicion del cumplimiento terapeutico utilizados en la practica clinica. Atencion Primaria 2008; 40 (8): 413-7.

ROTHBARD A, KUNO E, SCHINNAR A. P, HADLEY T. R, AND TURK R. Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: a 3-year follow-up study. American

Journal of Psychiatry 1999. 156; 6: 920-927.

SLEDGE W. H, ASTRACHAN B, THOMPSON K, RAKFELDT J, LEAF P. Case management in psychiatry: an analysis of tasks. American Journal of Psychiatry. 152; 9.

VOGEL S, HUGUELET P. Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. Acta psychiatry scand 1997; 95; 244-253.

WEBB S, YAGUEZ L, LANGDON P. Factors associated with multiple re-admission to a psychiatric hospital. Journal of mental health 2007; 16 (5); 647-661.