878525

VNIVERSIDAD NVEVO MVNDO

2ej
3

ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

EVOLUCION Y FACTORES ASOCIADOS AL FENOMENO DE LA PUERTA GIRATORIA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

VICKY PEREZ DAYAN

DIRECTOR DE TESIS: LIC. LUCIA REYES ROMERO

MEXICO, D. F. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

262991

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

PAGINACION DISCONTINUA

El destino es el que baraja las cartas,
pero nosotros los que las jugamos.

Arthur Schopenhauer

Este trabajo es parte de una investigación que se llevó a cabo en la División de Investigaciones clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud a cargo del Dr. Francisco Páez Agraz.

Por parte del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", participó la Dra. Yleana Teresa López Delfin.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....5

CAPITULO I. LA ENFERMEDAD MENTAL
1.1.Epidemiología de los trastornos mentales en población abierta y hospitalaria.....7

1.2.Evolución histórica del concepto de locura.....11

1.3.Politicas de desinstitucionalización. Del asilo a la hospitalización breve.....14

1.4.Origenes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".....18

CAPITULO II. FENOMENO DE PUERTA GIRATORIA

2.1Teorias clínicas de pacientes de puerta giratoria.....22

2.2 Definición del fenómeno de la "puerta giratoria".....28

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1 Planteamiento del problema.....48
3.2Objetivos.....48
3.3 Diseño.....49
3.4Sujetos.....49
3.5Criterios de Selección.....49
3.6Variables e Instrumentos.....49
3.7Procedimiento.....57
3.8Análisis Estadístico.....57

CAPITULO IV .RESULTADOS.
4.1Descripción general.....59
4.2Frecuencia del fenómeno de la puerta giratoria.....62
4.3Fenómeno de la puerta giratoria y variables clínico-demográficas.....62
4.4Análisis discriminantes del fenómeno de la puerta giratoria.....64
4.5Análisis de sobrevivencia para el FPG.....64

CAPITULO V. DISCUSION 66

CAPITULO VI. CONCLUSIONES.....72

BIBLIOGRAFÍA.....73

INTRODUCCIÓN

El cambio histórico del tratamiento del enfermo mental centrado en la hospitalización prolongada con un énfasis en la construcción de asilos, hacia una atención más abierta y promotora de la reinserción del paciente a su comunidad, ha provocado un fenómeno que, en los últimos años, ha llamado la atención a los profesionales de la administración en salud mental pública: la rehospitalización frecuente, también conocida como el "fenómeno de la puerta giratoria" (FPG).

Un número importante de enfermos mentales, ya sea por su padecimiento, por la carencia de redes sociales de apoyo o de deficiencias específicas en los sistemás de atención en salud mental puede caer en un circulo vicioso de ingreso y egreso hospitalario que, sin resolver el problema individual, genera una carga financiera importante para las instituciones que proporcionan los servicios de atención psiquiátrica.

El estudio de los sujetos con el FPG no es reciente y diversos factores, tanto clínicos como demográficos, han sido encontrados como predictores específicos del mismo. El FPG no sólo depende de elementos individuales, sino que se ve inmerso en las complejas situaciones que se viven en el país y tiempo en el que es estudiado. Este tipo de fenómenos deben pues, ser estudiados con diferentes ópticas y en geografías y condiciones diferentes para tratar de responder a las preguntas que plantee el sitio de estudio en particular.

Este trabajo pretende explorar la prevalencia del FPG en el contexto del hospital psiquiátrico público más grande de México, con el objeto de reconocer los principales factores clínicos y demográficos involucrados, a fin de que el problema sea reconocido como tal por las autoridades hospitalarias en lo particular y sanitarias en lo general, para tratar de proponer medidas específicas que acoten la magnitud del problema.

El sustento teórico de este trabajo arranca con una discusión sobre las formás tradicionales de atención asilar y el cambio hacia una visión centrada en los modelos médicos de atención. Posteriormente se analiza la situación histórica y presente de los hospitales psiquiátricos en México, haciendo énfasis en la descripción del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", para finalizar con los aspectos epidemiológicos, teóricos y factores asociados al fenómeno de la puerta giratoria.

CAPITULO I. LA ENFERMEDAD MENTAL
1.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN POBLACIÓN ABIERTA Y HOSPITALARIA.

Las enfermedades mentales son uno de los principales problemas de nuestro tiempo. En Gran Bretaña uno de cada nueve hombres y una de cada seis mujeres son susceptibles a ingresar en un hospital mental, mientras que el 25% de todas las camás de hospital lo ocupan pacientes mentales. Leemos también que en los Estados Unidos los médicos extienden un total de 200 millones de recetas de fármacos psicoactivos en el curso de un sólo año (23).

En México, Caraveo y cols (4) hizo una revisión panorámica de los estudios epidemiológicos en el terreno de la psiquiatría llevados a cabo por investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Los estudios llevados a cabo en la práctica médica familiar han mostrado prevalencias con un rango entre 29 a 51%, predominando los trastornos depresivos y ansiosos que en sus formás más severas afectan por igual a hombres y mujeres. Por otra parte, los estudios en población general han estimado una prevalencia entre 15 y 18% de trastornos psiquiátricos entre la población adulta. De manera similar, entre los trastornos más severos no se apreciaron diferencias por género, pero sí en las formás depresivas menores que resultaron ser más frecuentes en las mujeres. Complementariamente, la estimación de la prevalencia de trastornos en los menores entre 3 y 12 años ha sido de 15 al 20%, habiéndose encontrado asociada con la presencia de trastornos depresivos en los adultos y con el consumo elevado de alcohol.

Finalmente, entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados se encontró que las condiciones más frecuentemente referidas son los trastornos esquizofrénicos, el retraso mental y otras psicosis orgánicas crónicas. Es frecuente que los familiares los abandonen, lo que favorece la tendencia a asilarlos.

Para disponer de un panorama completo de los padecimientos mentales que aquejan a la población, se requiere información de los tres ámbitos en los que se puede estudiar el fenómeno:

1. Las instituciones, representadas por los hospitales, psiquiátricos y los servicios de consulta externa de psiquiatría y salud mental.

2. Los servicios generales de salud.

3: La comunidad general.

1. Estudios en la práctica médica general

Una serie de investigaciones ha sido verificada para determinar la frecuencia de trastornos psiquiátricos en la población que acude a solicitar atención en los servicios médicos de diversas instituciones.

La prevalencia de los trastornos mentales ha mostrado un rango de 29 a 51% (5); sin embargo, estas diferencias se reducen al considerar solamente los casos más severos, indicando en general, una prevalencia del 10% de casos que requieren atención especializada. Los síndromes depresivos y ansiosos son las formás psicopatológicas más frecuentes, y las mujeres que sufren estos trastornos presentan mayor número de síntomas que los varones.

Por lo que toca a la detección de los trastornos por parte de los médicos generales, se ha encontrado, como en otros países, que el médico general sólo identifica entre una tercera parte y la mitad de los pacientes que requieren alguna forma de intervención.

En el estudio más reciente llevado a cabo en un centro de salud, los casos identificados por los médicos, en su mayoría correspondieron a trastornos de larga duración como la distimia, los episodios depresivos recurrentes y la dependencia de alcohol (6).

2. Estudios en población general

En 1988 se realizó la Encuesta Nacional de Adicciones en una muestra representativa de la población urbana del país (7) (Dirección Nacional de Epidemiología). Asimismo, en una submuestra de 2,025 personas adultas con edades entre 18 y 65 años, se aplicó la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM). Este estudio es el primero en su género que ha intentado estimar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos específicos en México. Entre los hallazgos reportados por el estudio, se encontró una prevalencia general entre 15 y el 18% considerando sólo aquellas clases diagnósticas con mayor certeza de definición y de mayor severidad (5). Los trastornos afectivos bipolares constituyeron el 0.6% y predominaron en los hombres; los trastornos

depresivos más severos alcanzaron el 3.2%, y mostraron una ligera tendencia a ser más frecuentes en edades mayores. Por otra parte, los trastornos depresivos menores representaron el 10.3%, predominando la neurosis depresiva en las mujeres tanto en jóvenes como en la edad madura.

En las clases diagnósticas relativas a psicosis, se estimó una prevalencia de 0.7% para las sugestivas de un trastorno esquizofrénico, las cuales afectan por igual a hombres y a mujeres, predominando en el grupo de edad más joven. La psicosis inespecífica representó un 0.9%, y se apreció un incremento con la edad y afectó por igual a ambos géneros. Los trastornos obsesivos se estimaron en 2.9%, afectaron principalmente a mujeres en edad media. Los trastornos de ansiedad representaron el 0.7%, siendo más frecuentes en las mujeres y en el grupo de edad más joven. Finalmente, la epilepsia se estimó en un 3.7%, y afectó por igual a hombres y a mujeres, reportando una mayor frecuencia en el grupo de más edad. La estimación global y los trastornos específicos son similares a los reportados en estudios recientes (5) .

Otros hallazgos del estudio señalaron que 7% del total de la población estudiada manifestó haber estado incapacitada para asistir al trabajo o a la escuela o para realizar sus actividades diarias a causa de este tipo de padecimientos. Asimismo, cerca del 70% reportó que ante la presencia de este tipo de problemas acuden familiares, amigos o se automedican, sugiriendo una subutilización de los servicios (34).

3. *Estudios en instituciones*

La demanda atendida en los servicios de salud mental en los centros de salud de la ciudad de México han mostrado que en la población adulta, los trastornos depresivos y de ansiedad son los más frecuentes .Por otra parte, los estudios y reportes de la demanda atendida a nivel hospitalario, indican que está principalmente consta de pacientes con patologías de larga evolución. Las psicosis esquizofrénicas, al igual que en otros países, ocupan el primer lugar (15) .

Durante 1992 se realizó una encuesta de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en las unidades de la Secretaría de Salud en la República (8). El objetivo del estudio fue obtener información actualizada acerca de la población hospitalizada en las unidades psiquiátricas de la Secretaria de Salud, así como de sus condiciones clínicas y necesidades de atención. Esta información es

insumo indispensable para la planificación, programación, operación y evaluación de los servicios. Asimismo, el estudio fue planteado para desarrollar una base de datos que en el futuro integrará un sistema de vigilancia epidemiológica para los hospitales psiquiátricos. Los resultados hacen referencia tanto a las unidades para enfermos agudos, como a las de los crónicos, permitiendo contar con una ventana epidemiológica acerca de la población atendida con trastornos psiquiátricos severos.

Entre los diagnósticos más frecuentes destacaron los trastornos esquizofrénicos y el retraso mental, representando cada uno el 32% del total de diagnósticos; las psicosis orgánicas crónicas con un 28%; la epilepsia con 12%; la dependencia de drogas con 7%; la dependencia al alcohol con 6% y las demencias seniles y preseniles con 4%. De acuerdo al diagnóstico principal y por género, los resultados indicaron que en las mujeres hospitalizadas fueron, comparativamente, más frecuentes las demencias, las psicosis afectivas y otras psicosis no orgánicas, mientras que en los hombres resaltaron principalmente las adicciones al alcohol y a las drogas, y en menor proporción a los trastornos esquizofrénicos.

La dependencia al alcohol como motivo de internamiento aparece desde los 21 hasta los 70 años, mientras que por dependencia a las drogas, fundamentalmente se extiende hasta los 50 años. Es preciso resaltar que esta última condición es más frecuente que la primera hasta los 40 años, invirtiéndose la razón a partir de la siguiente década. El 36% de los pacientes ha sido abandonado, carece de familiares, es rechazado por éstos o no se localizan. Se realizó un análisis de regresión múltiple para delimitar los factores asociados al tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes. Las variables estudiadas que se tomaron en cuenta para la regresión fueron las siguientes: 1) variables sociodemográficas, 2) estado clínico actual, 3) tipo y grado de invalidez, 4) si cuentan con familiares, 5) si son visitados, 6)si participan en actividades de rehabilitación y 7) posibilidades de ser dados de alta.

Por las variables incluidas en la regresión, el tiempo de estancia de los pacientes quedó explicado en un 44%. Los factores más frecuentes asociados fueron los siguientes; los pacientes con un mayor tiempo de estancia son los de edad más avanzada, sin familiares, con un mayor grado de invalidez, con un diagnóstico principal de retraso mental, con una evaluación clínica actual de estado demencial, con un padecimiento fundamental crónico, sin participación en actividades de rehabilitación y sin posibilidades de alta por abandono familiar (8).

1.2 EVOLUCIÓN HISTORICA DEL CONCEPTO DE LOCURA.

Históricamente, las personas a las que tenían por enfermás mentales eran encadenadas, encerradas, sujetas a psicoterapia o a medicación según las épocas, y todo ello con un objetivo parecido: controlar su comportamiento y minimizar los trastornos que su anormalidad ocasiona a la sociedad.

La religión fue en un tiempo la fuente principal de control social con sus confesiones, excomulgaciones e inquisiciones. Durante casi 400 años el estado ha sido el más importante administrador de control social. En la sociedad moderna la medicina se está convirtiendo en una forma cada vez más poderosa y corriente de control social, especialmente en términos de psicoterapia, fármacos y cirugía (23).

La historia del trastorno mental no es la historia de la psiquiatría. Desde los tiempos más remotos se sabe que ha existido algo a lo que se ha llamado locura. La enajenación, el modo de vivir y de comportarse de forma distinta a la común, es tan antigua como la humanidad.

La historia de la evolución de la actitud del ser humano frente a esta realidad demuestra que ha sido muy variada e influenciada por creencias religiosas, filosóficas, supersticiones o concepciones mágicas elementales de la vida. Michel Foucault en su obra *"FOLIE ET DERAISON. HISTOIRE DE LA FOLIE A L'AGE CLASSIQUE"* (Locura y sin razón. Historia de la locura en el período clásico), hace un intento de aproximación a la comprensión, si no de la locura, sí por lo menos de la actitud que la sociedad ha tenido hacia ella a lo largo de su historia (41).

La medicina ha pasado por diversas etapas con respecto al trastorno mental. Mientras que los autores clásicos la describen junto a otras del ser humano, durante muchos siglos, a lo largo de toda la Edad Media, predominaron concepciones mágico-religiosas que alejaban el trastorno mental del concepto de enfermedad y le atribuían otros orígenes. En el Renacimiento empiezan ya a manifestarse opiniones que acercan la locura al concepto global de enfermedad y conciben al enajenado como un enfermo más. Este modelo médico del trastorno mental se fue afianzando a lo largo del siglo XVII para integrarse en el siglo XIX con los grandes clínicos franceses y alemanes totalmente dentro del cuerpo de la doctrina médica. El psiquiatra era ya un

médico más y la patología mental se convertía en una parcela de la patología general (41).

Este largo proceso impuso una lucha, desarrollada a través de los siglos, que dejó de tener sentido a medida que las investigaciones histológicas, fisiológicas y bioquímicas fueron aportando datos para construir el edificio de la concepción científico natural de las alteraciones psíquicas.

Los hallazgos que la sociología, la antropología y el psicoanálisis de Sigmund Freud (1859-1939) hicieron paralelamente por otras vías contribuyeron también a develar muchos de los trastornos cuya naturaleza era ignorada hasta entonces. Durante años el ideal de la psiquiatría fue prescindir del término locura, palabra carente de sentido desde el punto de vista objetivo, ya que su significado era y es difícilmente definible. "Perder la razón" no tiene traducción en términos psiquiátricos.

Cada una de las entidades estaba perfectamente descrita y poseía características específicas suficientes para diferenciarlas de las demás. El concepto de locura se alejaba, conservando sólo un sentido profano y literario, pero desprovisto de significación en términos científicos (41).

Fue Ludwing Binswanger (1881-1966) quién volvió a plantear el problema de la locura y el enfrentamiento de la psiquiatría con el "loco". Se preocupó por la actitud global del enfermo frente al mundo y se dedicó a analizar las diferencias estructurales de la transformación que el individuo experimentaba ante esta nueva realidad que suponía la enajenación, concibiendo a la locura como una nueva forma de estar en el mundo. Lo cierto es que, con él, reaparece en el mundo de la psiquiatría el problema de la locura con toda su intensidad y profundidad.

Cuando se habla de locura resulta difícil mantener una postura científica, ya que el concepto es prácticamente imposible de encasillar dentro del campo de los conceptos objetivos. La psiquiatría, si se pretende científica, debe erradicar el concepto de "loco", que sólo sirve para perturbar sus esquemás y no encaja en ninguna de sus categorías. El psiquiatra que se beneficia de los hallazgos del laboratorio y que aplica las concepciones del neurofisiólogo, ignora lo que el profano entiende por "loco", término que para él carece de sentido y valor científico. Esta actitud tan clara y aséptica desde el punto de vista conceptual, ha sido perturbada durante los últimos tiempos por toda una

serie de hechos que han aparecido encadenadamente y que han puesto cuestionamientos a muchos de los conceptos que el psiquiatra clínico tradicional parecía tener ya resueltos. En efecto, al situar en primer plano la realidad llamada "alineación o locura", al dudar de las afirmaciones de los psiquiatras científicos y al plantear el problema de la etiología de los trastornos psíquicos, e incluso el problema de su naturaleza, se puede llegar a dudar de su identificación como caso particular de la patología.

Se pone en duda la filiación de la "locura" como enfermedad, abandonando el modelo médico del trastorno mental para atribuirle un significado radicalmente distinto. Así, la concepción de la alienación como un producto de origen social y familiar, surgido de una condiciones ambientales determinadas que la crean como mecanismo de respuesta frente a ciertas presiones del medio ambiente circundante, es la principal o más destacada característica de lo que se conoce como psiquiatría crítica (41).

1.3 POLITICAS DE DESINSTITUCIONALIZACION. DEL ASILO A LA HOSPITALIZACIÓN BREVE

Paralelamente a la evolución del concepto de enfermedad mental se plantea el problema de la asistencia a los enfermos mentales. En el campo de la asistencia psiquiátrica, el manicomio se concibe como prestador de una asistencia anacrónica e injustificada tanto científica como socialmente, muchas veces inoperante y otras francamente perjudicial.

La toma de conciencia por parte de los psiquiatras de los errores de la asistencia sanatorial data de muchos años, y sin embargo, en algunos casos no cambian o cambian muy lentamente.

Hoy existe ya una idea clara acerca de los graves daños que produce la hospitalización prolongada e indefinida, totalmente injustificada fuera de las fases agudas de trastorno psíquico. El grave efecto del hospitalismo, se puede traducir en la inactividad, la pérdida de la iniciativa que supone el estar ingresado durante largo tiempo, y la pavorosa acumulación de centenares de pacientes, muchas veces hacinados y sin los cuidados mínimos, no ya de higiene mental, sino muchas veces de la elemental higiene general.

Las deficiencias asistenciales han sido otra de las fuentes que han originado el surgimiento de la actitud contestataria que supone la antipsiquiatría. La trágica apariencia que hace años presentaban las clínicas psiquiaticas, actualmente se ha modificado de una forma extraordinaria a causa de lo recursos de la psicofarmacología. El psiquiatra sanatorial posee hoy una extensa gama de drogas que le permiten actuar sobre la agitación, la ansiedad, las alteraciones psicomotrices, la impulsividad y la explosividad (41).

Aunque la postura contraria al uso de los fármacos, por parte de la antipsiquiatría puede ser cuestionada, el hecho es que la actitud crítica de este movimiento favoreció en muchos países el abandono de las estrategias de asistencia asilar, para substituirlas con otras de índole comunitario e integral.

En Italia, la desinstutucionalización está representada principalmente por Franco Basaglia, que dirigió el Hospital Psiquiátrico de Goriza desde 1961 hasta 1969, después asumió la dirección del Hospital Psiquiátrico de Colorno, en Parma y finalmente pasó a Trieste a dirigir otra institución psiquiátrica. Por

donde ha pasado, Basaglia ha implantado ideas que pueden considerase revolucionarias, cambiando por completo el tipo de asistencia y de trato a los internos. Es una personalidad fuertemente polémica, que dio lugar a conflictos con la administración por su actitud decidida e intolerante con los fallos que generaba la inercia administrativa. En su opinión, la misión del psiquiatra es "luchar contra el sistema que permite las nefastas condiciones de la asistencia actual". "O se es cómplice, o se actúa y se destruye", radicalización que prácticamente roza con la anarquía y la utopía.

La obra de Basaglia, recorre toda la historia de la experiencia antipsiquiatrica de Gorizia, es decir, la transformación de un manicomio tradicional en una institución operativa que ha intentado desterrar y destruir la imagen habitual de la enfermedad mental.

El equipo de Basaglia desarrolla sus concepciones en confrontación directa con el sistema asistencial de todas las instituciones sociales, no solamente las psiquiátricas, sino incluso las que se ocupan de otros "desviados sociales". La característica de la actitud de la sociedad frente a los desviados es el régimen custodial punitivo que persigue el control social de una forma totalitaria. Al rebelarse contra las bases de este sistema intentan establecer las líneas generales de un tipo distinto de ayuda social. Para ellos, salud y enfermedad, normalidad y desviación, dentro y fuera, más y menos, antes y después, son, en el mundo totalitario capitalista, polos contrarios y equivalentes de una realidad única (41).

Un equipo de trabajadores propuso desmantelar sistemáticamente la estructura autoritaria de un hospital psiquiátrico provincial de Gorizia en la frontera entre Italia y Yugoslavia. El proyecto no pretendía simplemente que el asilo "funcione mejor", sino quería sentar las bases de su destrucción total. La existencia del asilo representaba una contradicción. La contradicción central de la propia psiquiatría: la que existe entre la cura y la custodia.

El grupo de Gorizia se dio cuenta que mientras sus actividades se viesen confinadas entre las paredes del asilo, se encontrarían en un callejón sin salida. Era necesario salir del asilo e introducirse a la comunidad, ya que era en ella donde estaban las contradicciones que creaban los sufrimientos mentales.

En 1971 se pone en marcha el desmantelamiento del asilo municipal con la instauración concomitante de servicios comunitarios descentralizados (41). A los pacientes había que devolverles sus derechos como ciudadanos, en términos tanto legales como económicos, remplazando su situación de custodia por otra contractual. Este proceso consiste en poner los cimientos definitivos de su pertenencia al cuerpo social. Era el primer paso, y no el último, hacia la rehabilitación del ex-internado.

Mientras que antes las instituciones mediaban entre el paciente y el mundo exterior, la nueva meta consistía en establecer una relación directa. A tal efecto una gran parte de los esfuerzos del equipo durante los primeros años del proyecto se encaminó hacia la creación de nuevos vínculos entre los pacientes y la sociedad (23).

Las transformaciones que estamos describiendo no tuvieron lugar de la noche a la mañana, desde luego, sino a lo largo de un periodo de siete años: a los pacientes se les dio de alta sólo gradualmente y en el lapso intermedio se hicieron cambios drásticos en el modo de dirigir el hospital.

El primer paso consistió en eliminar la regimentación y la coerción física a la que estaban sometidos los internos del hospital. Se abolieron todos los mecanismos de coerción, así como la administración de electrochoques e insulinoterapia: cuando era necesario sujetar al paciente se hacía siempre de manera personal en vez de mecánica. Seguían administrándose fármacos pero sólo para facilitar el desarrollo de relaciones personales y nunca como tratamiento exclusivo.

A las actividades grupales, se les dió carácter de voluntarias, se abandonaron las que nada hacían por satisfacer las necesidades del paciente y se estimularon las que ayudaban a recuperar su condición de ser social. Se mostraron películas y obras teatrales importantes, permitiéndoles la entrada al público, a menudo atraían a gran número de personas ajenas al hospital.

También se organizaron vacaciones para grupos de pacientes, los cuales se alojaban en hoteles normales de la costa. Así, no bastó con eliminar las barreras físicas entre los pacientes y el mundo exterior: hubo que idear actividades que echaran abajo las barreras sociales que existían aún (23) .

Se trataba de que los pacientes recuperaran su autonomía más que organizarles la vida. Sin embargo para la mayoría no fue posible encontrar alojamiento fuera del hospital, lo que obligó a acondicionar como residencia algunos de los edificios vacíos. Allí los ex-pacientes podían comer y dormir en calidad de huéspedes.

Finalmente algunos pacientes, los que requerían una ayuda constante por ser demásiado viejos o estar incapacitados, permanecieron en el hospital hasta que finalmente se les trasladó a un hospital general.

El equipo de "primeros auxilios", que se creó en 1977, proporciona un servicio de urgencias abierto las veinticuatro horas del día: puede recurrir a él, por ejemplo, el personal del hospital general cuando se ve incapaz de solucionar alguna situación. El equipo decidía sobre la marcha si hay que ingresar o no al paciente; cuando era posible se evitaba el ingreso, pero, en el supuesto que fuera inevitable, se lleva a cabo con un mínimo de formalidades. Se establece contacto con parientes y vecinos para investigar los orígenes de la crisis.

La introducción de este servicio produjo un acusado descenso del número de pacientes ingresados en la sala de tratamiento (23).

El fenómeno de desinstitucionalización aplicado en forma arbitraria y sin un trabajo comunitarios que acompañara la reinserción del enfermo en su sociedad generó en muchos países, el reingreso persistente a las instituciones. En la misma Italia en las ciudades del centro y sur, el fenómeno del reingreso se hizo muy frecuente y los hospitales con orientación asilar regresaron a funcionar.

1.4 ORIGENES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ".(11)

Como un paréntesis en el análisis teórico que da sustento a esta investigación, consideramos prudente proporcionar un panorama del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", por ser la sede del estudio que se realizó. Esto es relevante pues se ha visto que los resultados difícilmente pueden ser generalizados a todo tipo de instituciones en virtud de la población específica que está destinada a atender y el esquema de organización del sistema de atención en salud mental en el que está inserto.

La reforma del sistema de atención psiquiátrica era indispensable y debía ser realizado a fondo por lo que en 1965 las autoridades federales proponen el desmantelamiento de La Castañeda, institución que debido a su diseño de asilo de principios de siglo, con enfoque asistencial y coartativo, impedía el mejoramiento de la calidad en el servicio psiquiátrico.

Para solventar esta situación se elaboró la Operación Castañeda, que tenía como objetivo primordial modernizar la atención psiquiátrica para la región del país que incluía al Distrito Federal y sus alrededores.

Se visualizó que un hospital no sería suficiente, que era indispensable establecer un circuito en cada una de las unidades tendría una función y una localización específicas.

La propuesta señalada como óptima por el grupo de evaluación incluía las siguientes instalaciones, los hospitales que sustituyeron al Manicomio de la Castañeda fueron:

-el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez con 600 camás, para enfermos mentales agudos,
-el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan Navarro con 200 camás,
-el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, en Tláhuac con 519 camás,
-el Hospital Psiquiátrico Dr. Adolfo M. Nieto con 524 camás, los dos anteriores contaban con camás dedicadas a pacientes envueltos en problemas judiciales,

-el Hospital Psiquiátrico, Hidalgo. Con 620 camás para enfermos crónicos no recuperables.

El Hospital "Fray Bernardino Alvarez" se planeó como el centro neurálgico del sistema de atención para la salud mental, ya que sería al tamiz por el que se canalizarían los pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento requerido en cada persona (11).

Las instalaciones que lo diferenciaban del Manicomio General, generadas en la psiquiatría moderna eran:

- Consulta Externa
- Departamento de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento
- Hospitalización
- Terapia Ocupacional y Recreativa
- Enseñanza

El objetivo de la institución, generado bajo el enfoque de la psiquiatría moderna, es el brindar atención integral al enfermo mental agudo de ambos sexos, mayor de 15 años.

Al hospital se le asignaron como funciones básicas:

a) La prevención de las enfermedades mentales
b) El diagnóstico y tratamiento de las mismás
c) La rehabilitación de los pacientes que padecen enfermedad mental
d) La enseñanza
e) La investigación

A finales de la década de los años sesenta y durante los setentas, el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" vivió una de sus mejores épocas.

Desgraciadamente, para finales de los años setenta y principios de los ochenta, el Hospital recibía prácticamente el mismo presupuesto económico que a sus inicios, lo cual trajo como consecuencia un menoscabo en la infraestructura física, y a pesar de los esfuerzos para dar una atención de calidad al paciente, lo anterior no era posible. Esta fue la verdadera causa por

la cual el Hospital fue desmerecido en las funciones básicas para las cuales había sido creado.

Después de casi veinte años de seguir funcionando bajo los mismos preceptos operativos y teóricos, durante los cuales la inamovilidad había generado una gran desorganización, el hospital presentaba una problemática tanto técnica como administrativa.

Se precisaba en esos momentos de un cambio de administración con la inclusión de directivos preparados tanto a nivel médico como con una sólida formación en la administración (11).

A la llegada del Dr.Carlos J. Castañeda, quien fungió como Director del hospital desde el mes de enero de 1986 hasta marzo de 1997, se llevó a cabo una reestructuración física, técnica y administrativa de la institución con la cual se obtuvo un importante beneficio.

Los obstáculos no fueron pocos y a la vez, se presentaban en varios ámbitos, sin embargo, la mentalidad institucional y el compromiso de trabajo con el hospital permitió manejar las condiciones hacia un mejoramiento continuó para convertirlo en la institución de su tipo más adelantada en América Latina.

Un punto a favor del desarrollo de la especialidad es la cooperación interinstitucional que se tiene con el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la cual es facilitada por su actual director, el Doctor Ramón de la Fuente Muñiz. Durante este periodo se lograron grandes avances y se crearon nuevos programás para la tensión y la rehabilitación del enfermo mental, en los que los familiares tienen una injerencia y participación durante y después del internamiento de su paciente.

En el mismo aspecto físico se construyó un anexo al edificio principal con dos niveles: la planta baja es ocupada por el servicio de Consulta Externa con 16 consultorios de Psiquitría, Psicología y de Trabajo Social, los cuales trabajan en forma coordinada. Hay que puntualizar que el servicio de consulta externa cuenta con Consulta Psiquiátrica, Terapia Individual, Terapia de Grupo, Terapia de Pareja y Familiar.

En el segundo piso se asientan los servicios de Hospital Parcial, Psiquiatría Comunitaria y Rehabilitación. El segundo de ellos, Psiquiatría Comunitaria, que estableciendo por primera vez en este Hospital, lo que daría un esfuerzo vital por mantener comunicación con la comunidad para prevenir, tratar y dar seguimiento a las enfermedades mentales. Dentro de esta área se crearon los siguientes servicios:

-Hospital de Día
-Hospital de Fin de Semana
-Psiquitría Comunitaria
-Terapia Ocupacional
-Rehabilitación

En lo referente a la investigación se ha adelantado en forma sustancial de tal manera que se realizan investigaciones clínicas como psicofármacos, así como en la línea de estadística, en cooperación con otras instituciones. También se llevan a cabo investigaciones en el área de Psicología y áreas clínicas.

En 1994 se abre la unidad de Observación en Urgencias. Las características propias de las urgencias psiquiátricas hacían indispensable la creación de esta área para observar la evolución y dar tratamiento oportuno a pacientes de corta estancia, lo que les permite reintegrase a su medio prontamente evitando todos los inconvenientes de la hospitalización prolongada. La labor de Observación está en total congruencia con la función de Urgencias que se proporciona las 24 horas del día todo el año sin descanso, para tratar, canalizar y referir a los pacientes a los servicios o instituciones adecuados.

La diferencia tan abrumadora en costo entre un paciente hospitalizado y uno ambulatorio, además de las características socioeconómicas de la población cubierta origina que en muchos casos se utilicen medicamentos de vanguardia, y que éstos sean obsequiados a los pacientes (11).

CAPITULO II. FENOMENO DE PUERTA GIRATORIA
2.1 TEORIAS CLINICAS DE PACIENTES DE PUERTA GIRATORIA

La literatura ha descrito a los pacientes que presentan el fenómeno de puerta giratoria (FPG) como un subgrupo de los pacientes crónicos mentales que tienen una alta demanda por los servicios de salud mental.

Desgraciadamente aún no existe una definición operacional generalizada de lo que es el fenómeno de Puerta Giratoria. Investigaciones anteriores han utilizado criterios altamente variables para definir el fenómeno de Puerta Giratoria aveces desde 3,4,5 y hasta 15 hospitalizaciones psiquiátricas (13,44).

Las teorías clínicas sugieren que el síndrome de puerta giratoria, refleja deficiencias significativas a tres diferentes niveles:

1.Disfunción Organísmica

Muchos de los pacientes, con el FPG manifiestan, independientemente de su primer diagnóstico, defectos en su constancia de sí mimos (*self*) y su constancia de objeto. Su sentido de identidad personal está casi siempre confuso, variable y fragmentado. Hay una frecuente ausencia de metas, valores, y planes consistentes. En algunos casos, la fragmentación a nivel organísmico puede ser profunda (26,31,36).

Cuando se da el caso de que la pérdida de la identidad llega a niveles tan altos, no tiene significado hablar de intervenciones de tratamiento, que no se encargan específicamente de atender este defecto básico. Incluso, aunque los pacientes estén de acuerdo en el tratamiento, se corre el riesgo que al siguiente día, el paciente experimente un cambio de identidad que no esté de acuerdo al tratamiento o que incluso no recuerde el canal de intervención.

Esta fragmentación en la identidad puede incluso afectar las relaciones interpersonales pasadas y futuras del individuo. Los pacientes pueden incluso inventar un conjunto de recuerdos relacionados con su personalidad y vida pasadas (36).

Bajo estas circunstancias, las historias de vida que relatan estos pacientes carecen de credibilidad. Sin ser capaces de establecer su propia realidad en el pasado es muy difícil aprender de su comportamiento pasado.

Los patrones disfuncionales son repetidos una y otra vez. Prácticamente se puede decir que cada paciente nace cada día, sin experiencias ni conocimientos que le sirvan de guía.

Pacientes quienes se inventan las funciones del ego como memoria y prueba de realidad presentes tendrán dificultades en planear el futuro. Es decir; un paciente puede estar de acuerdo en buscar un trabajo o encontrar un apartamento, pero si esos planes no emanan de un sistema del *Self* sólido de metas y valores, éstos serán perdidos tan pronto como el arreglo del tratamiento termine, es decir unos minutos o unas horas después. Esta experiencia resulta muy frustrante para los miembros del personal medico y para los familiares.

Los pacientes que no tienen un coherente y sólido sentido de sí mismos, también mostrarán fallas para archivar una real y consistente figura de las otras personas. Estas distorsiones de percepción del mundo interpersonal tienen obvias y negativas implicaciones para la continuidad del cuidado de sí mismos y seguimiento de metas y planes de vida. Toda esta disfunción puede dar mucha frustración y puede causar que los familiares y amigos dejen sus buenas intenciones y entonces abandonen al paciente.

En el nivel organísmico, entonces, hay una profunda fragmentación del sentido del *self* y de los demás. Esto se traduce en el hecho de que no se puede predecir en realidad la colaboración del paciente con el tratamiento.

Desde esta perspectiva, no es sorprendente que los pacientes con estas características salgan y entren constantemente de los hospitales y servicios externos de salud mental (2).

En ocasiones el paciente ve a los miembros del personal médico como salvadores, y al siguiente minuto el paciente puede estar peleando con ellos al ser ahora vistos como muy malos.

En resumen, aunque los pacientes con FPG son frecuentemente percibidos como una falla del los sistemás de servicios de salud mental, también puede ser entendido como una inevitable parte del curso clínico de algunos pacientes con altos grados de fragmentación del ego.

2. Disfunción interpersonal.

La sociedad no recibe bien a este tipo de personalidades que son inconsistentes y poco confiables en sus relaciones interpersonales. La mayoría de estos pacientes no ha tenido una exitosa separación de sus familias como adultos autónomos quienes sean capaces de funcionar independientemente y de mantener relaciones satisfactorias con los miembros de su familia.

Más precisamente, son explícitos dependientes de sus familias, estos pacientes se involucran en relaciones volátiles y antagonistas con miembros de su familia (36). Frecuentemente, estos pacientes están con parientes, por cortos pero intensos periodos de tiempo, en los que se empeñan en pelear y causar problemas, lo cual da como resultado que los echen de sus hogares. Así pasan *fuera del hogar un tiempo y regresan otra vez para otro encuentro emocional.*

Recordando a Mahler (32), en lo que respecta a la base de operaciones que representa la madre cuando el niño trata de descubrir el mundo en el camino que lo lleva de la dependencia a la independencia. En el desarrollo normal, se supone que los niños en este camino, son capaces de desarrollar un sentimiento de seguridad acerca del mundo y confort acerca de sí mismos y su habilidad para funcionar en la realidad.

Después de algún tiempo, el niño puede entonces separase y consolidar su *self* y lograr su autonomía (32).

Desafortunadamente para los individuos que desarrollan dinámicas fronterizas, este proceso no está completado. Aquí, la madre del futuro fronterizo, tal vez responde al regreso del niño con una helada repulsión y sólo demuestra calidez y soporte emocional cuando restablece una postura dependiente. Por eso es que los pacientes crónicos nunca adquirieron el sentido de sí mismos para ser capaces de funcionar adecuadamente de manera independiente (31).

Para complicar el cuadro, las instancias de tratamiento en ocasiones *refuerzan el modelo defectuoso* del desarrollo interpersonal con estos pacientes.

Los pacientes son capaces de recibir los servicios de las instituciones sólo mientras sean totalmente dependientes de éstas. Cuando el paciente muestra cualquier tipo de pensamiento independiente, o intenta desviarse del plan de tratamiento desarrollado por los miembros del *staff*, la reacción de las agencias es casi por lo general áspera. Los pacientes tienden a ser criticados y algunas veces son transferidos a otros programás de control más amplio, separándolos de ciertos terapistas en quienes ya confiaban.

Con el objeto de no reproducir este modelo patológico, los clínicos deberían sentirse cómodos con sus pacientes cuando se dirigen hacia una mayor autonomía, que cuando enferman y buscan de nuevo un refugio dentro de un encuadre más dependiente (33).

En vez de ver la independencia como un fenómeno de todo o nada, los clínicos deberían verlo como una meta a la que el paciente accede gradualmente a través de estados variables, en diferentes fases. Al principio del tratamiento el paciente será más dependiente, con grandes necesidades de cercanía y soporte, con el paso del tiempo el balance cambiará, conforme el paciente va logrando más autonomía.

El camino desde la dependencia a la autonomía, no procede en una línea recta, hay frecuentes regresos temporales a posiciones de dependencia a medida de que el paciente se dirige a una mayor individuación.

Finalmente, el concepto de la fase de reaproximación durante el desarrollo, que está representada por vacilaciones entre necesidades de acercamiento y autonomía, puede ser útil en la comprensión misma del fenómeno de la puerta giratoria.

Cuando los pacientes vienen y van de la seguridad y cuidados del hospital a la libertad y la autonomía de la comunidad, está reviviendo el movimiento de cercanía y acercamiento característico de la fase de reaproximación, temprana en el desarrollo, aunque no de la manera exitosa como la que supone el desarrollo normal del individuo.

El modelo de puerta giratoria representa un desarrollo truncado del estado de reaproximación. Por eso es tan importante que los hospitales no repitan este modelo de funcionamiento y permitan que los pacientes se muevan gradualmente de la dependencia, sin que por ello se sientan abandonados.

El personal médico del hospital puede facilitar su salida de la fase de reaproximación de una vez por todas (33) .

3.Disfuncion social

Los pacientes con FPG generalmente no poseen redes de apoyo dentro de la sociedad y la comunidad, esto trae como consecuencia que no encuentran ningún lugar de soporte, salvo el hospital estatal.

Las redes sociales de los pacientes crónicos son mucho más pequeñas que las de los pacientes normales o neuróticos debido lógicamente a sus disfunciones organísmicas e interpersonales (3,45).

Durante el tiempo en que el paciente entra y sale del hospital a la comunidad y viceversa, los miembros de las redes sociales con que contaban, empiezan por relacionarse con otras personas que no guardan relación alguna con el paciente y cada vez la relación de éstos y el paciente se ve más afectada llegando a desaparecer.

Por ejemplo, al tiempo de hacer planes para el egreso del paciente del hospital hacia una vida en la comunidad, puede darse el caso de que el paciente insista mudarse con algún familiar especifico. El hospital hace la labor de investigación y descubre que esa persona no ha tenido contacto con el paciente desde hace mucho tiempo y que su último encuentro fue tormentoso y no se le aceptará ahí.

El paciente se ve rechazado de una o varias formás, quedándole como alternativa la rehospitalización. El paciente empieza a formar sus redes sociales dentro del hospital ya que pasan más tiempo ahí que en cualquier otro lugar. Se relacionan con otros pacientes quienes sufren de relaciones interpersonales y de dificultades intrapsiquicas similares. Y así, es sólo dentro del hospital donde se cubren sus necesidades emocionales y materiales (30).

Los pacientes crónicos tienden a exhibir disfuncion a tres niveles: organismica, interpersonal y social. La disfunción en cada nivel se refleja y se relaciona con la disfunción en los otros dos niveles.

En el nivel "organísmico", el paciente experimenta deficiencias en el ego y fragmentación del *self*. En el nivel interpersonal, el paciente tiene dificultades para establecer relaciones significativas con los demás. En el nivel social, el paciente se ve limitado por redes sociales empobrecidas, las cuales se encuentran prácticamente fuera de su alcance en tiempos o fases críticas.

A nivel "organísmico" la puerta giratoria puede reflejar una confusión en las metas y deseos personales, en función de la fragmentación del ego de un individuo que carece de un sentido del *self* estable y coerente. En el nivel interpersonal, la puerta giratoria puede reflejar un lento intento para establecer balance entre autonomía y dependencia (33).

Finalmente, en el nivel social, el FPG puede representar la búsqueda del paciente de relaciones de apoyo continuas, cuando la red social del individuo aparece inadecuada para necesidades presentes.

Las intervenciones terapéuticas que se centran en la distorsionada autoimagen del paciente deben ser utilizadas en un lugar de tratamiento que apoye relaciones interpersonales estables con los miembros del *staff*. Al mismo tiempo, los pacientes deben tener acceso a una red de apoyo que sea adecuada para sus complejas y variadas necesidades (33).

Este trabajo ha identificado la disfunción entre los diferentes niveles de estos pacientes. Al planear el tratamiento apropiado para ellos se tiene que ser responsivos a las múltiples deficiencias sociales y del desarrollo.

El entender la variedad de disfunciones existentes, permite una visión más realista de lo que los pacientes necesitan y de la probabilidad de cómo éstos van a utilizar el sistema de tratamiento.

El tratamiento realista requiere que la FPG no sea observado como un problema. En ocasiones, se le puede encontrar un uso terapéutico y de hecho, puede representar una parte necesaria de tratamiento, como resultado de la interacción del ego fragmentado del paciente y de las inadecuaciones del sistema que proporciona los servicios de atención.

2.2 DEFINICION DEL FENOMENO DE "LA PUERTA GIRATORIA"

Un subgrupo de pacientes psiquiatrícos son conocidos como pacientes de "puerta giratoria" , por su alta frecuencia en admisiones y egresos del hospital.

Las estadísticas nos demuestran que aunque los números de primeras admisiones han estado relativamente estables, el número de pacientes que tienen readmisiones se ha incrementado considerablemente (24) .

Esta situación ha atraído la atención y el consternamiento de los trabajadores de la salud mental; no solamente al cuerpo clínico sino también al administrativo de los hospitales o unidades psiquiátricas.

La literatura les ha adjudicado una multitud de rótulos o etiquetas como los son: "recidivistas", "Pacientes con múltiples readmisiones", "pacientes con rehospitalizaciones frecuentes", "usuarios frecuentes", "multiusuarios de servicios", "usuarios intermitentes",etcétera.

Lo cierto es que los proveedores de servicios de salud mental los experimentan como una másа importante de pacientes y los recursos que se requieren para encontrar y satisfacer sus necesidades, pueden ser enormes. Estas son personas con serios y persistentes problemas de enfermedad mental.

El paciente con FPG es uno de los más problemáticos para tratar y de los más costosos para los sistemás de salud. En algunos lugares comprenden hasta la mitad de todas las admisiones psiquiátricas (29).

Por citar algunos ejemplos, Renato y cols (38), en un estudio realizado en una unidad psiquiátrica del Hospital General de Calgary en Canada, encontraron que el 60% de las admisiones eran en realidad readmisiones.

Desgraciadamente aun no existe una definición operacional generalizada de lo que es el fenómeno de Puerta Giratoria. Investigaciones anteriores han utilizado criterios altamente variables para definir al fenómeno de Puerta Giratoria a veces desde 3,4,5 y hasta 15 o más hospitalizaciones psiquiátricas (13,44).

Otros sugieren una definición más precisa, Rosse y cols (39), por ejemplo, definen a la Puerta Giratoria como un "patrón de cortas hospitalizaciones seguidas de repetidas admisiones". Sus términos "cortas" y "repetidas" colocan a esta definición en una situación ambigua.

Woogh (46) sugiere que Puerta Giratoria es cuatro o más admisiones. Otros combinan el número de admisiones con otros factores, por ejemplo, Lemer y cols (28) lo definen como pacientes que pasan por lo menos un cuarto de su periodo de seguimiento dentro del hospital y acumulan su periodo de estancia en sus múltiples hospitaliciones.

Kastrup (24) en sus estudios al respecto, lo definie como: 1) pacientes con un mínimo de 4 admisiones, 2) sin periodos de admisión o egreso que duren más de una cuarta parte del periodo de observación o 3) por lo menos cuatro admisiones durante la primera cuarta parte del periodo de observación.

El común denominador de estas definiciones es 4 o más admisiones, pero con variaciones en el tiempo de observación. Korkelia y cols (25) lo define como 4 o más admisiones dentro de un periodo de 5 años, al igual que lo hace Lewis (29).

En la tabla que se muestra a continuación se anota la definición del FPG y la prevalencia reportada por cada autor para dicha definición.

AUTOR	DEFINICIÓN	FRECUENCIA
Lewis y Joyce (29) Nueva Zelanda (1990) Estudio: "Los nuevos pacientes de Puerta Giratoria, resultado de una cohorte nacional"	4 o más admisiones en un periodo de 5 años de seguimiento.	Estudio de cohorte de 3,875 hombres y 3,965 mujeres entre 15 y 64 años: 59% tuvieron sólo una admisión. 14.6% cumplieron con el criterio de Puerta Giratoria.
Kastrup (24) Dinamarca (1987) Estudio: "El uso de un registro psiquiátrico en predecir para predecir la aparición del FPG"	mínimo de 4 admisiones y 1)no admisiones o salidas por lo menos dentro de un cuarto del periodo de observación ó por lo menos 4 admisiones en el primer cuarto del periodo de observación.	Estudio de cohorte de 5,881 hombres y 6.856 mujeres reportó que 11% de los casos tuvieron por lo menos 4 admisiones hospitalarias.
Korkelia (25) Finlandia (1995) Estudio: "Factores que predicen readmisiones en desórdenes de personalidad y otras enfermedades no psicóticas".	4 o más admisiones en un periodo de 5 años.	Estudio de cohorte de 64 sujetos, 24 hombres y 40 mujeres, donde 12.5% de los sujetos presentaron 4 o más readmisiones.
Haywood (18) E.U.A (1995) Estudio: "Prediciendo el FPG entre pacientes con esquizofrenia, y desordenes afectivos y esquizoafectivos"	5 o más hopitalizaciones psiquiátricas.	Estudio de cohorte de 135 pacientes de los cuales el 64% de hombres y 43% de mujeres tuvieron 5 o más hopitalizaciones.

Rabinowitz (37) Israel (1994) Estudio: "Perediciendo el fenómeno de Puerta Giratoria."	4 ó más admisiones con menos de 2 y medio años entre admisiones consecutivas.	2220 pacientes 4570 hospitalizaciones 59%-una admisión 41%-2 ó más admisiones 23%-3 ó más admisiones 14%-4 ó más admisiones
Aldige y cols. (1) E.U.A (1991) Estudio: "Outpatient Comminment for revolving door patients"	4 ó más hospitalizaciones psiquiátricas.	Estudio de 1226 pacientes dentro de los cuales un 13.7% resultó paciente de puerta giratoria.

Los estudios de seguimiento de pacientes con el FPG han provisto de un panorama muy amplio en la comprensión del fenómeno. El proceso de rehospitalización, que envuelve al paciente de Puerta Giratoria, es un fenómeno muy complejo que probablemente depende de muchas y diferentes variables.

El número de readmisiones ha sido interpretado como un signo de factores asociados al paciente y /o al tratamiento.

a) Premisas relacionadas con el paciente.

El FPG es una consecuencia inevitable de los síntomas de la enfermedad, el paciente vuelve una y otra vez debido a la naturaleza de su enfermedad.

Muchos de los pacientes crónicos son egresados de los hospitales y salen a vivir una triste existencia en el descuido absoluto de la comunidad. Al ser percibido como una carga para sus familiares, ello condiciona la recaída, al no cumplirse en forma adecuada con los regimienes de tratamiento prescrito (medicación, asistencia a consultas externas). La consecuencia de ello es la crisis que lleva inevitablemente al reingreso (44).

Woogh (46) demostró, en un estudio nacional de cohortes, una tendencia hacia el incremento de admisiones múltiples en poblaciones no-psicóticas (adictos, orgánicos, trastornos de la personalidad).

b) Factores asociados al tratamiento.

Instituciones. Algunos autores refieren que el incremento en el número de hospitalizaciones durante las recientes décadas se explica por las "políticas de desinstitucionalización" que tuvieron lugar en los años 60's. En los capítulos previos se ha revisado este aspecto en su sustento teórico.

Otros estudios especulan que el repetido número de hospitalizaciones psiquiátricas son producto de instalaciones inadecuadas para la rehabilitación y de un seguimiento en el tratamiento deficiente y pobre.

En 1974 Rosenblatt y Mayer (40) concluyeron con su revisión que el único factor consistente como preedictor de futuras admisiones fue el número de admisiones previas. Este hallazgo fue confirmado recientemente por Havassy y cols (17).

VARIABLES CLINICAS

a) DIAGNÓSTICO

Hillard y cols (20), en su estudio titulado "Determinantes para la admisión de emergencia en adolescentes y adultos" reporta con respecto a las variables diagnósticas que los adultos con comportamiento agresivo, tendencias suicidas y diagnóstico primario de esquizofrenia o trastornos afectivos, predicen mejor los índices de rehospitalización.

Para los adolescentes las tres variables más importantes fueron las tendencias suicidas, abuso físico y un primer diagnóstico de esquizofrenia.

Katstrup y cols(24), realiza un estudio consiste en una cohorte representando todas las primeras admisiones del Hospital Psiquiátrico de Dinamarca, durante el periodo de Abril 1, 1970 a Marzo 31, 1971 Fue seguido por 10 años en el registro psiquiátrico. La cohorte consistió en 5881 hombres y 6856 mujeres mayores de 15 años de edad. La población con el FPG fue definida como pacientes con un mínimo de cuatro admisiones y 1) No admisiones o egresos por lo menos dentro de un cuarto del periodo de observación o 2) Por lo menos 4 admisiones en el primer cuarto del periodo de

observación. Las tasas de incidencia fueron 3.14 masculinos y 3.55 femeninos por cada 1,000. Los pacientes con FPG fueron más jóvenes que los demás, solteros o divorciados, y vivían en grandes ciudades. Para hombres encuentra abuso de substancias y trastornos de personalidad como diagnósticos de riesgo muy elevado, así como psicosis psicógena, maníaco depresión y neurosis en lo que respecta al sexo femenino. 21.9% de los hombres y 13.0% de las mujeres tuvieron más de 10 admisiones y 4.5% de hombres y 3.7% de mujeres pasaron más de 5 años en el hospital.

En su estudio encontró que pacientes entre 15 y 24 años de edad con un diagnóstico de esquizofrenia eran un grupo de pacientes de riesgo a convertirse en pacientes de puerta giratoria en ambos sexos. El grupo de 15 -24 años de edad fue 21% y 13% hombres y mujeres respectivamente que llegaron a convertirse en pacientes de puerta giratoria, y esquizofrénicos 46% de hombres y 30% de mujeres llegaron a convertirse en pacientes con FPG.

Cuadro #1. *Diagnóstico y sexo en pacientes con el fenómeno de la puerta giratoria y en comparación con otros pacientes (24).*

	HOMBRES		MUJERES	
Grupo Diagnóstico	Puerta Giratoria	Otros Pacientes	Puerta Giratoria	Otros Pacientes
Esquizofrenia	8.8	2.4	4.7	1.4
Psicosis Maniaco-Depresivas	6.3	7.4	15.0	9.4
Psicosis Senil	2.6	13.9	1.3	12.6
Psicosis Orgánica	5.0	7.9	4.9	6.0
Psicosis Psicógena	12.5	12.5	17.1	14.5
Neurosis	6.6	13.6	28.6	28.2
Trastornos de Personalidad	20.5	17.2	15.6	13.6

Trastornos Adictivos	30.6	14.8	7.2	4.1
Otros Diagnósticos	7.2	10.4	5.7	10.1

Lewis y Joice (29) realizan un estudio titulado "Los nuevos pacientes de puerta giratoria: resultados de una cohorte nacional de pacientes de primera admisión" Una cohorte de todas las primeras admisiones del Hospital psiquiátrico de Nueva Zelanda y de las unidades psiquiátricas de los hospitales generales en 1980 y 1981 fue seguida y estudiada por un periodo de tiempo de 5 años. La cohorte consistió en 3875 hombres y 3965 mujeres de edades desde los 15 a los 64 años. De estos sujetos, 59.4% tuvieron sólo una admisión, y 14.6% entraron en su criterio de FPG (4 o más admisiones en un periodo de 5 años de seguimiento). Basados en la información de la primera admisión, pacientes jóvenes y tenían un diagnóstico psicótico tendían a convertirse en pacientes con FPG. Los pacientes con un primer diagnóstico de esquizofrenia constituyeron un grupo muy amplio de pacientes con FPG tanto en el sexo masculino como en el femenino. Encuentran entonces que los sujetos jóvenes y la presencia de un diagnóstico de trastorno psicótico se traduce en una mayor probabilidad de convertirse en un FPG, para ambos sexos.

En los pacientes de sexo masculino el fenómeno está asociado con el abuso de substancias y en el sexo femenino con trastornos afectivos. Esto sucede porque los trastornos afectivos en mujeres y el abuso de sustancias en hombres fueron los diagnósticos más comunes de primera admisión, y por que estos trastornos por sí mismos están asociados con una muy alta probabilidad de que los pacientes que los poseen, tengan admisiones múltiples.

Los autores aseguran que en Nueva Zelanda hay un incremento en el número de primeras admisiones por alcoholismo en el caso de los hombres y depresión neurótica en mujeres, mientras que las tasas de primera admisión por esquizofrenia van declinando.

Cuadro #2. *La relación entre Diagnóstico y sexo en la población de pacientes con FPG.*

	FEMENINO (N=552)	MASCULINO (N=594)
Esquizofrenia	22.8	26.9
Manía	5.0	3.7
Psicosis depresiva	10.9	5.4
Otras psicosis	7.3	5.1
Trastornos orgánicos	3.3	3.3
Depresión neurótico	19.3	5.2
Otras Neurosis	3.4	2.4
Trastornos de personalidad	7.6	9.6
Alcoholismo	5.0	25.7
Drogadicción	1.5	2.1
Anorexia	2.5	0
Reacciones de ajuste	5.5	3.3
Otros	5.9	7.2

Segal y cols (42), observaron en 251 evaluaciones en 5 centros psiquiátricos en California, que pacientes con FPG poseían características de incapacidad grave, daño a sí mismos y a otros. Impulsividad fue el factor de la enfermedad mental con más influencia sobre la readmisión.

Green y cols (14) en un estudio titulado "Frecuentes rehospitalizaciones e incumplimiento con el tratamiento", encontraron que, en comparación con la población general de pacientes psiquiátricos, los sujetos con hospitalizaciones frecuentes tienden a ser jóvenes, tener un trastorno mental crónico, particularmente con un componente afectivo, que a su vez se caracterizaba, por lo menos en forma intermitente, con síntomas psicóticos.

Hoffman y cols (22) concluyeron en su estudio que los pacientes con admisiones múltiples podrían sufrir trastornos con pronósticos desfavorables, caracterizados por un inicio temprano, un curso inestable y que hubieran sufrido crisis suicidas repetidas.

Havassy y cols (17), observaron que en pacientes con admisiones múltiples, era muy probable que tuvieran diagnósticos de esquizofrenia o trastornos afectivos.

El número de hospitalizaciones previas es el predictor más fuerte del número de hospitalizaciones futuras (17,40).

Hobbs (21) , en su estudio titulado "Servicio psiquiátrico: un estudio de cohorte de primeras admisiones" encuentra después de analizar una cohorte de Christchrch, Nueva Zelanda, que la incidencia del uso frecuente tanto en pacientes internos como externos del los servicios del hospital psiquiátrico fue del 5%. Estos pacientes, frecuentes usuarios de los servicios psiquiátricos, tienden según este estudio , a ser jóvenes con un diagnóstico de trastornos de la personalidad y desempleados.

Woogh (46), en un estudio de seguimiento de una cohorte de primeras admisiones en Toronto durante un periodo de 4 años, en 1977 "Hospitalizaciones psiquiátricas y pacientes de puerta giratoria" , nota que aquellos pacientes con 4 o más admisiones mostraban un número desproporcionado de diagnósticos no-psicóticos , incluyendo trastornos de personalidad. En su investigación observó que el 53% de los pacientes con admisiones múltiples tuvieron un diagnóstico de trastornos de la personalidad o alcoholismo.

En estudio sobre FPG en Israel por Rabinowitz y cols (37), "Prediciendo los pacientes de puerta giratoria en una muestra nacional de 9 años".Los autores intentan predecir los motivos más frecuentes de admisión del paciente de puerta giratoria (4 o más admisiones con menos de 2 y medio años entre admisiones consecutivas) en una muestra aleatoria del 10% de todas las primeras admisiones a un hospital psiquiátrico y a unidades psiquiátricas de los hospitales generales en Israel desde 1983 a 1990 con seguimiento hasta 1993. Esta muestra incluyo 4570 hospitalizaciones de 2220 pacientes. Los datos fueron extraídos de los registros de psiquiatría nacional de el ministerio de salud de Isarel. 59% de la muestra tuvo sólo una admisión, 41% tuvo dos o más admisiones, 23% tuvo tres o más admisiones. Y 14% tuvo cuatro o más admisiones. Pacientes con cuatro o más admisiones eran todos considerados pacientes con FPG, con un promedio de 200 días entre admisiones. El número promedio de admisiones para pacientes con FPG fue de 6.17, y el número promedio de años entre la primera y la ultima admisión fue 3.28 años.

Los principales predictores de FPG en orden descendente fueron no estar casado en el momento de la primera admisión, desempleo y un primer diagnóstico severo. Los menores predictores fueron tener edad avanzada, , más educación y, un periodo largo de hospitalización en la primera admisión. Pacientes con abuso de sustancias, habilidad para cuidarse a sí mismos, ingreso voluntario a los servicios psiquiátricos e intentos suicidas en este estudio no predicen el FPG. Los predictores del FPG fueron casi los mismos predictores de más de una admisión. No se pudo identificar una variable que diferenciara claramente entre los grupos de dos o más, tres o más, y cuatro o más admisiones.

Este estudio contradice a los planteados anteriormente aunque se aclara en la discusión del articulo que tal vez el diagnóstico de abuso de substancias no calificaba como significativo debido a que en su muestra el porcentaje de adictos era muy pequeño (37).

Haywood y cols (18) realiza un estudio "Prediciendo el fenómeno de puerta giratoria entre pacientes con diagnósticos de esquizofrenia, esquizo-afectivos y Trastornos afectivos". Este estudió examino la relación entre aspectos demográficos, características diagnosticas, y la frecuencia de hospitalizaciones de pacientes dentro de 4 hospitales del estado de Filadelfia.

Dos instrumentos semiestructurados y estandarizados, fueron administrados a 135 pacientes quienes tenían el diagnóstico de esquizofrenia (N=56), trastornos esquizo-afectivos (N=33), Trastorno unipolar de depresión mayor (N=23), y trastornos bipolares (N=23). Pero la medida principal para identificar a pacientes de FPG fue el número total de hospitalizaciones.

Las estadísticas demostraron que abuso de sustancias y el incumplimiento con los medicamentos fueron factores asociados significativamente con las altas frecuencias en las rehopitalizaciones. Un modelo de regresión múltiple que incluyo problemas de drogas y alcohol, incumplimiento con los medicamentos y seis variables sociodemográficas (edad, sexo, raza, estado civil, años de escolaridad, y diagnóstico) ayudaron significativamente a el intento por predecir frecuencia de rehospitalizaciones.. Reporta que el número de pacientes con esquizofrenia es un grupo con alta tendencia a convertirse en FPG, pero el número de pacientes con este diagnóstico era un número relativamente estable.

En cambio encontró el abuso de substancias drogas y alcohol como los factores de más importancia para el fenómeno y el número de pacientes con estos diagnósticos se incrementaba de manera considerable.

Esto aunado con el incumplimiento de los medicamentos y la inasistencia a terapia o tratamiento externo, convertía la situación en un riesgo elevado para la rehospitalizacion.

Los autores encuentran en su estudio que pacientes con depresión fueron hospitalizados tan frecuentemente como los pacientes esquizofrénicos y los análisis demostraron que los pacientes deprimidos eran frecuentemente adictos a sustancias.(18)

Cuadro # 3. *La asociación entre rehospitalizacion y Diagnóstico. (18)*

	Número de Hospitalizaciones							
	1		2-4		5-10		>10	
Variable predictora	n	%	n	%	n	%	n	%
RCD Diagnóstico								
Esquizofrenia (n=56)	7	13	21	38	8	14	20	36
Trastorno esquizoafectivo (n=33)	1	3	7	21	13	39	12	36
Trastorno Bipolar (n=23)	5	22	6	26	5	22	7	30
Trastorno depresivo (n=23)	2	9	10	43	7	30	4	17
Desapego a la Medicación	n	%	n	%	n	%	n	%
SI (n=79)	5	6	23	29	24	30	27	34
NO(n=44)	9	20	15	34	7	16	13	30

Problemas de Alcohol/Drogas	n	%	n	%	n	%	n	%
SI (n=43)	1	2	12	28	13	30	17	40
NO (n=92)	14	15	32	35	20	22	26	28

En un estudio realizado por Renato y cols (38), "La readmisión de pacientes psicóticos a una unidad psiquiátrica de un hospital general" realizado en Calgary en Canadá, se revisaron todos los expedientes que fueron dados de alta en 1981 con un diagnóstico de psicosis siendo un total de 150 expedientes, descubren que el diagnóstico psicótico más frecuente en la unidad de un hospital general fue esquizofrenia paranoide, ciertas conductas como intentos suicidas, ideas suicidas o violencia hacia otros, son factores importantes que influyen en la rehospitalizacion.

En este estudio se hace hincapié en que síntomas como depresión e intentos suicidas pueden mantenerse bajo control con medicamentos, pero desgraciadamente existen muchos pacientes psiquiátricos conocidos por su rechazo a la medicación, su persistente desatención a los consejos médicos, y la inasistencia a sus consultas o grupos externos de tratamiento. Los autores observan que en cuanto a la esquizofrenia, es casi inevitable eliminar lo crónico de la enfermedad que lleva constantemente a la rehospitalizacion. El alcohol y las drogas representa un serio problema en algunos casos de pacientes con readmisiones.

En la siguiente tabla se muestran las variables clínicas relacionadas con pacientes con readmisión (n=150)

Cuadro #4. *Distribución de diagnósticos entre pacientes con readmisiones.(38)*

	NÚMERO	(%)
Diagnóstico		
Esquizofrenia	78	52%
Psicosis Afectiva	55	30%
Otras psicosis	27	18%

Cuadro #5. *Síntomas y Características Clínicas presentes entre sujetos con readmisiones.(38)*

	NÚMERO	(%)
Psicóticos	91	60.7%
Depresión	29	19.3%
Hipomanía	18	12%
Comportamiento exéntrico	23	15.3%
Circunstancias precipitantes		
Ideación o actos suicidas	25	17%
Violencia hacia otros	17	11.3%
Abuso de Drogas o Alcohol	25	16.7%
Inhabilidad para cuidarse a sí mismos	31	20.9%
Estrés familiar o matrimonial	25	16.7%
Incumplimiento con el régimen de tratamiento		
Incumplimiento con medicación	23	15.3%
Inasistencia a consulta externa	17	11.3%
Egresos sin consentimiento médico	25	16.7%

Korkelia y cols (25) realizan un estudio de "Factores que predicen readmisiones en trastornos de personalidad y otras enfermedades no-psicóticas" .Este es un estudio retrospectivo de factores que predicen readmisiones y el tratamiento de seguimiento que fue emprendido en los primeros episodios del cuidado del interno (edades por debajo de 65 años), excluyendo trastornos mentales psicóticos y orgánicos, durante 1987 y 1988 en la clínica psiquiátrica de la Universidad de Turkia, Finlandia.

La cohorte consistió de 64 sujetos, 24 hombres y 40 mujeres. El estudio fue llevado a cabo hasta finales de 1993, permitiendo así 5 años de seguimiento.

El diagnóstico de trastorno de la personalidad no predijo readmisiones. El único factor significativo para predecir readmisión fue el no tener relaciones interpersonales (25).

La incidencia del síndrome de puerta giratoria, definido como 4 o más admisiones dentro de un periodo de 5 años fue 12.5%. Las mujeres tuvieron un riesgo elevado en cuanto a las readmisiones, pero no para convertirse en FPG. Pacientes quienes tuvieron psicoterapia como tratamiento de seguimiento, mostraron una frecuencia de 8% para 4 o más admisiones en un periodo de tiempo de 5 años, mientras pacientes quienes no tuvieron tratamiento de seguimiento tuvieron una frecuencia del 21% para 4 o más readmisiones en 5 años.

La incidencia del fenómeno de la puerta giratoria, definido como 4 o más admisiones en un periodo de seguimiento de 5 años, fue del 12%. El único factor que predecía significativamente tener o no un tratamiento de seguimiento fue un contacto previo de tratamiento (25).

En este análisis los grupos diagnósticos fueron divididos en 5, la siguiente tabla demuestra la correlación entre grupos diagnósticos y número de readmisiones:

Cuadro #6. Número *de readmisiones de acuerdo al grupo diagnóstico.(25)*

	NÚMERODE READMISIONES					
	NINGUNA		1-3		MÁS DE 3	
GRUPO	N	%	N	%	N	%
A	8	20	3	19	3	38
B	9	23	2	12	0	0
C	4	10	2	12	2	25
D	6	15	2	12	0	0
E	13	32	7	44	3	37

A= Trastornos de ansiedad y distimia.
B= Abuso de substancias .
C= Depresión y depresión mayor.
D= Trastornos de ajuste.
E= Trastornos de personalidad.

Este estudio asegura que el diagnóstico de Trastornos de personalidad no predice la readmisión. Mientras el grupo diagnóstico C (Depresión y depresión mayor) parece en este estudio el único grupo asociado con el incremento en la readmisión. Remitiéndonos a la tabla si se compara el porcentaje de sujetos de acuerdo al número de readmisiones podemos observar que en (C), el número de pacientes con más de tres admisones duplica al grupo sin admisiones y al de tres admisiones (25).

El número de pacientes con el fenómeno de puerta giratoria, definido como 4 o más admisiones, en esta muestra fue de 8. Tres (38%) de ellos tuvo un diagnóstico de trastornos de personalidad. La frecuencia de desordenes de la personalidad en esta cohorte fue 36%, lo cual esta cerca del número de desordenes de personalidad en este grupo. Por eso no podemos argüir a favor de una sobrerepresentación de los trastornos de personalidad en pacientes con FPG. Estos descubrimientos no están en la línea de los descubrimientos de Kastrup(24), Hobbs (21) y Woogh (46). Excepto por una razón, pacientes con trastornos de ajuste tuvieron muy pocas readmisiones.

En contraste con Kastrup (24) y Woogh (46), aquí no hubo readmisiones en trastornos por abuso de substancias. Esto puede ser explicado porque en Finlandia estos pacientes son canalizados a sitios de tratamiento específico.

El material de Hobbs (21) y Kastrup (24) incluyendo también pacientes psicóticos, es mucho más amplio y tiene mayor duración el periodo de seguimiento, por lo menos de 8 años, comparado con 5 años en este estudio. Es posible que estas diferencias en las cohortes expliquen las conclusiones aparentemente contrarias.

En un estudio de pacientes con diagnóstico de abuso de substancias en California, se descubre que pacientes adictos a substancias con una psicosis alcohólica o por drogas o con cualquier otro diagnóstico psiquiátrico adicional, usan más los servicios de hospitalización como medida de tratamiento, que aquellos pacientes con sólo un diagnóstico de abuso de substancias (35).

Aproximadamente 57% de los pacientes con diagnósticos únicamente de dependencia a alcohol y drogas tuvieron una o más rehospitalizaciones, comparado con 64% de pacientes con psicosis alcohólica o por drogas y 70% de pacientes con diagnóstico psiquiátrico adicional.

Entre 22% y 33% de los pacientes tuvieron 4 o más readmisiones y un promedio de más días de internamiento. Las tasas especificas de readmisión de 4 o más veces de rehospitalizacion fueron 14% , 18% y 22% para los tres grupos respectivamente.

Cuadro #7. *Readmisiones entre categorías diagnósticas relacionadas con el uso de alcohol y drogas. (35)*

Número de Readmisiones	**Alcohol y drogas**	**Psicosis por alcohol o drogas**	**Abuso de sustancias y diagnóstico psiquiátrico.**
Una	18.9%	17%	16.2%
Dos	10.9%	12.6%	13.0%
Tres	6.7%	8.9%	8.7%
Cuatro o más	21.7%	25.1%	32.6%

VARIABLES DEMOGRAFICAS:

Korkelia y cols (25) hicieron un estudio de 64 sujetos, 24 hombres y 40 mujeres en 1993, con un seguimiento de cohorte de 5 años. Ellos encontraron que en lo que respecta a las variables sociodemográficas, que el no tener relaciones interpersonales es un factor de importancia significativa y que pacientes que tuvieron psicoterapia como tratamiento de seguimiento demostraron una frecuencia de 8% para cuatro o más admisiones, y los que no una frecuencia del 21% para cuatro o más admisiones.

Green y cols (14) notan que la mayor parte de los pacientes con FPG eran de sexo masculino aunado a desordenes mentales.

Un análisis de variables sociodemográficas indica que los pacientes con FPG son jóvenes (24,29,22), solteros (25) o divorciados (24,22) y desempleados (17).

Hobbs (21), después de analizar una Cohorte de Christchurch, Nueva Zelanda, que pacientes de una frecuencia creciente en rehospitalizaciones, eran en su mayoría jóvenes y desempleados aunado a diagnósticos psiquiátricos severos.

Kastrup (24) encuentra en su estudio que predominaban los pacientes jóvenes y de sexo masculino.

Cuadro #8. Número *de admisiones y sexo.(24)*

Número de admisiones	hombres %	mujeres %
1	55.3	57.8
2	18.1	19.2
3	8.0	8.7
4	4.9	4.7
5	3.4	3.0
6	2.2	2.1
7	1.9	1.3
8	1.5	0.88
9	1.0	0.58
10-14	2.5	1.2
15-19	0.59	0.27
20-24	0.35	0.10
25-29	0.15	0.04
30-34	0.06	--
➢ 35	0.02	--

Cuadro #9. *Distribución de la edad de pacientes con FPG comparado con otros pacientes.(25)*

GRUPO DE EDAD	**HOMBRES %**		**MUJERES %**	
	FPG	**OTROS**	**FPG**	**OTROS**
15-24	34.1	19.8	23.9	16.1
25-44	46.8	35.1	41.3	34.5
45-64	16.9	27.9	27.8	28.8
65+	2.2	17.6	7.0	20.6

Renato y cols (38), en un estudio realizado en Calgary Canadá, anota que los resultados en cuanto a variables demográficas demuestran, que la mayoría de los pacientes estaban entre los 20 y 29 años de edad.

Muchos de ellos eran solteros (39.3%), y la mayoría eran separados o divorciados. Indican también que el (20%) experimentaban tensiones maritales o familiares al tiempo de las readmisiones. Descubren que gran parte del problema radica en el incumplimiento con los medicamentos y la inasistencia a terapia externa como forma de tratamiento. Los medicamentos que más comúnmente no se tomaban eran antipsicóticos y antidepresivos. Recalca que el incumplimiento con los mediacamentos era un factor que precipitaba rápidamente la readmisión.

Cuadro #10 *Características demográficas de pacientes con readmisiones (n=150)* (38).

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	NÚMERO	(%)
SEXO		
MASCULINO	79	52.6
FEMENINO	71	47.3
EDAD		
17-19	7	4.7
20-29	44	29.3
30-39	39	26.0
40-49	25	16.7
50-59	23	15.3
60-65	12	8.0

ESTADO CIVIL		
Soltero	59	39.3
Casado	34	22.7
Divorciado	46	30.7
Unión Libre	06	4.0
Viudo	02	1.3
Desconocido	03	2.0

PERSONAS DE APOYO		
Sólo	70	46.6
Con esposa	35	23.3
Con otros miembros de la familia incluyendo padres	30	20.0
Otros	15	10.0

INCUMPLIMIENTO CON EL REGIMEN DE TRATAMIENTO		
Incumplimiento con las órdenes de medicamentos	23	15.3
Inasistencia al tratamiento externo	17	11.3
Egresos sin consentimiento médico	25	16.7

Lewis y cols (29) observan que edad joven y diagnóstico psicótico forman un riesgo muy elevado para convertirse en pacientes con FPG. Existe un incremento en la probabilidad en pacientes menores de 25 años.

Cuadro # 11. *Distribución de* número *de admisiones por edad.(29)*

EDAD	1	2-3	4-5	6-9	>10	Total
<24	1262(52.7)	634(26.5)	247(10.3)	181(7.6)	69(2.9)	2393
25-34	1164(59.5)	511(26.1)	155(7.9)	96(4.9)	29(1.5)	1955
35-44	799(66.6)	279(23.3)	80(6.7)	32(2.7)	9(0.8)	1199
45-54	594(61.9)	270(28.2)	70(7.3)	23(2.4)	2(0.2)	959
55-64	537(61.9)	215(26.3)	49(6.0)	15(1.8)	3(0.4)	819
TOTAL	4356(59.5)	1909(26.1)	601(8.2)	347(4.7)	112(1.5)	7325

Algunos estudios mencionan que los pacientes tal vez usan los hospitales psiquiátricos por razones no-psiquiátricas, como lo serían por ejemplo: problemas económicos, de vivienda u otros estresores sociales que precipiten la rehospitalización (43,16).

Haywood (18) en su estudio observa en cuanto a estado civil que la mayoría de los pacientes de su muestra eran solteros.

64% (n=87) solteros
36% (n=48) se casaron
44% (n=21) de los 48 que se casaron se divorciaron.

Los pacientes que nunca se casaron fueron aproximadamente 10 años más jóvenes que aquellos que están o estuvieron casados. En las variables no-psicóticas como lo son problemas de vivienda, económicas y problemas familiares, no se encontró indicador de una asociación importante entre éstas y las hospitalizaciones múltiples. El número de hospitalizaciones tampoco tuvo una correlación significativa con los años de educación del sujeto.

CAPITULO III. METODOLOGIA
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El fenómeno de la puerta giratoria es frecuente en todos los estudios revisados y no se encontró referencia alguna que reportara datos en países del tercer mundo como México. Como fue evidente en el marco teórico, diversas variables clínicas y psicosociales se relacionan con el reingreso de los pacientes a los hospitales psiquiátricos. Los costos económicos y sociales del reingreso son altos y la investigación etiológica del fenómeno puede conducir a la generación de medidas específicas que pudieran traducirse en un programa de reducción de las readmisiones.

Las preguntas a responder en la investigación serán:

¿ Cuál es la frecuencia del fenómeno de la puerta giratoria en una población del Hospital Psiquátrico "Fray Bernardino Alvarez"?

¿ Cuáles son los factores clínico demográficos que predicen el reingreso del paciente?

3.2 OBJETIVOS:

1.- Determinar la frecuencia del fenómeno de la puerta giratoria en la población atendida en el Hospital Psiquátrico "Fray Bernardino Alvarez".

2.- Establecer la asociación entre variables demográficas (edad, sexo, estado socioeconómico, estado civil) y el fenómeno de la puerta giratoria.

3.- Establecer la asociación entre variables clínicas (diagnóstico psiquiátrico, edad de inicio, tiempo de evolución, severidad sintomática, tratamiento) y el fenómeno de la puerta giratoria.

3.3 DISEÑO

Se lleva a cabo un escrutinio retrospectivo (estudio analítico, observacional) de casos y controles a partir de los expedientes del archivo clínico del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

3.4 SUJETOS:

Se examinara en forma directa y consecutiva a 708 expedientes de pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización entre enero y diciembre de 1990 en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Para garantizar que se incluyeran ingresos de todos los meses del año y minimizar así el efecto de la estacionalidad de ciertos trastornos, cada 50 expedientes se cambiaba de mes.

3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

* Expedientes en donde se encontrara registrado el primer ingreso al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" por cualquier causa.

* Que el ingreso estuviera registrado entre enero y diciembre de 1990.

3.6 VARIABLES E INSTRUMENTOS:

1.-	**Variable :**	**Fenómeno de la puerta giratoria.**
	Escala de medición:	Nominal.
	Definiciones operacionales:	- 4 o más internamientos en los 5 años de seguimiento. - 3 o más internamientos en los 5 años de seguimiento.

- Se obtiene el promedio de internamientos por año y se dividen entre aquellos con un coeficiente menor y mayor a 0.5. Esto quiere decir que se consideran con FPG si obtienen un coeficiente mayor de 0.5 tienen en promedio más de 1 internamiento cada 2 años.

Instrumento: Exploración directa del expediente clínico y vaciamiento en un formato *ad hoc.* (anexo #1)

2.- Variables Demográficas

Variables: **Edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil.**

Escalas de medición: nominal, ordinal, intervalar.

Definiciones operacionales: usuales.

Instrumento: Formato *ad hoc.*

3.- Variables Clínicas

Variable: **Diagnóstico Psiquiátrico**

Escala de medición: Nominal

Definición operacional: Criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10a edición (CIE10) de la OMS.

Instrumento:	Un evaluador clínico revisaba los diagnósticos apuntados en toda las notas del expediente y tomaba una decisión sobre el diagnóstico que más se ajustaba a la evolución, tomando en cuenta las pautas de diagnóstico del CIE 10. De preferencia se hacía el juicio sobre los diagnósticos de egreso, asumiendo que éstos se hicieron con base en la información de la evolución clínica de cada internamiento. Se anotó un diagnóstico principal y hasta un máximo de dos complementarios por paciente. Con fines de análisis estadístico, los diagnósticos fueron recodificados en 5 grupos: a) Demencias , b) Trastornos mentales orgánicos, c)Trastornos mentales secundarios a farmacodependencia múltiple, d) Psicósis no afectivas (incluye esquizofrenia, esquizofreniforme, delirante, etc), e) Trastornos Afectivos y f) Retraso mental.

a)Demencias: La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzhaimer, en la enfermedad vasculo cerebral y en otras condiciones que afectan al cerebro en forma primaria o secundaria (9).

b)Trastornos mentales orgánicos: Esta categoría incluye distintos trastornos mentales causados por alteraciones cerebrales debidas a enfermedad cerebral primaria, a enfermedad sistémica o de otra naturaleza que afecta secundariamente al cerebro o a una sustancia tóxica exógena (excluyendo el alcohol y las sustancias psicotrópicas) (9).

c)Trastornos mentales secundarios a farmacodependencia múltiple: Esta sección incluye trastornos muy diversos, cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotrópicas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico) (9).

d)Psicósis no afectivas (incluye esquizofrenia, esquizofreniforme, delirante, etc). Se considera como Psicosis no afectiva aquellos cuadros que cursan con sintomatología psicótica y que no concurren con trastornos afectivos mayores (depresión o manía). En este apartado se considera a los siguientes trastornos:

a)Esquizofrenia: La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la presencia de síntomas psicóticos característicos durante la fase activa de la enfermedad y en un deterioro del nivel previo de actividad (en los niños o adolescentes, dificultad para alcanzar el nivel de desarrollo social adecuado), con una duración mínima de seis meses, que puede implicar síntomas prodrómicos o residuales característicos. En alguna de las fases de la enfermedad esquizofrénica se encuentran siempre ideas delirantes, alucinaciones, o ciertas alteraciones características del contenido y curso del pensamiento. El diagnóstico sólo se establece si no puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración. Tampoco se establece este diagnóstico si los síntomas responden a un trastorno del estado de ánimo o aun trastorno esquizoafectivo (10).

b)Trastorno esquizofreniforme: Los síntomas esenciales de este trastorno son idénticos a los de la esquizofrenia con la exepción de que la duración, incluyendo las fases prodrómica, activa y residual, es menor de seis meses. En un principio el termino de trastorno esquizofreniforme se aplicaba a los trastornos psicóticos similares a la esquizofrenia que tenían una remisión satisfactoria. En un intento de definir este concepto el clínico pudo complementar el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme con la especificación adicional de la presencia de los síntomas de buen pronóstico.

Este cuadro se ha determinado a partir de una extensa literatura descriptiva de los síntomas que identifican más consistentemente a los sujetos con sintomatología similar a la de la esquizofrenia, en el pronóstico benigno. La presencia de dos de tales síntomas como mínimo sugiere un pronóstico relativamente bueno, aunque no lo garantizan (10).

c)Trastorno delirante: La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la presencia de ideas delirantes no extrañas pero si persistentes, que no se deben a ningún otro trastorno mental, como una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme o un trastorno del estado de ánimo. El diagnóstico sólo se establece si no puede probarse que una etiología orgánica inició y mantuvo la alteración. Aparte de las ideas delirantes y sus ramificaciones, no hay conductas manifiestamente extrañas y en caso de que haya alucinaciones auditivas o visuales, no son predominantes. Esta categoría se denominó trastorno paranoide en el DSM-III, pero puesto que las ideas delirantes son los síntomas primarios de este trastorno y dado que el término paranoide tiene otros significados que pueden inducir a confusión, en este manual (DSM-IIIR se utiliza la denominación de trastorno delirante (10).

e)Trastornos afectivos: La sintomatología esencial de este grupo consiste en una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maníaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico. El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica , tanto en el sentido de la depresión como de la euforia. En el DSM-III este tipo de diagnóstico se denominó trastorno afectivo (10).

f)Retraso mental: Los síntomas esenciales son:1)capacidad intelectual general muy por debajo del promedio, que se acompaña de 2)un déficit o deterioro significativo de la capacidad adaptativa, y con 3) un comienzo antes de los 18 años. El diagnóstico se hace prescindiendo de si hay o no trastornos orgánicos u otros trastornos mentales (10).

Variable:	**Número de internamientos**
Escala de medición:	categórica
Definición operacional:	Todos los sujetos tenían obligatoriamente un internamiento. Se anotaron datos para el segundo, tercero, etc. Con fines de captura, el último internamiento de cada sujeto, pudo haber sido el segundo, tercero, etc, dependiendo del número de veces que estuvo internado. Por ello, la *n* de la categoría *último internamiento* tiene más sujetos en las tablas correspondientes.
Variable:	**Tiempo de evolución**
Escala de medición:	Intervalo
Definición operacional:	Tiempo en años referido por el paciente o sus familiares y consignado en el expediente entre el inicio aproximado de los síntomas y el momento del primer internamiento.
Dependiente:	Edad de inicio.
Escala de medición:	Intervalo
Definición operacional:	Edad a la que el paciente o sus familiares consignaron como el inicio de los síntomas.

Variable:	**Antecedentes heredofamiliares de trastornos psiquiátricos.**
Escala de medición:	nominal
Definición operacional:	Los datos consignados en el expediente con respecto a la presencia de trastornos psiquiátricos en los familiares de primer grado del paciente. Sólo se anotan como presentes o ausentes.

Variable:	**Antecedentes heredofamiliares de abuso de sustancias**
Escala de medición	nominal
Definición operacional:	Los datos consignados en el expediente con respecto a la presencia de abuso de sustancias en los familiares de primer grado del paciente. Sólo se anotan como presentes o ausentes.

Variable:	**Otros antecedentes heredofamiliares**
Escala de medición:	nominal
Definición operacional:	Los datos consignados en el expediente con respecto a padecimientos médicos relevantes en familiares de primer grado del

	paciente. Sólo se anotan como presentes o ausentes.
Variable:	**Antecedentes personales de abuso de sustancias.**
Escala de medición:	Nominal
Definición operacional:	Los datos consignados en el expediente con respecto a antecedentes personales de abuso de sustancias. Sólo se anotan como presentes o ausentes.
Variable:	**Antecedentes personales de eventos que afecten al sistema al sistema nervioso central**
Escala de medición:	Nominal
Definición operacional:	Los datos consignados en el expediente con respecto a antecedentes personales de insulto al sistema nervioso. Sólo se anotan como presentes o ausentes.
Variable:	**Motivo del internamiento**
Escala de medición:	Nominal
Definición operacional:	De entre tres grupos se anoto aquel que presento el paciente como causa de internamiento. Con

fines de análisis quedaron dos motivos a) auto y heteroagresividad b) síntomas psicóticos y alteraciones de conducta.

3.7 PROCEDIMIENTO

Previa autorización del comité científico del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", el investigador principal solicitó el apoyo del personal del archivo clínico del hospital quien proporcionó los expedientes para su revisión continua. Se procedió a la revisión directa de los expedientes clínicos de pacientes que ingresaron a partir de enero de 1990. Una vez detectados, se procedió al llenado de la forma *ad hoc* diseñada para recabar el historial de las hospitalizaciones así como los datos clínicos y demográficos que fueron pertinentes.

Una vez obtenida la información fue capturada en una base de datos computarizada mediante el programa Excell versión 6.0 para su posterior análisis estadístico.

3.8 ANALISIS ESTADÍSTICO.

En primer lugar se procedió a la descripción de variables utilizando frecuencias y porcentajes en las variables categóricas y medias y desviaciones estándar para las variables numéricas. Como pruebas de hipótesis se utilizó la prueba "T" *student* para contrastes de medias, chi cuadrada para contrastes entre variables categóricas.

Se llevó a cabo un análisis discriminante con aquellos pacientes con FPG como variable dependiente y como predictores se incluyeron a las variables demográficas y clínicas principales.

Los contrastes para el FPG se harán sólo con la definición de 4 o más internamientos puesto que coincidió con la de el promedio de internamientos y es la más frecuentemente utilizada en la literatura.

En virtud de que la presencia del fenómeno de la puerta giratoria es una variable censurada, con fines descriptivos se llevó a cabo una curva de Kaplan-Meier, donde el evento de sobrevivencia fue la aparición del FPG de acuerdo a la definición de 4 internamientos o más en el periodo de seguimiento. Este análisis sólo se pudo realizar con 201 sujetos, puesto que para el resto, la información necesaria para el análisis en particular no se pudo obtener en la totalidad de la muestra.

Debido a la imposibilidad de obtener información completa para todos los sujetos, las *n* particulares de cada análisis siempre serán consignadas.

Se fijó el nivel de significancia en 0.05. Todos los análisis fueron hechos con el programa SPSS para Windows versión 6.2.

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1 Descripción general.

Se revisaron en total 708 sujetos, de los cuales 527 fueron del sexo masculino (74.4%) y 181 del sexo femenino (25.6%). Dentro de los antecedentes familiares el 38.7% (179) de los pacientes tenían familiares con problemas psiquiátricos, el 27.1% (125) contaron con familiares con abuso de sustancias. Setenta pacientes (15.1%), presentaron algunos otros tipos de antecedentes como eneuresis, trastornos de déficit de atención con hiperquinesia, etc. En la Tab.1 se presentan otras variables demográficas y clínicas que se pudieron recuperar en forma adecuada del expediente.

Tabla #1. Media y desviación estándar de las variables clínicas y demográficas principales.

EDAD (años) (n=705)	**29.28±11.16**
ESCOLARIDAD (años) (n=704)	**7.50±3.28**
EDAD DE INICIO (años) (n=700)	**24.76±11.20**
TIEMPO DE EVOLUCION (en meses) (n=700)	**55.87±57.91**
No. DE INTERNAMIENTOS (n=708)	**2.10±1.61**

Tabla #2 Variables categóricas demográficas y antecedentes de los pacientes.

SEXO (n=708)	**Hombres**	527	(74.4%)
	Mujeres	181	(25.6%)
ESTADO CIVIL (n=700)	**Soltero**	323	(46.1%)
	Casado	147	(21.0%)
	Divorciado	99	(14.1%)
	Viudo	18	(2.6%)
	Unión Libre	113	(16.1%)
ANTECEDENTES DE ABUSO DE SUSTANCIAS (n=419)	**No**	334	(79.7%)
	Sí	85	(20.3%)
ANTECEDENTES DE LESIÓN CEREBRAL (n=417)	**Sí**	102	(24.5%)
	No	315	(75.5%)

En la tablas #3 se describen los motivos del internamiento a lo largo del los primeros 4 internamientos y el último de ellos. En la tabla #4 se describen los motivos del alta a lo largo de los primeros 4 egresos y en el último. Evidentemente los números de sujetos van disminuyendo a lo largo de los internamientos porque no todos tuvieron múltiples internamientos.

Tabla #3 Frecuencia de los motivos de internamiento.

	AGRESIVIDAD	**SÍNTOMAS PSICÓTICOS**	**ERRORES DE JUICIO Y CONDUCTA**	**INTENTO SUICIDA**	**CASOS VALIDOS**
PRIMER INTERNAMIENTO	516 (72.9%)	144 (20.3%)	7 (1.0%)	41 (5.8%)	(N=708)
SEGUNDO INTERNAMIENTO	231 (82.5%)	33 (11.8%)	3 (1.1%)	13 (4.6%)	(N=280)
TERCER INTERNAMIENTO	143 (84.6%)	25 (14.8%)	0	1 (0.6%)	(N=169)
CUARTO INTERNAMIENTO	53 (84.1%)	10 (15.9%)	0	0	(N=63)
ÚLTIMO INTERNAMIENTO	136 (81.0%)	23 (3.7%)	3 (1.8%)	6 (3.6%)	(N=168)

Tabla. #4 Frecuencia de los motivos de egreso.

	Mejoría	Fuga	Máximo Beneficio hospitalario	Alta voluntaria o petición familiar	
PRIMER EGRESO	651 (92.2%)	17 (2.4%)	36 (5.1%)	2 (0.3%)	(N=706)
SEGUNDO EGRESO	269 (95.7%)	4 (1.4%)	8 (2.8%)	0	(N=281)
TERCER EGRESO	154 (91.1%)	4 (1.4%)	10 (5.9%)	1 (0.6%)	(N=169)
CUARTO EGRESO	50 (78.1%)	4 (2.4%)	10 (15.6%)	0	(N=64)
ÚLTIMO EGRESO	120 (71.4%)	8 (4.8%)	34 (20.2%)	6 (3.6%)	(N=168)

En la tabla No. 5 que se muestra a continuación se ilustra el número y porcentaje de sujetos que acudieron a consulta o recibieron otro tipo de tratamiento externo después de cada uno de los internamientos.

Tabla #5. Relación entre el periodo de egreso y el tratamiento o la consulta externa.

	ACUDIO A CONSULTA		RECIBIÓ TRATAMIENTO	
	SI	NO	SI	NO
Primer egreso	325 (48.4%)	346 (51.6%)	25 (3.8%)	635 (96.2%)
Segundo egreso	109 (41.0%)	157 (59.0%)	9 (3.5%)	249 (96.5%)
Tercer egreso	28 (21.7%)	101 (78.3%)	3 (2.5%)	119 (97.5%)
Cuarto egreso	6 (10.3%)	52 (89.7%)	2 (3.4%)	56 (96.6%)
Último egreso	22 (26.2%)	50 (50.5%)	1 ((1.2%)	69 (83.1%)

4.2 Frecuencia del fenómeno de la puerta giratoria:

De acuerdo a las 3 definiciones operacionales que se anotaron en la sección de metodología, tenemos que, cuando el FPG se definió como 3 o más internamientos, 180 pacientes (25.4%) cumplieron el criterio; cuando la definición fue de 4 o más internamientos, 104 pacientes (14.7%) lo cumplieron. La tercer definición operacional, que fue de más de 0.5 internamientos al año en cada uno de los 6 años, encontramos que también 104 (14.7%) sujetos cumplieron con el criterio. Al ver esta coincidencia, se aplicó una prueba de concordancia (*kappa*) entre las dos definiciones con el fin de establecer si ambas detectaron exactamente a los mismos sujetos. El resultado de la *kappa* fue de 1.0, ello quiere decir que ambas definiciones captaron exactamente a los mismos sujetos.

4.3 Fenómeno de la Puerta Giratoria y variables clínico-demográficas.

Como se mencionó en el apartado de análisis de resultados, con fines de contraste, sólo se utilizaron los sujetos clasificados por la definición operacional de FPG de 4 o más internamientos, que coincide con la de más de 0.5 internamientos por año en el periodo de observación.

No se encontraron diferencias entre los sujetos con FPG y el sexo, la edad, el estado civil, la edad de inicio del padecimiento, la presencia de antecedentes heredofamiliares de abuso de sustancias, la presencia de antecedentes personales de abuso de sustancias y en antecedentes personales de insultos al sistema nervioso central.

Se encontró que los sujetos con FPG tuvieron significativamente más antecedentes heredofamiliares (enfermedades médicas) que los que no lo tenían (24.1% vs 13.1%, chi 6.4, gl 1, p=0.01).

En la tabla #6 se ilustra la distribución del FPG entre las categorías diagnosticas estudiadas.

TABLA #6. Diagnóstico Psiquiátrico y FPG.

	Demencia	Trastornos mentales orgánicos	Trastornos secundarios farmacode-pendencia	Psicósis no afectivas	Trastornos afectivos	Retraso mental
Sin FPG	17 (94.4%)	190(84.1%)	143(98.6%)	137(73.3%)	68(81.9%)	0
Con FPG	1 (5.6%)	36 (15.9%)	2 (1.4%)	50 (26.7%)	15(18.1%)	0

Chi 2 52.5, gl 5, $p<0.001$

Para finalizar se muestran los diversos motivos de internamiento entre los sujetos con fenómeno de la puerta giratoria a lo largo de los internamientos.

Tabla #7. Distribución de los motivos de internamiento entre los sujetos con fenómeno de la puerta giratoria.

	Agresividad		Síntomas psicóticos		Errores de juicio y conducta		Intento suicida		Casos válidos (n)
	sin FPG	con FPG	sin FPG	con FPG	sin FPG	con FPG	sin FPG	con FPG	
1er internamiento (p<0.05)	431 (83.5%)	85 (16.5%)	125 (86.8%)	19 (13.2%)	7 (100%)	0	41 (100%)		708
2do internamiento	142 (61.5%)	89 (38.5%)	21 (63.6%)	12 (36.4%)	3 (100%)	0	13 (100%)	0	280
3er internamiento	59 (41.3%)	84 (58.7%)	9 (36%)	16 (64%)	0	0	1 (100%)	0	169
4to internamiento	1 (1.9%)	52 (98.1%)	0	10 (100%)	0	0	0	0	63
5to internamiento	0	35 (100%)	0	5 (100%)	0	1 (2.4%)	0	1 (100%)	42
6to internamiento	0	14 (100%)	0	4 (100%)	0	2 (100%)	0	0	20
7tmo internamiento	0	9 (100%)	0	1 (100%)	0	1 (100%)	0	0	11
8tvo internamiento	0	4 (100%)	0	0	0	1 (100%)	0	0	5
Ult internamiento	96 (70.6%)	40 (29.4%)	12 (52.2%)	11 (47.8%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	6 (100%)	0	168

4.4 Análisis discriminante del Fenómeno de la Puerta Giratoria

Se incluyeron en un modelo discriminante a las siguientes variables predictoras: sexo, edad, escolaridad, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de antecedentes heredofamiliares psiquiátricos y de abuso de sustancias y el diagnóstico psiquiátrico. La variable dependiente fue la presencia o ausencia del fenómeno de la puerta giratoria.

Los coeficientes de la función discriminante se muestran a continuación:

Sexo	-.49
Edad	3.60
Escolaridad	0.08
Estado civil	0.49
Tiempo de evolución	3.49
Antecedentes familiares Psiquiátricos	0.33
Antecedentes familiares de sustancias	-0.49
Diagnóstico psiquiátrico	-0.04

El modelo clasificó correctamente al 60.17% de los casos con FPG y sin FPG.

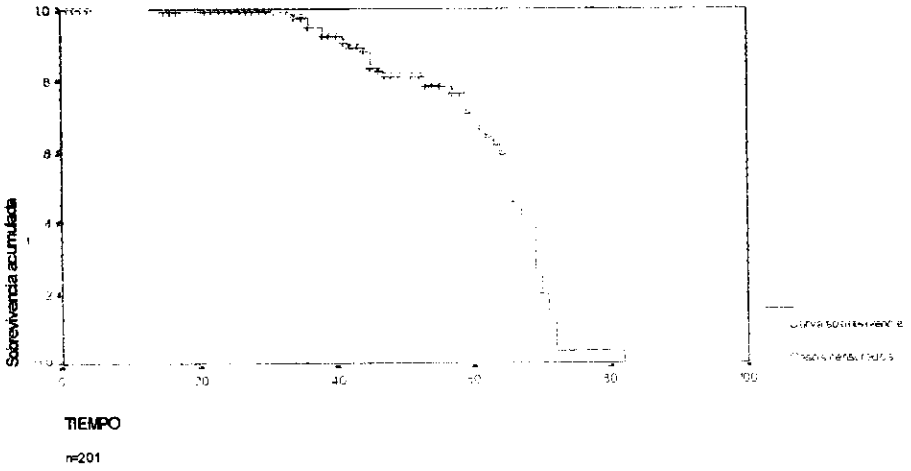
4.5 Análisis de Sobrevivencia para el FPG

En 201 sujetos se dispuso la información suficiente para llevar a cabo la curva de sobrevivencia para el FPG con 4 o más internamientos. En la figura #1, que se muestra a continuación se ilustra la evolución de la sobreviviencia al FPG.

FIGURA #1

ANALISIS DE SOBREVIVENCIA

ESTUDIO DE LA PUERTA GIRATORIA



Se compararon las curvas de sobrevivencia para cada uno de los diagnósticos y no se encontraron diferencias significativas.

CAPITULO V. DISCUSIÓN

De acuerdo con las 3 definiciones operacionales que se anotaron en la sección de metodología, tenemos que, cuando el FPG se definió como 3 o más internamientos, 180 pacientes (25.4%) cumplieron el criterio; cuando la definición fue de 4 o más internamientos, 104 pacientes (14.7%) lo cumplieron. La tercera definición operacional, que fue de más de 0.5 internamientos al año en cada uno de los 6 años, encontramos que también 104 (14.7%) sujetos cumplieron con el criterio.

Estos resultados están muy cercanos a los obtenidos en las diferentes investigaciones del fenómeno de la puerta giratoria como el caso de Lewis y Joyce (29), que, en un estudio de cohorte de 3,875 hombres y 3,965 mujeres entre los 15 y 64 años, 14.6% cumplieron con el criterio de Puerta Giratoria definido como 4 o más admisiones en un periodo de 5 años de seguimiento.

Kastrup (24) en su estudio de cohorte de 5,881 hombres y 6,856 mujeres reporto que el 11% de los casos tuvieron por lo menos 4 admisiones hospitalarias en un periodo de tiempo de 8 años.

Korkelia (25), en un estudio de cohorte de 54 sujetos, 24 hombres y 40 mujeres, reporta que el 12.5% de los pacientes presentaron 4 o más readmisiones en un periodo de tiempo de 5 años.

Rabinowitz (37), en su estudio de 2220 pacientes reporta que el 23% de los pacientes tuvieron 3 o más admisiones, y 14% cuatro o más admisiones. Aldge y cols (1), en un estudio de cohorte de 1226 pacientes el 13.7% resulto paciente de puerta giratoria.

Un trabajo que reporta cifras desorbitadamente altas de FPG es el de Haywood (16), que en un estudio de cohorte de 135 pacientes encontró que el 64% de hombres y 43% de mujeres tuvieron 5 o más hospitalizaciones psiquitaricas. Estas cifras tan altas pueden ser explicadas tal vez porque este estudio fue realizado exclusivamente entre pacientes esquizofrénicos, esquizoafectivos y trastornos afectivos. Diagnósticos que como veremos hemos notado en los resultados de este estudio y lo que refieren las investigaciones expuestas dentro del marco teórico están muy asociados a el fenómeno.

No se encontraron diferencias entre los sujetos con FPG y el sexo, la edad, el estado civil, la edad de inicio del padecimiento, la presencia de antecedentes heredofamiliares de abuso de sustancias, la presencia de antecedentes personales de abuso de sustancias y en antecedentes personales de insulto al sistema nervioso central.

Lewis (29) en su estudio coincide con nuestros resultados, ya que tampoco pudo confirmar que ciertas variables como edad , estado civil y desempleo sean fuertes influencias sobre el fenómeno de puerta giratoria. Sin embargo, en lo que se refiere a estado civil, Korkelia y cols (25), en su estudio de 64 sujetos 24 hombres y 40 mujeres en 1993, con un seguimiento de cohorte de 5 años, descubre que no tener relaciones interpersonales es un factor de importancia significativa, al igual que Hoffman (22) y Rabinovitz (37).

Aunque Korkelia (25) argumenta que estar casado o tener una relación de pareja ayuda al paciente a mantenerse fuera del hospital pero no necesariamente en condiciones favorables.

Renato y cols (38), en su estudio realizado en Calgary Canadá, notan que la mayoría de los pacientes con múltiples admisiones eran solteros (39.3%), y la mayoría eran separados o divorciados. Indican también que el (20%) experimentaban tensiones maritales o familiares al tiempo de las readmisiones.

Haywood (18) en su estudio observa en cuanto a estado civil que la mayoría de los pacientes eran solteros (64%).

En lo referente al sexo, Green y cols (14), notaron que los pacientes de FPG, en su mayoría, eran de sexo masculino. Esto fue corroborado por Kastrup (24). Pablo y cols encontraron también un número superior de hombres en lo pacientes con el fenómeno Hombres (52.6%). Mujeres (47.3%). Korkelia (25)dice que la mujer tiene un riesgo mayor a la readmisión pero no a convertirse en FPG. El encontró que 18 (45%), de las mujeres tendieron a un mayor número de readmisiones que los hombres 6 (25%). Pero 17% de los hombres se convirtieron en FPG y sólo 10% de las mujeres. Estos resultados siguen la línea de las investigaciones de Kastrup (24) y Hobbs (21).

En lo que a edad se refiere, Kastrup (24) encontró que la población de entre 24 y 44 años, es de mayor riego para convertirse en FPG. Renato y cols

(38) indica que la mayoría de los pacientes con admisiones múltiples en su estudio oscilaban entre 20 y 29 años de edad. Lewis y cols (29), notaron que existe un incremento en las probabilidades de la readmisión en pacientes menores de 25 años.

Haywood (18) refiere que el número de rehospitalizaciones no tiene relación significativa con problemas de vivienda, problemas familiares, o problemas monetarios. Estos factores no fueron explorados en este estudio.

En cuanto a la distribución de los diagnósticos clínicos entre los pacientes con FPG, nuestro estudio encontró: Psicosis no afectivas 50(26.7%), Trastornos mentales orgánicos 36 (15.9%), Trastornos afectivos 15(18.1%), Trastornos secundarios a farmacodependencia 2(1.4%), Demencia 1(5.6%).

Havassy y cols (17), concluye que pacientes con admisiones múltiples, es muy probable que tengan diagnóstico de esquizofrenia, resultado que va en la línea de los hallazgos del presente trabajo. Renato Y.Pablo (38) al igual que Havassy (17), encuentran a los diagnósticos de psicosis no afectivas como los más asociados al FPG.

Hillard y cols (20), reportan, con respecto a las variables diagnósticas, que la esquizofrenia y los trastornos afectivos predicen mejor las readmisiones. Kastrup (24) encuentra que los diagnósticos que mejor predicen el FPG son los trastornos adictivos y trastornos en la personalidad para hombres y neurosis, psicosis Psicógena y maníaco depresión para mujeres.

Kastrup (24), hace notar que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia son un grupo muy amplio de FPG para ambos sexos pero no lo reporta como el diagnóstico de mayor predicción.

Los resultados encontrados por Kastrup (24), no corresponden a los nuestros, en el sentido de que, en la muestra mexicana, no se encontraron diferencias entre sexos, ni se relacionó con ningún diagnóstico en particular. Por otro lado el diagnóstico de farmacodependencia, que para Kastrup (24), fue significativamente asociado con el FPG, en nuestro trabajo no resultó asociado.

Lewis y Joice (29) coinciden con nuestros resultados al notar que la presencia de un diagnóstico de trastorno psicótico se traduce en una mayor probabilidad de convertirse en FPG, para ambos sexos. Pero encuentra, al igual

que Kastrup (24), que el abuso de sustancias para el sexo masculino y trastornos afectivos para el sexo femenino están fuertemente asociados con el FPG.

Rabinqwitz (37) en su estudio reporta que el abuso de sustancias no fue considerada una variable significativamente asociada al FPG. Una explicación al respecto puede ser , que una diferencia importante en los hospitales psiquitaricos en Israel en comparación con los de otros lugares tienen tasas mucho menores de diagnósticos de abuso de sustancias.

Sólo 7.97% de la muestra fue reportado como diagnóstico de abuso de sustancias en comparación con tazas como en Nueva Zelanda 14% (Lewis y cols 1981), en Toronto 23.1%, Kingston, Canadá 12% (Woogh 1986) y en Dinamarca 12.18% (Kastrup 1987).

Una posible explicación para que el FPG no se encontrara especialmente asociado en nuestro estudio a la dependencia a sustancias, es que la prevalencia de éstas en México es mucho menor en la población general (Tapia-Conyer y cols, 1993.) que en los países desarrollados. Por otro lado, en el hospital sede de la investigación no es un lugar que cuente con unidades especializadas de manejo de adictos. Más bien, los sujetos con dependencias que son vistos es porque portan una complicación psiquiátrica del abuso de sustancias (p.ej cuadros psicóticos, conductas agresivas, depresión).

Hobbs (21) hace hincapié, al igual que Lewis y Joyce (29), acerca de la importancia del diagnóstico de trastorno de la personalidad como un factor significativamente asociado a las readmisiones. Woogh (46), coincide con Kastrup(24), Lewis (29) y Hobbs (21) al encontrar en su investigación que el 53% de los pacientes con admisiones múltiples tuvieron un diagnóstico de trastornos de la personalidad o alcoholismo.

Korkelia (25) reporta que el diagnóstico de trastornos de la personalidad no correlaciona significativamente con el incremento de readmisiones.

En nuestro estudio, el diagnóstico de trastornos de la personalidad no estaba representado adecuadamente debido a que en el expediente hospitalario del sitio de investigación, no era obligatoria la anotación del diagnóstico de eje II, por ende, no hay datos confiables con respecto a qué pacientes eran

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

portadores, concomitante al trastorno mental, de un trastorno de la personalidad.

Los hallazgos referidos con respecto a la asociación de los trastornos de la personalidad con el FPG, no fueron corroborados por Kastrup (24), Hobbs (21) y Woogh (46).

En lo que a motivos de ingresos refiere, entre los pacientes con FPG, nuestro estudio reportó que los motivos más frecuentes fueron agresividad seguido por síntomas psicóticos. Este hallazgo coincide con el de Hillard y cols (20), quienes reportaron que los adultos con comportamiento agresivo, tienen mayores probabilidades de readmisión. Vale la pena resaltar que para estos autores, las situaciones suicidas fueron relevantes, mientras que en nuestros resultados este motivo de internamiento apareció generalmente en los internamientos subsecuentes.

Segal y cols (42) observó que sus pacientes con FPG poseían características de incapacidad grave, auto y hetero agresividad e impulsividad.

Rabinowitz (37), contrario a lo dicho por Hillard (20) y coicidiendo con el presente estudio, reporta que intentos suicidas no resultaron ser una variable significativamente asociada al FPG.

Renato y cols (38) afirmaron que ciertas conductas como intentos suicidas, ideas suicidas y violencia hacia otros, son factores importantes que influyen a la rehospitalización, cosa que coincide con lo citado por Hillard (20).

Haywood (18), reportó que el incumplimiento con los medicamentos y la inasistencia a terapia o tratamiento externo convertía a la situación en riesgo elevado para la rehospitalización. Renato y cols (38), observaron que el rechazo a la medicación, la desatención a los consejos médicos y la inasistencia a consultas o grupos externos de tratamiento lleva constantemente a la rehopitalización. Igualmente, Korkelia (25) reportó que los pacientes que tuvieron psicoterapia como tratamiento de seguimiento mostraron una incidencia de FPG de 8%, mientras que los que no la seguían fue de 21%.

Como podemos observar en los anteriores hallazgos, la inasistencia a tratamiento y/o consulta externa se considera una variable que se correlaciona significativamente con el FPG. Nuestros resultados confirman dicha conclusión.

Para finalizar, es conveniente anotar que el FPG, en un hospital público de la ciudad de México, tiene una frecuencia similar a la reportada por otros autores en otros países. El fenómeno es visto principalmente entre los pacientes con psicosis no afectivas y se relaciona claramente con la falta de seguimiento en el tratamiento externo.

Este es el primer estudio realizado en un país latinoamericano que explora este fenómeno y es necesario estimular la investigación en esta dirección para obtener datos de comparación más adecuados.

Los costos económicos y sociales del FPG, aunque no fueron calculados en esta investigación, se antojan elevados, y es relevante considerar, que el diseño de estrategias de prevención de la readmisión puede tener frutos al mediano y largo plazo bastante convincentes.

Múltiples factores que se relacionan con el FPG pueden estar incidiendo a otros niveles, tales como el acceso oportuno a la atención especializada, la disponibilidad de tratamientos farmacológicos y las redes específicas de apoyo social. Todos ellos ameritan ser explorados con el fin de evitar la experiencia de la readmisión hospitalaria.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

En la presente investigación se estudiaron 708 sujetos de los cuales 108 (25.4%) fueron considerados como portadores del Fenómeno de Puerta Giratoria con el criterio de tres o más internamientos, y 104 (14.7%) con cuatro o más internamientos durante el periodo de seguimiento.

Los pacientes con FPG tuvieron significativamente más antecedentes heredofamiliares, predominaron las psicosis no afectivas, seguidas por los trastornos no afectivos.

Los pacientes con FPG fueron internados significativamente más frecuente en un inicio por agresividad-

El FPG en el Hospital "Fray Bernardino Alvarez" tiene una frecuencia similar a la reportada en otros centros hospitalarios del mundo y se asocia al diagnóstico y al apego al tratamiento posterior al egreso.

BIBLIOGRAFIA:

1.- Aldige V , Scheid-Cook TL.. OUTPATIENT COMMITMENT FOR "REVOLVING DOOR" PATIENTS: COMPLIANCE AND TREATMENT. J Nerv Ment Dis 179: 83-88, 1991.

2.- Bachard L. CONTUNUITY OF CARE FOR CHRONIC MENTAL PATIENTS: A CONCEPTUAL ANALYSIS. Am.J. Psychiatry 138:1449-1456, 1981.

3.- Beels C. SOCIAL NETWORKS AND THE TREATMENT OF SCHIZOFRENIA. Inter. J.Fam. Ther. 3: 310-315,1981.

4.- Caraveo AJ. LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA POBLACION MEXICANA. ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS. Salud Mental. 19(supl 2): , 1996.

5.- Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Rascon ML, Villatoro J, López EK, Juárez F, Gómez M, Martínez NA: CARACTERISTICAS, PSICOPATOLOGICAS DE LA POBLACION URBANA ADULTA EN MEXICO. RESULTADO DE UNA ENCUESTA NACIONAL EN HOGARES. Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 5:22-41,1994.

6.- Caraveo AJ, González FC, Ramos LL, Padilla GP, Ducheu RC: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ CONCORDANTE DEL DIAGNÓSTICO PSIQAUITRICO EN UN ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO. Rev Ciencias Biomedicas 9:51-61,1988.

7.- Caraveo AJ, Gómez EN, Saldivar G, González RE: ENCUESTA NACIONAL DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS. Salud Mental.

8.- Caraveo AJ, Saldívar G, Gómez EM: FACTORES RELACIONADOS CON EL TIEMPO DE ESTANCIA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN UNA ENCUESTA NACIONAL.Trabajo presentado en VI Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, Cuernavaca Morelos. Enero 1995.

9.CIE 10. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DESCRIPCIONES CLINICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO. Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades.

10.- Dirección General de Epidemiología Instituto Mexicano de Psiquiatría : ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES. México 1988.

11.- Dirección de Fray Bernardino Alvarez.

12.-DSMIII-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised, España, 1992.

13.- Geller JL:IN AGAIN, OUT AGAIN: PRELIMINARY EVOLUTION OF A STATE HOSPITAL WORST RECIDIVISTS. Hosp. Community Psychiatry; 37: 386-390,1986.

14.-Green JH. FREQUENT REHOSPITALIZATION AND NONCOMPLIANCE WITH TREATMENT. Hosp Community Psychiatry: 39: 936-46,1988.

15.-Gutiérrez AJH, Barilar RE: MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA CIUDAD DE MEXICO. Bol of Saint Panam, 101(6): 648-658, 1986.

16.-Harris M, Bergman HC, Bachrach LL: PSYCHIATRIC AND NONPSYCHIATRIC INDICATORS FOR REHOSPITALIZATION IN A CHRONIC PATIENT POPULATION. Hosp Community Psychiatry; 37: 630-631,1996.

17.-Havassy BE, Hopkin JT: FACTOR PREDICTING UTILIZATION OF ACUTE PSYCHIATRIC INPATIENT SERVICES BY FRECUENTLY HOSPITALIZED PATIENTS. Hosp Community Psychiatry: 40: 820-823,1989.

18.-Haywood, PREDICTING THE "REVOLVING DOOR" PHENOMENON AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC, SCHIZOAFFECTIVE, AND AFFECTIVE DISORDERS. Am J.Pschiatry 152: 6, June 1995.

19.- Herz, LR., Volicer,L., D'Angelo,N., and Gadish,D. ADDITIONAL PSYCHIATRIC ILLINES BY DIAGNOSTIC INTERVIEW SCHEDULE IN MALE ALCOHOLICS. Compr. Psichiatry. 30: 72-79. 1990.

20.- Hillard JR, Slomowitz M, Deeddens J. DETERMINANTS OF EMERGENCY PSYCHIATRIC ADMISSIONS FOR ADOLESCENTS AND ADULTS. Am J Psychiatric: 145: 1416-9,1988.

21.-Hoobs P, Deavoll B, Abernethy P. PSYCHIATRIC SERVICE USE: A COHORT STUDY OF FIRST ATTENDERS. Acta Psychiatr Scand: 86: 313-9,1992.

22.-Hoffman W, Gougleris G, Panzer M, Tigiser E, Warken R, Zimmer FP. MHERFACHAUFNAHMEN MI PSYCHIATRISCHEN KRANKENHAUS-EINE UNTERSUCHUNG ZUR SITUATION SOGENANNTER "DRECHTUR-PATIENTEN". Psychiatr Prax: 19: 217-24,1992.

23.-Igleby David PSIQUIATRIA CRITICA

24.-Kastrup M. WHO BECAME REVOLVING DOOR PATIENTS? Acta Psychiatr Scand 1987: 76: 80-8,1992.

25.-Korkelia JA, Karlsson H, Kujari H. FACTORS PREDICTING READMISSIONS IN PERSONALITY DISORDERSAND OTHER NONPSYCHOTIC ILLINES. Acta Psychiatr Scand: 92: 138-144,1995.

26.-Lamb, H. 1982. YOUNG ADULT CHRONIC PATIENTS
Hosp. Community Psychiatr 33: 465-468.

27.-Lee & Murray. 1988 THE LONG TERM OUTCOME OF MAUDSLEY DEPRESSIVE. Br J Psychiatry, 153: 741.751.

28.-Lerner Y, Popper M, Zilber N . 1989 PATTERNS AND CORRELATES OF PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION IN A NATION WIDE SAMPLE: I. PATTERNS OF HOSPITALIZATION WITH SPECIAL REFERENCE TO THE "NEW CHRONIC" PATIENTS. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 24: 121-126.

29.-Lewis T, Joyce PR. THE NEW REVOLVING-DOOR PATIENTS RESULTS FROM A NATIONAL COHORT OF FIRST ADMISSION. Acta Psychiatr Scand: 82: 130-135,1990.

30.-Lipton, F. et al. 1981. SCHISOPHRENIA: A NETWORK CRISIS. Schiz. Bull. 7:144-151.

31.-Másterson,J. 1976. PSYCHOTERAPY OF THE BORDERLINE ADULT. Brunner/Mazel, New York.

32.-Mahler, M., Pine,F., and Bergman, A. 1975. THE PSYCHOLOGICAL BIRTH OF THE HUMAN INFANT. Basic Book, New York.

33.-Maxine Harris, PH.d; Helen C. Bergaman; REASSESSING THE REVOLVING DOOR: CHRONIC PATIENT. Amer. J. Orthopsychiat. 54(2). 1984.

34.- Medina-Mora ME, Rascon ML, Tapia CR, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J, Caraveo J, Gómez M: TRASTORNOS EMOCIONALES EN POBLACION URBANA MEXICANA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO NACIONAL. Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 3:48-59,1992.

35.- Moss H. RATES AND PREDICTORS OF FOUR-YEAR READMISSION AMONG LATE-MIDDLE- AGED AND OLDER SUBSTANCE ABUSE PATIENTS" J.Stud. Alcohol 55:561-570,1994.

36.-Pepper, B., Ryglewicz, H., and Kirshner, M. 1982. THE UNINSTITUTIONALIZED GENERATION: ANEW BREED OF PSYCHIATRIC PATIENT. IN THE JOUNG ADULT CHRONIC PATIENT, B. Pepper and H. Ryglewicz, eds. Jossey- Bass, san Fransisco.

37.-Rabinowitz,J. Mark, M. Popper, M. Slyuzberg M. Munitz, M. PREDICTING REVOLVING-DOOR PATIENTS IN A 9-YEAR NATIONAL SAMPLE. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol: 30: 65-72,1995.

38.-Renato Y. Pablo ,M.A. THE READMISION OF PSYCHOTIC PATIENTS TO A GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY UNIT.

39.-Rosse SO, Hawkins J, Apodaca L. 1977 DECISION TO ADMIT. Arch gen Psychiatry 34: 418-421.

40.-Rosenblatt A, Mayer JE: THE RECIDIVISM OF MENTAL PATIENTS : A REVIEW OF PAST STUDIES. Am J Orthopsychiatry:44: 679-06,1974.

41.-Salvat,M. PSIQUIATRIA Y ANTIPSIQUIATRIA.Salvat editores, Barcelona, España, 1974.

42.-Segal, SP, Watson, MA, Goldfinger, SM, Averbuck, JD.CIVIL COMMITMENT IN THE PSYCHIATRIC EMERGENCY ROOM. III.DISPOSITION AS A FUNCTION OF MENTAL DISORDER AND DANGEROUS INDICATORS. Arch Gen Psychiatry: 45: 759-63,1988.

43.-Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Havassy BE, Goldfinger SM, Hopkin JT: CHARACTERISTICS OF HIGH USERS OF PSYCHIATRIC INPATIENT SERVICES. Hosp. Community Psychiatry, 38: 1112-1114,1987.

44.-Talbott JA: CARE OF THE CRONICALLY MENTALLY IIL-STILL. A NATIONAL DISGRACE. Am J Psychiatry 136: 688-689, 1979.

45.-Tolsdorf, C. 1976. SOCIAL NETWORKS, SUPPORT AND COPING: AND EXPLORATORY STUDY. Fam. Proc. 15:407-418.

46.-Woogh CM. A COHORT THROUGH THE REVOLVING DOOR. Can J Pschiatry: 31: 214-21,1986.

PREVALENCIA DEL FENÓMENO DE LA PUERTA GIRATORIA EN EL HPFBA

REGISTRO:_____

Nombre del paciente:_____expediente_____

Edad:_____Escolaridad (en años)_____Edo Civil:_____

A) CRONOGRAMA DE INGRESOS HOSPITALARIOS

B) VARIABLES CLÍNICAS

Edad de inicio_____ Tiempo de evolución_____

Antecedentes Familiares de enfermedad mental:

1.-( ):_____
2.-( ):_____
3.-( ):_____
4.-( ):_____

Antecedentes Personales de enfermedad mental:

1.-( ):_____
2.-( ):_____
3.-( ):_____
4.-( ):_____

REGISTRO:_____

INTERNAMIENTO _____

Fecha de ingreso:_____ Fecha de egreso:_____ Duración (días):_____

DX DE INGRESO

1.-( ):_____
2.-( ):_____
3.-( ):_____
4.-( ):_____

DX DE EGRESO

1.-( ):_____
2.-( ):_____
3.-( ):_____
4.-( ):_____

Motivo de internamiento:_____
Motivo de egreso:_____
TX. de egreso:_____
_____
_____
_____ REGISTRO:_____

INTERNAMIENTO _____

Fecha de ingreso:_____ Fecha de egreso:_____ Duración (días):_____

DX DE INGRESO

1.-( ):_____
2.-( ):_____
3.-( ):_____
4.-( ):_____

DX DE EGRESO

1.-( ):_____
2.-( ):_____
3.-( ):_____
4.-( ):_____

Motivo de internamiento:_____
Motivo de egreso:_____
TX. de egreso:_____
_____
_____
_____

Registro:_____

Periodo intermedio_____ Y _____
Duración del periodo externo_____
Asistencia a consulta externa: si ( ) no ( )
No de consultas:_____
Tratamiento en instancia extrainstitucional: si ( ) no ( )
¿Cual? _____

Periodo intermedio_____ Y _____
Duración del periodo externo_____
Asistencia a consulta externa: si ( ) no ( )
No de consultas:_____
Tratamiento en instancia extrainstitucional: si ( ) no ( )
¿Cual? _____

Periodo intermedio_____ Y _____
Duración del periodo externo_____
Asistencia a consulta externa: si ( ) no ( )
No de consultas:_____
Tratamiento en instancia extrainstitucional: si ( ) no ( )
¿Cual? _____

Periodo intermedio_____ Y _____
Duración del periodo externo_____
Asistencia a consulta externa: si ( ) no ( )
No de consultas:_____
Tratamiento en instancia extrainstitucional: si ( ) no ( )
¿Cual? _____

Periodo intermedio_____ Y _____
Duración del periodo externo_____
Asistencia a consulta externa: si ( ) no ( )
No de consultas:_____
Tratamiento en instancia extrainstitucional: si ( ) no ( )
¿Cual? _____