



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**FACTORES ASOCIADOS A LOS INGRESOS  
HOSPITALARIOS Y AL ABANDONO EN EL  
SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE  
PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE  
ESQUIZOFRENIA.**

*TESIS DOCTORAL*

DOCTORANDO:

DANIEL CUESTA LOZANO

DIRECTORES:

DR. JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO


DR. ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

AUTOR: Daniel Cuesta Lozano

 <http://orcid.org/0000-0001-6589-1439>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)



*A Lidia, Raquel, Carlos,  
Juan Antonio y Sebastián,  
las cinco mejores cosas que  
me han pasado en la vida.*

# AGRADECIMIENTOS

Paco Hijano, un amigo de mi familia que ya no está con nosotros, le dijo a mi madre en una ocasión en la que yo era suficientemente mayor como para entender las cosas, pero demasiado pequeño para que se me dijeran a mí, que mi hermano era rico por tener lo que tenía. Se refería a que en aquel momento, en que mi familia había alquilado un solar frente a nuestro restaurante, mi hermano estaba ocupado en limpiar y desescombrar el sitio, y junto a él estaban sus amigos. Amigos que arrimaban el hombro, cargaban, limpiaban, se reían y ayudaban. A esa riqueza se refería Hijano. Años después, sin poder olvidar aquel momento, he entendido que esa riqueza es tal, pero que no es de las que se heredan sino de las que se aprenden, y yo he debido aprenderla. A esos amigos, que a lo largo de mi vida me han estado acompañando, apoyando y enseñando, quiero agradecer cuanto han hecho por mí, porque sin todo eso no sería capaz de enfrentarme a retos como el que en estas páginas se condensa.

A mis Directores de tesis, José Miguel Morales Asencio y Alberto Fernández Liria quiero agradecer muy especialmente que aceptaran tutorizar a un enfermero de salud mental que siempre quiere hacer más y llegar a todo, aunque rara vez lo consiga. Tengo que agradecer su maestría, la claridad en sus indicaciones, su facilidad para replantear mis problemas en forma de soluciones con una sencillez que me hacía cuestionarme mis más fuertes seguridades. Tengo que agradecerles sus rápidas respuestas al correo, sus despachos siempre abiertos, los huecos en sus agendas..., todo lo que han dado para que, pese a mí, esta tesis sea realidad.



A Antonio Ignacio Cuesta Vargas he de dar las gracias por atreverse a escuchar desde un principio las confusas ilusiones de un recién diplomado que quería ser doctor, por haber estado ahí en el principio de un camino que yo solo acertaba a andar a empujones. Y muy especialmente quiero agradecerle haber sido desde que tengo memoria un ejemplo para un niño que siempre quiso hacer las cosas tan bien como él, haber personificado siempre las aspiraciones de alguien que solo deseaba esforzarse para poder parecerse en algo. Gracias Antonio.

A mis maestros Bernardo Vila Blasco y Francisco Megías Lizancos, mis padres en esta profesión, he de agradecer sencillamente el enfermero que soy. Todo cuanto soy como enfermero de salud mental, y mucho de lo que soy como persona, se lo debo a estos dos maestros que han hecho que la enfermería de salud mental hoy sea lo que es. No puedo más que seguir trabajando y siguiendo vuestro ejemplo pues no hay otra forma de vivir y de cuidar.

A Elena Redondo Vaquero quiero agradecer su inestimable ayuda, por haber sido la enfermera que me acompañó en mis momentos difíciles, en mis angustias y en nuestras peleas. A Ángel Luís Asenjo Esteve debo agradecer que me ayudase a seguir construyéndome como enfermero, a ampliar la vista, y a enfocarla, a entender y ser entendido. A Montserrat García Sastre, Julián Carretero Román, Crispín Gigante Pérez, Raquel Gragera Martínez, Francisca Casas Martínez, Cristina Francisco del Rey y Jorge Luís Gómez González por haber preguntado tantas veces por esto que hoy escribo, por haber insistido tantas veces en que priorizara, por haber tenido razón.

Especial agradecimiento han de recibir Ana Carralero Montero y Raquel Ruíz Íñiguez, las dos mejores compañeras de viaje que un enfermero de salud

mental puede tener al lado. Es un orgullo acompañaros desde que iniciasteis este camino, y es un orgullo ver cómo me adelantáis por el mismo. A Fernando Peña, Gracias Ibeas, Pilar Banegas y Tomás Santos quiero agradecer cada grano de arena que han puesto para que este proyecto hay tomado forma al final. Gracias por estar siempre ahí. Igual que siempre han estado ahí mis alumnos y mis residentes, me ahorraré la larga lista de estudiantes siempre dispuestos a echar una mano en las locuras de su profesor de salud mental y la no más corta lista de residentes que se embarcaban en esas mismas locuras. Gracias a todos.

Si alguien tiene queja de que yo sea enfermero, que no me culpe a mí, pues los responsables son Paloma Caro Muñoz, Manuel Vega Cuesta y Juan Carlos Bermudo Romero, una por empujarme y los otros por tirar de mí. Agradecido les estoy por su fuerza, que en muchos momentos me ha hecho falta. Cada uno de ellos es, desde que los conozco, el enfermero que algún día me gustaría llegar a ser. Del mismo modo que agradecido estoy a todos los que en este tiempo que hoy acaba me habéis acompañado y permitido disfrutar de vuestro apoyo y vuestra compañía. Gracias Óscar Caro Muñoz, Susana Martín Narbona, Ana Baeza Florido y, especial, Fernando Grangel Bou, por todos vosotros esto ha sido posible.

Y con menos palabras, porque por muchas que utilice me seguirían faltando, a mi familia he de dar las gracias, porque sin saber muy bien a qué me estaba dedicando en cada momento, no han cesado en su apoyo, en sus ánimos y en compartir sus alegrías con cada triunfo que haya podido conseguir yo y que siempre ha sido fruto de todo lo que ellos le han dado al pequeño de la casa. Gracias mamá, Toñi, Juani, Seba, gracias a todos, por hacer posible que yo haya sido capaz de hacer esto.

# DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Tanto el/la doctorando/a, como los Directores de la tesis, declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	10
Marco conceptual: Los sistemas de registros en salud mental.....	48
2. JUSTIFICACIÓN.....	56
3. OBJETIVOS.....	59
4. METODOLOGÍA .....	60
Diseño .....	60
Emplazamiento .....	60
Población y muestra .....	61
Variables.....	62
Recogida de datos.....	66
Análisis .....	67
Autorizaciones y aspectos éticos .....	68
5. RESULTADOS.....	70
Índice de Lavik .....	91
Servicio de entrada. ....	94
6. DISCUSIÓN .....	104
7. CONCLUSIONES .....	114
8. BIBLIOGRAFÍA .....	115
9. ANEXOS.....	127

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características de síntomas psicóticos Schneiderianos .....	12
Tabla 2: Criterios diagnósticos de la esquizofrenia según el DSM-IV-TR ....	15
Tabla 3: Factores de riesgo de la esquizofrenia .....	19
Tabla 4: Estado civil de los sujetos incluidos .....	71
Tabla 5: Nivel de estudios.....	71
Tabla 6: Situación ocupacional .....	72
Tabla 7: Distribución de frecuencias de rangos de edad .....	72
Tabla 8: Estado civil por sexos .....	74
Tabla 9: Nivel de estudios por sexos .....	76
Tabla 10: Situación ocupacional por sexos .....	78
Tabla 11: Diagnósticos de esquizofrenia en función del sexo .....	79
Tabla 12: Diferencias en sexo por áreas de atención .....	80
Tabla 13: Episodios por Áreas .....	81
Tabla 14: Intensidad de uso de servicios hospitalarios por Áreas .....	82
Tabla 15: Intensidad de uso de servicios hospitalarios por sexo.....	82
Tabla 16: Edad y utilización de servicios hospitalarios .....	83
Tabla 17: Tipo de servicio y áreas.....	84
Tabla 18: Tipo de episodio y servicio por sexos .....	85
Tabla 19: Edad por tipo de episodio y servicios.....	85
Tabla 20: Ingresos agudos por áreas .....	86
Tabla 21: Ingresos agudos por sexo.....	86
Tabla 22: Ingresos agudos por año .....	87
Tabla 23: Intensidad de uso de servicios hospitalarios por diagnósticos ....	90
Tabla 24: Índice Lavik y subtipos diagnósticos de esquizofrenia.....	91
Tabla 25: Intensidad de uso de servicios hospitalarios e índice de Lavik ...	92
Tabla 26: índice Lavik en función de tipo de servicios .....	93
Tabla 27: Índice Lavik e ingresos agudos.....	94
Tabla 28: Servicio entrada e intensidad de uso de servicios hospitalarios..	95
Tabla 29: Utilización de servicios comunitarios y servicio de entrada .....	97
Tabla 30: Evolución de la utilización de servicios comunitarios.....	98
Tabla 31: Utilización de servicios comunitarios por áreas .....	100
Tabla 32: Modelo de regresión logística multivariante para el uso de servicios comunitarios .....	103

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Relación entre desigualdad económica e incidencia de esquizofrenia (tomado de Burns et al.) .....	21
Gráfico 2: Variabilidad en las tasas estandarizadas de ingresos hospitalarios según área de salud de residencia .....	35
Gráfico 3: Distribución de episodios en el período de estudio .....	70
Gráfico 4: Distribución de la edad .....	73
Gráfico 5: Estado civil por sexos .....	75
Gráfico 6: Nivel educativo por sexos .....	77
Gráfico 7: Diferencias de sexo por Áreas.....	80
Gráfico 8: Episodios por Áreas.....	81
Gráfico 9: Intensidad de uso de servicios hospitalarios por sexo .....	83
Gráfico 10: Utilización de servicios hospitalarios en función de la edad .....	84
Gráfico 11: Ingresos agudos por áreas .....	86
Gráfico 12: Evolución de ingresos agudos .....	88
Gráfico 13: Evolución de la utilización de servicios comunitarios .....	98
Gráfico 14: Evolución de utilización de servicios comunitarios por Áreas ...	99
Gráfico 15: Evolución de utilización de servicios comunitarios por Áreas .	101

# 1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno psicótico, y como todos los trastornos mentales de esta categoría, sus principales manifestaciones pertenecen al rango de los llamados síntomas psicóticos (1). Históricamente los síntomas psicóticos han sido definidos con mayor o menor precisión dentro del constructo psicosis, sin que en ningún momento haya habido consenso acerca de qué es y qué no es una psicosis; definiciones de carácter restrictivo se han referido a la psicosis exclusivamente como el cuadro caracterizado por delirios y alucinaciones manifiestas, mientras que otras definiciones más amplias incluirían aspectos como la sintomatología negativa o el deterioro funcional que caracteriza al padecimiento de la esquizofrenia (1). Sea quizá esta concepción de la psicosis a la que más próximo se encuentre el planteamiento hecho en este trabajo.

Sería correcto decir que hoy día la entidad nosológica que representa por antonomasia a la psicosis es la esquizofrenia, aun siendo uno de tantos otros trastornos psicóticos descritos, y es por ello oportuno hablar de la evolución del concepto de psicosis a lo largo de la historia para hacer una correcta aproximación a la definición de esquizofrenia.

Son escasos los casos descritos de clínicas parecidas a lo que hoy entendemos como esquizofrenia hasta finales del siglo XVIII. Fue en

la segunda mitad del siglo XIX cuando los diferentes casos clínicos observados comienzan a ser estudiados de forma sistemática y clasificados. Bénédict Morel acuñó en 1853 el término *démence précoce*, demencia precoz en castellano, para referirse a cuadros de alienación mental que con el tiempo llevaban a un deterioro del funcionamiento y de la capacidad del sujeto, fue denominada precoz al observarse en adultos jóvenes y por oposición a la demencia senil observada en ancianos. Años después, en 1871, Ewald Hecker definió un cuadro similar pero caracterizado por "estupidez, embrutecimiento y desorganización de las funciones psíquicas", al que denominó hebefrenia. En 1874, Karl Kalhbaum describió la catatonía, cuadro de alienación mental caracterizado principalmente por trastornos del movimiento y la sensopercepción y por mutismo. La sistematización de esta serie de constructos que empezaban a imponerse es debida a Emil Kraepelin, que en 1898 agrupó bajo el nombre de demencia precoz a la hebefrenia, la catatonía y un subtipo paranoide que él mismo definió como un convencimiento de perjuicio "durable e imposible de romper, que se instaura con conservación completa de la claridad y el orden en el pensamiento, en la voluntad y la acción" (2).

Esta definición fue comúnmente aceptada en los ámbitos académico y clínico hasta que en 1908, Eugen Bleuler propuso para este cuadro el nombre de esquizofrenia (2). Bleuler defendía que no cabía denominar a este cuadro clínico como demencia, dado que no



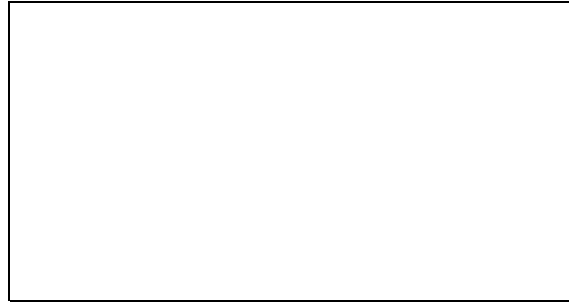
conducía inexorablemente a un deterioro mental irrecuperable, existiendo casos en los que sí se daba una mejoría, y propuso el nombre que perdura hasta hoy y que deriva de los términos griegos *schizein*, escindir, y *frenos*, mente, para con él expresar la escisión, la separación de la mente de la realidad del mundo que le rodea. Bleuler también propuso una clasificación de síntomas, separándolos en síntomas fundamentales y accesorios, pero fue Kurt Schneider en 1946 quien aportó una clasificación de síntomas psicóticos que llamó de primer rango, de los cuales indicó que no eran específicos de la esquizofrenia y que no siempre se daban, pero eran útiles para llegar a un diagnóstico. Especificó que en las personas que no mostraban dichos síntomas, el trastorno únicamente se podía diagnosticar a partir de los síntomas de segundo orden (Tablas 1) (2).

**Tabla 1: Características de síntomas psicóticos Schneiderianos**

<b>Síntomas Schneiderianos de Primer Rango</b>	<b>Síntomas Schneiderianos de Segundo Rango</b>
Pensamiento sonoro	Otros trastornos de la percepción
Voces que discuten	Ideas súbitas delirantes
Experiencia de pasividad somática	Perplejidad
Influencia, imposición y robo del pensamiento	Cambios depresivos o eufóricos
Transmisión de pensamientos	Sentimientos de empobrecimiento emocional

Percepciones delirantes

Cualquier experiencia que implique voluntad, afecto o impulso dirigido



Hoy en día la clasificación schneideriana sigue siendo utilizada aunque solo con valor descriptivo, ya que clasificaciones más modernas la han sustituido en su función diagnóstica.

Estas clasificaciones más modernas intentan asumir la esencia de los postulados precedentes y avanzar hacia la unificación de criterios. Surgieron en 1952 con la primera edición del Manual diagnóstico y estadístico (DSM, según sus siglas en inglés) de los trastornos mentales, donde la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, según sus siglas en inglés) intentó clasificar los trastornos mentales conocidos y unificar los criterios diagnósticos para disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Esta taxonomía, del mismo modo que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha llegado hasta la actualidad, encontrándose hoy sus respectivas quinta y décima edición. Aunque con ciertas diferencias, ambas clasifican y describen la esquizofrenia de forma similar. Nos referiremos aquí a la cuarta



edición del DSM, al ser el utilizado en el ámbito clínico y académico en el periodo a estudio.

La cuarta edición del DSM, el DSM-IV-TR, describe la esquizofrenia como una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos) (1). Refiere de este trastorno mental que sus características esenciales son una mezcla de signos y síntomas peculiares que han estado presentes durante un mes y otros que han persistido durante al menos seis meses. Además señala como necesario para establecer este diagnóstico la presencia de una marcada disfunción social o laboral, sin que nada de esto pueda ser explicado mejor por otro trastorno médico o psiquiátrico o por el consumo de alguna sustancia (Tabla 2) (1).

**Tabla 2: Criterios diagnósticos de la esquizofrenia según el DSM-IV-TR**

<b>Criterio A</b>	<p>Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si es tratado con éxito)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ideas delirantes</li><li>2. Alucinaciones</li><li>3. Lenguaje desorganizado (descarrilamiento, frecuente, incoherencia, etc.)</li><li>4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado</li><li>5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.</li></ol>
<b>Criterio B</b>	<p>Disfunción social /laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.</p>
<b>Criterio C</b>	<p>Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este periodo de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplen el criterio A y pueden incluir los periodos de síntomas prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A presentes de forma atenuada.</p>

<b>Criterio D</b>	Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado del ánimo: El trastorno esquizoafectivo y del estado del ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración ha sido breve en relación con la duración de los periodos activos y residual.
<b>Criterio E</b>	Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
<b>Criterio F</b>	Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes.

Los síntomas que el DSM-IV reconoce a la esquizofrenia pueden conceptualizarse en dos categorías: los síntomas positivos y los síntomas negativos. Por síntomas positivos entendemos aquellos que parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones mentales, delirios o alucinaciones podrían ser ejemplos de exceso y lenguaje desorganizado ejemplo de distorsión, mientras que por síntomas negativos comprendemos aquellos que parecen reflejar una

disminución o pérdida de las funciones mentales, como el aplanamiento afectivo, la abulia o la anhedonia (1). Es por tanto la esquizofrenia un trastorno mental a cuyo diagnóstico se llega de forma clínica, basándose en una combinación de síntomas característicos de relativa severidad.

Desde que Kraepelin propusiera el concepto de demencia precoz y los tipos paranoide, hebefrénico y catatónico, siempre se han enumerado diversos subtipos de esquizofrenia (2). La última clasificación de los trastornos mentales (1) contempla los siguientes y los describe así:

- Esquizofrenia Paranoide: Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.
- Esquizofrenia Desorganizada: Predominan el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada, sin que se cumplan los criterios para el tipo catatónico.
- Esquizofrenia catatónica: el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:
  - o Inmovilidad motora manifestada por catalepsia o estupor.
  - o Actividad motora excesiva (que carece de propósito).

- Negativismo extremo o mutismo.
  - Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos o muecas.
  - Ecolalia o ecopraxia.
- Esquizofrenia Residual: En este subtipo se da una ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, aunque hay manifestaciones continuas como presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).
  - Esquizofrenia Indiferenciada: Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

El padecimiento de la esquizofrenia, como cualquier otro trastorno mental, está relacionado con una serie de factores que se han identificado como de riesgo. Se suelen clasificar en factores genéticos o endógenos y factores no genéticos o exógenos (Tabla 3).

**Tabla 3: Factores de riesgo de la esquizofrenia**

<b>Genéticos</b>	<b>No Genéticos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Historia familiar</li><li>• Edad de los padres en el nacimiento</li><li>• Ciertos síndromes genéticos (VCFS, Klinefelter...)</li><li>• Susceptibilidad de genes específicos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Infecciones prenatales</li><li>• Inanición de la madre</li><li>• Complicaciones obstétricas (parto y puerperio: preclampsia, Rh, hipoxia...)</li><li>• Estación en que se nace (nacimiento en invierno)</li><li>• Lugar de nacimiento (nacimiento en ciudad)</li><li>• Inmigración</li><li>• Daños craneoencefálicos</li><li>• Consumo de drogas</li></ul>

Para abordar la complejidad del riesgo de padecer una enfermedad como la esquizofrenia se ha propuesto el llamado Modelo Vulnerabilidad – Estrés – Habilidades de Afrontamiento(2). Según este modelo el curso, la gravedad y los resultados de esta enfermedad están determinados por tres factores interactivos:

1. Vulnerabilidad biológica: producida por una combinación de influencias genéticas y ambientales tempranas. Es la condición imprescindible para que se desarrolle la esquizofrenia.
2. Estrés socioambiental: se considera estresante toda contingencia o acontecimiento que requiere la adaptación del



individuo para reducir al mínimo los efectos negativos. A mayor número de acontecimientos negativos, mayor vulnerabilidad.

3. Habilidades de afrontamiento: se trata de la capacidad de la persona para eliminar o escapar de las contingencias mencionadas. Una buena capacidad de afrontamiento mediará los efectos negativos del estrés sobre la vulnerabilidad biológica.

La epidemiología de la esquizofrenia ofrece un mapa en el que la enfermedad se da de manera uniforme en todas las culturas y épocas de las que se tienen datos. Afecta a 15,2 de cada 100.000 habitantes al año (3), alcanzando una prevalencia de 5,9 por cada 1.000 habitantes en 2012 (4). Se ha descrito también una asociación importante entre la incidencia de esquizofrenia y la presencia de desigualdades sociales (Gráfico 1). Así, Burns et al. en una revisión sistemática que analizó 107 estudios de incidencia en 26 países, obtuvo una incidencia global de 18,5 por 100.000 habitantes al año, que aumentaba en países con una mayor desigualdad económica, expresada por el índice Gini, que es un estándar habitual para evaluar el nivel de desigualdad entre la población más rica y la más empobrecida en un país (5).

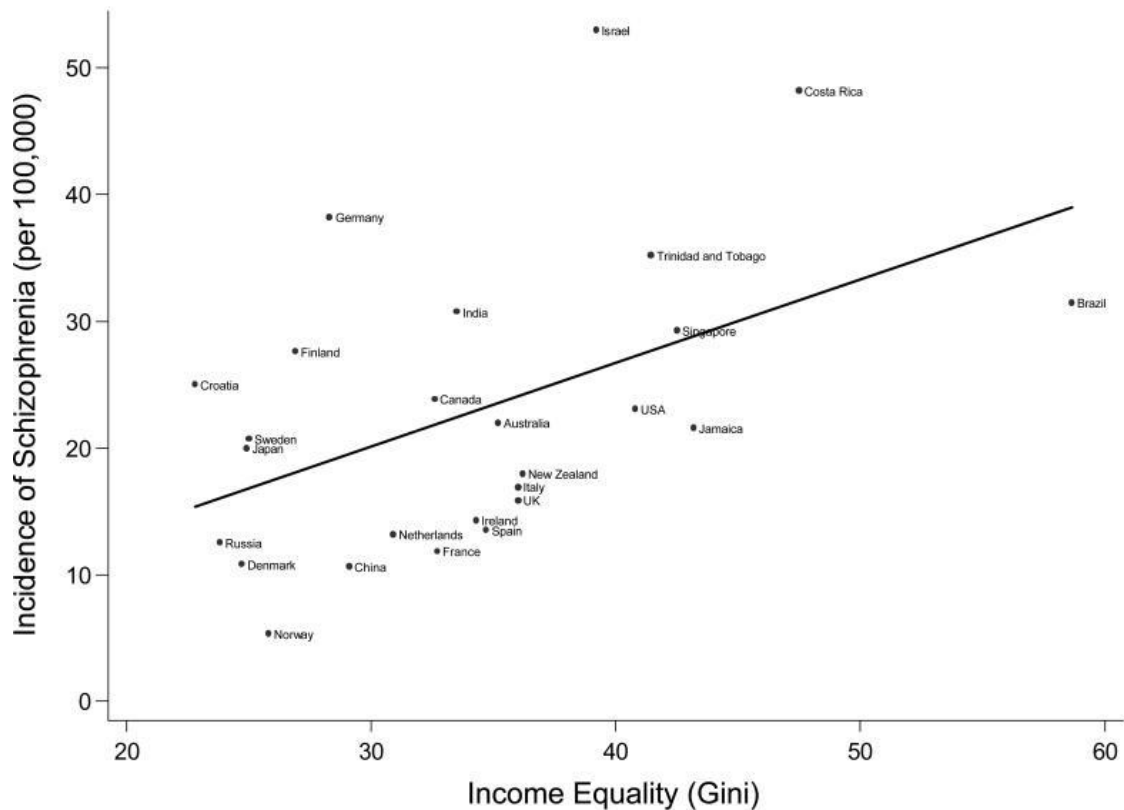


Gráfico 1: Relación entre desigualdad económica e incidencia de esquizofrenia (tomado de Burns et al.)

Como ya se describió al principio de su historia, uno de sus principales rasgos es la temprana edad de inicio, que se suele dar al principio de la adultez, siendo más temprana en hombres que en mujeres (6). Recientes estudios realizados en España corroboran esta característica, estableciendo la edad de inicio en 24,89 años en hombres y en 29,01 años en mujeres (7).

Sin embargo, y pese a la uniformidad que se señalaba, a la hora de describir la epidemiología de la esquizofrenia, se puede identificar ciertas variaciones entre diferentes zonas geográficas. Estas

diferencias se explican en parte por la escasez o ausencia de datos en determinadas regiones del mundo, donde existen muchos casos no identificados, y por la variabilidad en los factores de riesgo que se da entre diferentes culturas (8), del mismo modo estudios de cohortes que aportan una mayor perspectiva temporal han detectado recientemente un cambio en este patrón de incidencia desigual a favor de los hombres, con una tendencia a igualarse en las cohortes más recientes en un análisis llevado a cabo en Dinamarca (9). Además, se han identificado diferencias importantes en las cifras de incidencia cuando éstas se analizan a través de registros longitudinales, frente a estudios basados en una primera consulta, llegando a ser la incidencia el triple en el primer caso (10).

Por otra parte, no hay que olvidar que las personas que ha sido diagnosticadas de esquizofrenia suelen presentar patrones de comorbilidades añadidos, ya sean otros diagnósticos psiquiátricos, como los trastornos obsesivo-compulsivos (11,12), o de naturaleza somática, como enfermedades cardiovasculares (13,14) o dolor crónico (15), entre otros. Estas comorbilidades complejizan aún más la demanda y oferta de servicios capaces de dar una respuesta integral y coordinada a estas personas.

## **Atención sociosanitaria a las personas diagnosticadas de esquizofrenia y sus familias**

### **Modelo comunitario de atención a la salud mental**

El modelo comunitario de atención a la salud mental surge a mediados del siglo XX como alternativa a la modalidad de tratamiento asilar que predominaba en la Psiquiatría hasta la primera mitad de ese siglo y que, lejos del tratamiento moral que la inspiró en sus orígenes a finales del siglo XVIII, se convirtió en una amalgama de instituciones desbordadas por el hacinamiento, el abandono y la vulneración de los derechos de las personas allí atendidas. En oposición a esto, el modelo de intervención comunitario que la sustituye hoy, se caracteriza por comprender y actuar en el contexto donde se producen los problemas psiquiátricos o trastornos de conducta, la comunidad, así como por dar a la promoción y al mantenimiento del bienestar mental una prioridad igual a la del tratamiento del trastorno, y por buscar el origen y los factores de corrección de los trastornos mentales en determinantes socioculturales de la conducta humana, además de en los biológicos y psicológicos (16).

Aunque existen en la historia experiencias destacables en lo que al cuidado comunitario de las personas con enfermedades mentales se refiere (17), es en Estados Unidos en la década de los 30 cuando encontramos los primeros indicios de esta nueva forma de tratar a los

enfermos mentales, los primeros pasos de la Reforma Psiquiátrica. Concretamente es desde las Child Guidance Clinics donde se difunde una nueva perspectiva de abordaje a los trastornos mentales infantiles, plenamente relacionada con el medio en que vive el niño y atendiendo a sus padres y maestros, y no sólo a sus síntomas. Estas clínicas son las primeras de trabajo interdisciplinar de las que se tiene constancia, y su asistencia es la primera que merece ser llamada comunitaria, por incidir en el medio natural del niño, en las familias y las escuelas, iniciar programas preventivos, de educación... (17).

Los principales movimientos en pro de la Reforma Psiquiátrica sucedieron paralelos en varias partes del mundo, como otras reformas sociales, aunque sigue siendo en Estados Unidos donde encontramos los primeros pasos de la Reforma como realidad patente. Sería acertado considerar esta Reforma como una revolución, y como tal, sus comienzos fueron tortuosos. En ausencia de un compromiso por parte de las fuerzas políticas que propiciase los cambios estructurales necesarios, fueron los esfuerzos populares, movidos por la filantropía o la caridad, los que motivaron las transformaciones que se fueron sucediendo mediante la denuncia, la propuesta de medidas o la presión directa a las administraciones.

Uno de los más significativos de estos movimientos, que nació en 1909 como uno más y a imitación de otros anteriores, fue el de la Higiene Mental. Su fundador fue Clifford W. Beers, un psiquiatra que

pasó una temporada hospitalizado por depresión y paranoia en tres instituciones mentales diferentes y cuyos métodos asistenciales denunció en "A mind that found itself" (Una mente que se encuentra a sí misma, 1908), un libro autobiográfico que relataba la penosa situación en que se encontraban los enfermos mentales en las clínicas públicas y privadas de Estados Unidos. Sirvió esta obra para la difusión de este movimiento, que siguió un desarrollo exponencial sobre todo en la primera mitad del siglo XX. En pocos años se habían creado más de cincuenta organizaciones similares en otros países, y en 1930 se organizaba en Washington (EE.UU.) el Primer Congreso Internacional de Higiene Mental. El Segundo Congreso se celebró en París en 1937 y en la tercera edición de este congreso, celebrada en Londres en 1948, se creó la Federación Mundial de Salud Mental, creándose al año siguiente la Sección de Higiene Mental de la OMS (17).

En España, se partía de un posicionamiento político-administrativo diferente. El régimen político, siguiendo la inercia histórica, se apoyaba en las instituciones religiosas para asistir a las personas con enfermedad mental sobre la base de la caridad y al amparo de su propia convicción y regla. Un sistema, marcadamente asilar, que se caracterizaba por una gran variabilidad en la asistencia debida a las diferentes concepciones que de la atención sanitaria psiquiátrica tenía cada congregación religiosa (16). Estas congregaciones gestionaban manicomios regionales que institucionalizaban enfermos procedentes

de las más diversas provincias, desconectándoles de su medio de origen y dificultándoles, en los casos en que posteriormente se daba, su reinserción social (18).

En estos manicomios se ocultaban a la sociedad enfermedades que comprendían un conjunto de síntomas manifestados en conductas entendidas como inapropiadas, amparándose en el concepto estigmatizante del loco y su peligrosidad social. El papel de los manicomios supone una realidad muy alejada de los presupuestos fines asistenciales que se les atribuían, convirtiéndose en algunos casos en un centro asilar o incluso de reclusión para los considerados socialmente indeseables (16). Las personas asiladas en estas instituciones estaban sometidas a un trato que, desde una postura paternalista, llegaba a ser autoritario, quedando estos ciudadanos marginados, relegados y aislados de la sociedad, y a veces privados de su voluntad y libertades individuales (16). El hospital psiquiátrico se convierte así en la *Institución Total* que E. Goffman señalaba en 1961, un complejo asilo con fines asistenciales que tiene tendencias absorbentes materializadas en los obstáculos existentes que se oponen a la interacción social del interno, que le despersonaliza, discapacita y desocializa imposibilitándole su rehabilitación y reinserción social y condenándole a permanecer permanentemente dentro de los muros del psiquiátrico (19).

En oposición a esto, el modelo comunitario propugna una atención integral, con un nivel de atención especializada dentro del sistema sanitario público y ligado a una red de dispositivos comunitarios de asistencia socio-sanitaria (16).

De las personas que residían asiladas en los manicomios al inicio de la Reforma, principalmente personas que padecían trastornos mentales orgánicos o relacionados con algún problema físico, como la epilepsia, personas con alteraciones graves de la conducta y personas diagnosticadas de esquizofrenia resistente al tratamiento, eran éstos dos últimos tipos los que representaban un reto para el modelo comunitario. Se emprendieron múltiples alternativas de manejo en diferentes contextos, con mayor o menor éxito, lo que parecía claro era que el hospital psiquiátrico tal y como era concebido entonces, ni por sus dimensiones ni por sus contenidos, representaba una alternativa satisfactoria para ninguna de estas dos últimas categorías (20).

La desinstitucionalización era la clave para acabar con el manicomio, y esto suponía un importante reto para la asistencia sanitaria a las personas en él ingresadas. Se trataba de un importante volumen de población que había residido durante años en la institución, se había habituado a la vida asilar y presentaba serios problemas de adaptación a un medio externo extraño, incluso a su propia familia que, en muchos casos, había estado ausente durante años. Este



proceso requirió planes específicos de actuación, sistemas de reinserción social y desarrollo de programas de autocuidados, de manejo del dinero, de habilidades sociales y de relación que les permitieran desenvolverse con garantía en un medio a veces hostil (16).

Desde el punto de vista político se establecen planes idílicos que pretenden dar respuesta a las demandas del nuevo sistema, para los que se hicieron en principio análisis de resultados bastante autocomplacientes y poco críticos (16), que más bien supusieron un escollo para el óptimo desarrollo del propio sistema que una ayuda para el mismo. En este sentido, es preciso señalar que en algunos casos, sobre todo en los primeros momentos, la desinstitucionalización se hizo a un ritmo más acelerado del deseable. La desconexión durante años con el medio de origen en el que se pretendía integrar de nuevo a la persona liberada del psiquiátrico dio lugar en ocasiones a situaciones difíciles de manejar por el recientemente creado modelo comunitario, más aun en provincias con menor desarrollo o en zonas rurales. Se había sobrestimado la capacidad de adaptarse a condiciones de vida normalizadas de personas que habían vivido durante largos períodos en medios protegidos olvidando, o incluso sin haber llegado a aprender, las habilidades necesarias para vivir autónomamente (20).

Estas personas, tradicionalmente denominados enfermos crónicos en alusión a la duración y evolución típica de sus trastornos, representaban un reto para la asistencia que conllevó, no solo la disposición y puesta en marcha de gran variedad de intervenciones socio-comunitarias, sino también una nueva teorización sobre el concepto de cronicidad y su relación con la enfermedad mental.

Como decimos, el concepto de crónico hacía alusión a una evolución típica de los trastornos mentales graves, asumiendo el progresivo deterioro que ocasionaban, el encapsulamiento de los delirios y las alucinaciones y disponiendo ambientes más o menos contenedores en los que las alteraciones conductuales del paciente pudiesen ser toleradas, parte es esto de la justificación de la existencia de los hospitales psiquiátricos. Pero como se ha señalado anteriormente, numerosos autores contextuales a la Reforma y posteriores argumentan la inoperabilidad de estos psiquiátricos, a los que incluso se vio como responsables de la propia cronicidad de sus pacientes.

Una visión positiva de la enfermedad mental, en el contexto de la Reforma, entendía que el deterioro asociado a la cronicidad, en su mayor parte, provenía del alto nivel de contención, de la desconexión con la sociedad, de la falta de programas de rehabilitación y de entrenamiento de habilidades que cualquier persona ponía en práctica día a día en la sociedad fuera del manicomio. Los actores de esa Reforma defendieron que el sencillo trato como personas haría a

estos enfermos socialmente iguales a las personas, y el tiempo les ha dado la razón.

Si bien es cierto esto, los planteamientos iniciales de estos propósitos fueron, de nuevo, demasiado optimistas (20). Los primeros pasos de la desinstitucionalización demostraron que la reintegración en el contexto comunitario de pacientes largamente institucionalizados no implicaba por sí sola una recuperación más o menos aceptable de las capacidades del que fuese un paciente del hospital psiquiátrico. Etapas siguientes dejaron también evidencia de que la cronicidad supone también una realidad ligada a la evolución de los trastornos mentales graves que una iatrogenia del propio sistema asilar previo a la Reforma. La evolución demográfica de la población trajo consigo la natural aparición de nuevas personas diagnosticadas que, sin existir ya una institución psiquiátrica en la que permanecer asilados por una larga estancia, y disfrutando de un sistema asistencial público y comunitario con cuidados de rehabilitación y reinserción social, continuaban evolucionando hacia esa cronicidad típica de los enfermos mentales, aunque con menos gravedad que la conocida hasta entonces, es decir, los logros clínicos y sociales conseguidos mostraron desde muy pronto ser significativos y el estado general de las personas que eran diagnosticadas de una enfermedad mental mejoró notablemente, aunque no se logró la pretendida total erradicación de la cronicidad, deshaciendo la relación causa – efecto

que entre ésta y la institución manicomial se había establecido en las primeras argumentaciones en pro de la Reforma (20).

Es en 1985 cuando se reúne y publica sus dictámenes la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, señalando las necesidades de transformación del sistema hasta entonces vigente en la asistencia a las personas diagnosticadas de trastornos mentales. Entre esas necesidades se da prioridad a la de acabar con un sistema asilar que consumía una ingente cantidad de recursos sin que se acompañase del correspondiente rendimiento terapéutico y, en consecuencia, de articular una red asistencial que trascienda el mero objetivo reparador para convertirse en un proceso amplio que contemple también la prevención y las tareas de reinserción social (21).

Así, entre otros, este informe establece como objetivos de la reforma asistencial que propone, potenciar las acciones de protección de la salud mental y atención psiquiátrica dentro del entorno social propio de la población en riesgo y reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica. Señalando así de forma coherente con el modelo comunitario, desde la misma creación del Sistema Nacional de Salud, la necesidad de reducir en última instancia el número y la duración de las estancias hospitalarias motivadas por problemas de salud mental (21). Estos principios quedaron reflejados un año más tarde en la promulgación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad,

que en su artículo 20 asume el compromiso de prestar asistencia siguiendo los principios del modelo comunitario.

Como se describe anteriormente, desde el inicio de la adopción del modelo comunitario, uno de los fenómenos más estudiados y a los que se da mayor protagonismo en lo referente a la asistencia a las personas atendidas en los servicios de salud mental en general (22), y a aquellas diagnosticadas de esquizofrenia en particular (23,24), es el relativo a los ingresos y reingresos hospitalarios, y a cómo acortar su duración y reducir su número.

De forma directamente relacionada a este fenómeno, también se da desde muy pronto una gran importancia a lo relativo a la adhesión de las personas atendidas a los cuidados ofertados desde los servicios de salud mental, tanto en términos de cumplimiento de las recomendaciones dadas por los profesionales como de asistencia a actividades y toma de los tratamientos prescritos. Diferentes estudios han establecido una relación entre esta falta de adhesión a las recomendaciones, las actividades o el tratamiento farmacológico y las descompensaciones psicopatológicas e ingresos hospitalarios (22), de manera que a menor adhesión a los cuidados, mayor es el riesgo de sufrir una descompensación y un ingreso hospitalario (25-28).

En esta línea, diversos estudios han señalado una mayor tasa de ingresos y reingresos hospitalarios en personas diagnosticadas de esquizofrenia en comparación con personas no diagnosticadas de un trastorno psiquiátrico, así como una mayor duración de estas estancias hospitalarias (23,24).

La bibliografía que testimonia las altas tasas de ingresos y reingresos en la población diagnosticada de esquizofrenia es amplia e histórica, y establece así mismo como uno de los factores determinantes para que se den esas estancias hospitalarias, la falta de adhesión a las recomendaciones de los profesionales (22,26,27,29–36). Además, existe evidencia a cerca de que a mayor cantidad de estancias hospitalarias vividas por una persona diagnosticada de esquizofrenia, mayor es el riesgo de volver a ingresar en el hospital (22), como si la opción del ingreso hospitalario fuese un recurso más atractivo para los servicios asistenciales, la familia o la propia persona diagnosticada, cuando ya se ha pasado por una o más de estas estancias, generando así una razón más para prevenirlos desde un principio.

La hospitalización y rehospitalización en unidades de salud mental es el efecto más indeseado desde el punto de vista de la asistencia por su alto coste económico y humano (22). Debe ser entendida como un fracaso terapéutico pues, asumiendo el modelo comunitario de

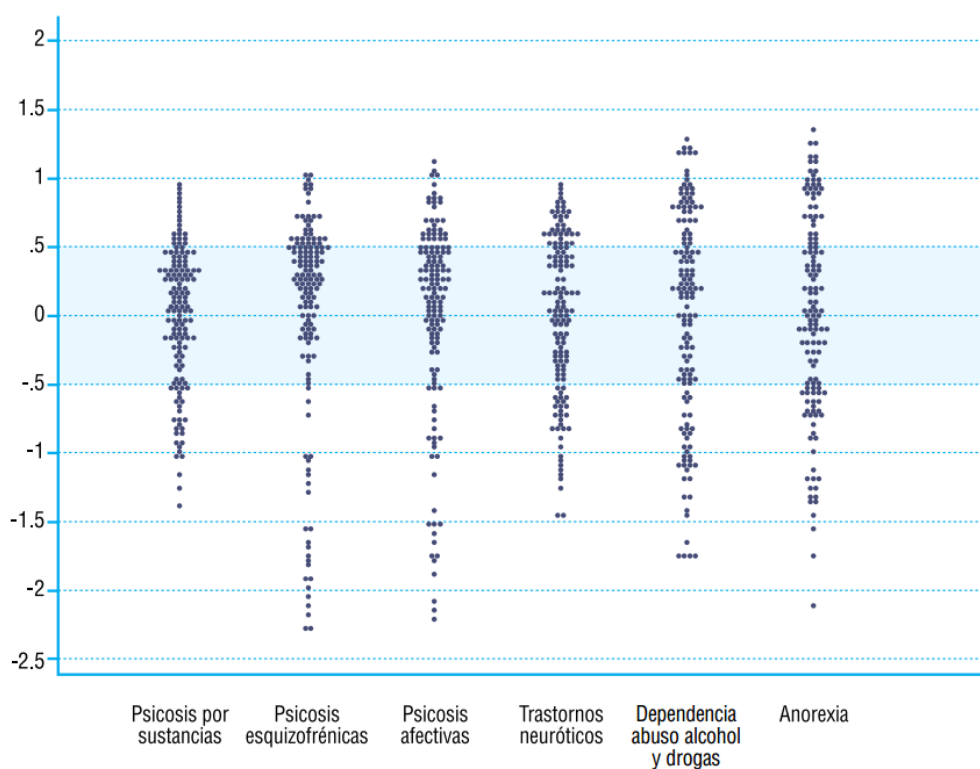
atención a la salud mental, los servicios sanitarios tienen como objetivo primordial el mantenimiento de todos sus usuarios en la comunidad a la que pertenecen, donde está su vida diaria y donde se relacionan con su familia, amigos y demás redes sociales. Si en alguna ocasión no es posible ayudar a que la persona se mantenga en esta comunidad, cerca de estas redes, los servicios sanitarios habrán fracasado en su objetivo, por lo que la hospitalización, que conlleva extraer a la persona del medio en el que debemos contribuir a mantenerla, supone un fracaso terapéutico mayor cuanto más largas o repetidas sean las hospitalizaciones.

Las comparaciones internacionales ofrecen escenarios de amplia variabilidad en las tasas de hospitalización de las personas con esquizofrenia, a igualdad de características sociodemográficas, posiblemente ligadas a una diferente oferta y organización de servicios (37).

En nuestro país, los estudios llevados a cabo por el grupo de Variaciones de la Práctica Médica (38), mostraron una variabilidad importante entre las diferentes comunidades autónomas y provincias. Asumiendo que la variabilidad siempre va en detrimento de la calidad en la práctica clínica, es interesante conocer qué factores son aquellos que se relacionan con estas variaciones.

Es esperable cierta tasa de variabilidad en términos de hospitalización por diferentes causas, descrita ya en la bibliografía (39), que se da

transversalmente en todos los grupos por sexo y edad estudiados, sin embargo, las variaciones son demasiado importantes como para asumirlas sin cuestionamiento, por lo que es interesante analizar las condiciones en que se dan (Gráfico 2).



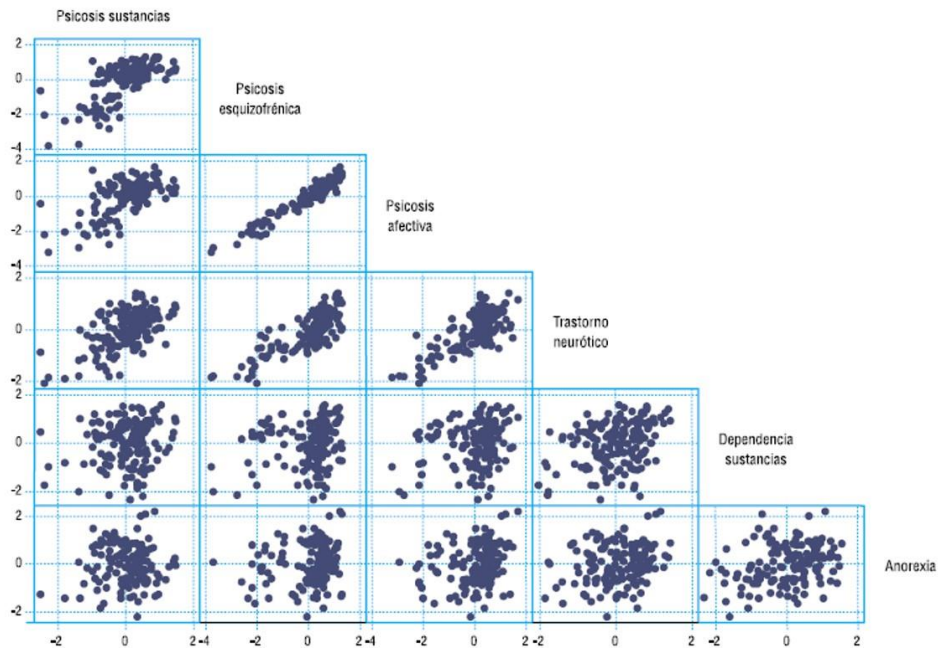
**Gráfico 2: Variabilidad en las tasas estandarizadas de ingresos hospitalarios según área de salud de residencia.** Cada punto representa un área de salud (Escala logarítmica).

Los factores asociados a esta variabilidad se pueden dividir entre aquellos ligados a la oferta de servicios y aquellos ligados a la demanda de los mismos.

Es esperable que factores ligados a la oferta de servicios condicionen la variabilidad en la práctica clínica. Tal y como se ha explicado anteriormente, la disponibilidad o no de recursos sociales y sanitarios



que permitan la continuidad de cuidados va a condicionar las hospitalizaciones, y esa disponibilidad es fruto de un desarrollo asistencial que no ha sido igual en todo el territorio. Uno de los aspectos que confirman esta afirmación es la comprobación de que existen áreas sanitarias en las que la probabilidad de ser ingresado en un hospital es sistemáticamente mayor que en otras de forma transversal a la condición clínica analizada, es decir, una correlación entre los ingresos hospitalarios de personas diagnosticadas de esquizofrenia y de personas diagnosticadas de algún otro trastorno psiquiátrico se explicaría por la oferta asistencial que exista en el área sanitaria concreta. Se ha encontrado una correlación moderada o alta a este respecto entre varias condiciones clínicas, siendo casi perfecta la correlación entre las tasas de ingreso hospitalario de personas diagnosticadas de esquizofrenia y de aquellas diagnosticadas con algún tipo de trastorno afectivo con síntomas psicóticos (38), esta tendencia a ser ingresado independientemente del diagnóstico podría ser explicada por el área sanitaria a la que se pertenece (Gráfico 3).



**Gráfico 3. Relación entre las tasas de hospitalizaciones de las distintas condiciones clínicas.**

De forma más concreta, podemos analizar la relación entre la disponibilidad de recursos hospitalarios dispuestos para dar respuesta a situaciones agudas y de aquellos dispuestos para atender situaciones crónicas. Encontramos cómo, para las personas diagnosticadas de esquizofrenia, los recursos por cada 1000 habitantes se correlacionan con las tasas de ingreso, destacando cómo el número de médicos en recursos de atención a situaciones agudas presentan una alta correlación igual, aunque de sentido inverso con el número de médicos en recursos de atención a situaciones crónicas, es decir, a mayor cantidad de médicos en recursos de atención a situación aguda y menor cantidad de médicos en recursos de atención a situaciones crónicas, más ingresos hospitalarios de personas diagnosticadas de esquizofrenia se

registran en recursos de atención a situaciones agudas (Tabla 5) (38).

**Tabla 4. Relación entre los recursos asistenciales por 1000 habitantes y la tasa de hospitalización en centros de atención a situaciones agudas.**

	<b>Coefficiente de correlación</b>	<b>P</b>
<b>Médicos en centros de agudos</b>	0,41	0,01
<b>Camas en centros de agudos</b>	0,03	0,86
<b>Médicos en centros de crónicos</b>	-0,38	0,04
<b>Camas en centros de crónicos</b>	-0,25	0,17

Por último, también en relación con la oferta de servicios, es necesario analizar la influencia que las distintas políticas de salud tienen en las variaciones señaladas. Teniendo en cuenta que tradicionalmente, la atención a la salud mental antes de la Reforma Psiquiátrica era competencia de las Diputaciones Provinciales, es esta demarcación territorial la que muestra la mayor parte de variaciones en la asistencia, porque pese a que las competencias en materia de sanidad fueron transferidas a nivel autonómico, persisten muchos recursos que aun hoy están siendo asumidos por las Comunidades Autónomas (por ejemplo, Ciudad Real en Octubre de 2015) y configuran una realidad asistencial en que el territorio provincial delimita la realidad de la prestación de cuidados. Así encontramos que en el caso de las personas diagnosticadas de esquizofrenia las tasas de hospitalización varían entre el 0,52 y el 11,18 ingresos por

10.000 habitantes y año, explicando el 33% de los ingresos registrados (38). Así, estructurando las áreas sanitarias en tres niveles en función de la propensión a ser hospitalizado a partir de los parámetros explicados, para una persona diagnosticada de esquizofrenia, vivir en un área sanitaria de alta propensión a hospitalizar implica un riesgo 3,5 veces mayor que vivir en otro área sanitaria que sea de baja propensión a hospitalizar (38).

Por otro lado, pueden ser analizados aquellos factores que influyen en la posibilidad o no de ser hospitalizado y que tienen que ver con la demanda de servicios, es decir, con quién es el demandante de los servicios y qué características tiene.

Estos factores son intrínsecos al sujeto y no dependen por tanto de la configuración de los servicios ofertados, pero en la medida en que condicionen la utilización de los recursos, deben ser analizados y contemplados para una correcta oferta asistencial.

La edad condiciona la demanda que una persona diagnosticada de esquizofrenia hace de servicios sanitarios y la medida en que utiliza sus recursos hospitalarios. Se constata una disminución de esta demanda a medida que aumenta la edad del sujeto (6,38). Esta disminución es especialmente importante en mayores de 65 años para todos los trastornos mentales en general, excepto para aquellos relacionados con el consumo de alcohol o sustancias (38).

El sexo es otra variable que condiciona en lo que a ingresos hospitalarios se refiere. Las tasas estandarizadas son levemente mayores en hombres que en mujeres, llegando a 1,5 veces en el caso del diagnóstico de esquizofrenia (38).

El efecto del gradiente social puede del mismo modo ayudar a explicar desde el punto de vista de la demanda las variaciones que se observan en los ingresos hospitalarios. En el Atlas de Variaciones de la Práctica Médica se consideraron tres factores ecológicos para determinar este gradiente social: la renta disponible en el área, el nivel de instrucción y la tasa de paro. Los resultados mostraron que, aunque se observa alguna tendencia en el caso de las personas diagnosticadas de esquizofrenia, no hay significación estadística (38). Los propios autores destacan la dificultad para obtener esta información por la inexistencia o dificultad de acceso de los datos de este tipo.

En resumen, observamos cómo el fenómeno de la hospitalización en salud mental se da con unas características y frecuencias que lo hacen multicausal y multidimensional, complejo y susceptible de abordarse desde muchas perspectivas. Constatar esta realidad ha sido posible desde el momento inicial de la asunción de un modelo comunitario, y para evitar el fracaso terapéutico que supone la hospitalización se ponen en marcha diferentes iniciativas de mayor o menor envergadura que giran en torno al concepto de que la relación

de los usuarios con los servicios sanitarios debe ser mantenida y constante, acompañándole de forma continua durante todo su proceso.

### **La continuidad de cuidados.**

La continuidad de cuidados (CDC) en salud mental se entiende como un proceso que comprende el movimiento ordenado e ininterrumpido de las personas diagnosticadas de algún problema de salud mental a través de los diversos elementos de la red asistencial (40,41). Se trata de un proceso mantenido en el tiempo, complejo y multidimensional que se desarrolla acorde a las necesidades que presenta la persona en cada momento. La naturaleza compleja de la mayoría de los trastornos psiquiátricos hace necesario un abordaje desde varios ámbitos diferentes cuyo nexo de unión no puede ser únicamente la persona objeto de los cuidados, siendo necesario que los distintos dispositivos que prestan esos cuidados posean una línea de actuación coherente, homogénea y coordinada para que la calidad de su atención quede asegurada, esto es, la continuidad de cuidados.

Aunque característica de la atención en salud mental, no se puede afirmar que la continuidad de cuidados se dé únicamente en este campo de las ciencias de la salud, pues se trata de un concepto utilizado en la planificación de múltiples servicios sanitarios desde la

década de 1940, y aún hoy sigue siendo tratado en múltiples ámbitos asistenciales (41). Con una aproximación a la literatura fácilmente se puede comprobar que las definiciones de la continuidad de cuidados varían considerablemente, aunque la mayoría de ellas hacen hincapié en unos principios básicos comunes que podrían constituir un mínimo común denominador de la continuidad de cuidados (41).

- En primer lugar, es indiscutible la naturaleza **longitudinal** de la continuidad de cuidados. Es esta característica la que garantiza que las diferentes etapas que la persona vive en relación a su enfermedad mental son atendidas por los servicios asistenciales como consecutivas, ordenadas y relacionadas, y no como atenciones puntuales, desunidas y descoordinadas, características de las situaciones conocidas como “de puerta giratoria”.
- La **individualización** de los cuidados es también una característica de este proceso. El plan de cuidados se desarrolla con y para la persona y su familia. Esta planificación individualizada de los cuidados evita la situación que ya en 1980 L. Bachrach (41) identificaba bajo la denominación de *dumping*, refiriéndose a la acumulación indiscriminada de usuarios en centros y programas que no tienen en cuenta las necesidades específicas de cada persona, creando una amalgama de intervenciones que no se ajustaban a esas

necesidades, y que por tanto, resultaban francamente ineficaces.

- Además, es importante una **coordinación** entre profesionales que garantice que en cualquier punto del proceso de Continuidad de Cuidados la persona reciba la atención de todos los servicios y agentes que sus necesidades requieran en ese momento.
- La **flexibilidad** ha de ser otra característica del proceso. Un sistema flexible evita forzar a la persona a una permanente consecución de resultados, entendiendo que su recuperación y su deterioro suponen dos extremos de un continuo entre los que éste puede avanzar pero también retroceder, sin que esto suponga un fallo del usuario o del profesional, sino más bien una adaptación a las necesidades constantemente variables que presenta la persona.
- La continuidad de cuidados ha de estar caracterizada por la **accesibilidad**, es decir, con la continuidad de cuidados la persona no debe encontrar barreras en el acceso a los servicios. la persona objeto de atención durante el proceso ha de ver garantizada y facilitada su accesibilidad a los cuidados aun con los déficits y discapacidades que la enfermedad mental crónica pueda ocasionarle.
- Desde el punto de vista del funcionamiento de los servicios, es importante que los proveedores de cuidados procuren una



**relación** terapéutica con la persona o la familia objeto de su atención, además de una óptima **comunicación**, tanto con ellos como entre los propios servicios. Fruto de esta comunicación, que ha de ser fluida y eficaz, de la coordinación con otros agentes, se consigue que los usuarios obtengan un cuidado continuo, coherente y homogéneo, mientras este les sea necesario, pudiendo garantizar así la continuidad de cuidados.

Pese a toda esta argumentación en favor de la continuidad de cuidados en salud mental, es difícil encontrar evidencia científica que avale los principios teóricos expuestos. En un reciente estudio que relaciona el proceso de continuidad de cuidados con la consecución de los objetivos clínicos marcados para la persona, se pone de manifiesto que la relación entre estos dos conceptos es menor de la deseada, explicándose en parte tal conclusión por la falta de estudios metodológicamente adecuados que brinden resultados concluyentes relativos a la continuidad de cuidados (40). Varios autores recomiendan el diseño de estudios longitudinales que posibiliten un mejor análisis de esta relación, prestando especial atención a los posibles cambios en las variables analizadas y los métodos de medida y de análisis de los datos.

Existen diversas fórmulas de intervención a nivel de servicios o de planificación de programas de salud que han demostrado su eficacia

en términos de mejoría clínica, adhesión al tratamiento y conciencia de necesidad de los usuarios, ahorro de recursos y aumento del contacto con los servicios asistenciales con reducción del uso de los servicios de urgencia y de ingreso hospitalario. De ellos podemos destacar dos variantes principales más generales: la gestión de casos y el tratamiento asertivo comunitario. Ambas suponen una organización característica en la provisión de cuidados que garantiza en principio la continuidad de los mismos.

La gestión de casos (GC) nace como respuesta a la alta complejidad del sistema sanitario que se interpone entre las personas que son atendidas en los servicios de salud mental y el propio servicio. La amplia oferta de recursos que nace con el entorno comunitario conlleva el reconocimiento de la necesidad de coordinar estos diferentes servicios, haciendo surgir la GC (42). En la actualidad, conviven dos principales enfoques de GC, una denominada gestión de casos propiamente dicha, en la que existe un gestor de casos que cumple una labor administrativa y de mera coordinación entre los distintos proveedores de salud, y otra denominada gestión clínica de casos, en la que la figura del gestor de casos es desempeñada por un profesional sanitario que además de hacer esas labores de administración y coordinación entre proveedores, se convierte a su vez en un proveedor más (42).

Por otro lado, e inspirado en la propia GC, nace en la década de los setenta, el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), que ha supuesto un abordaje terapéutico más amplio y que va más allá del sistema sanitario tradicional, caracterizándose por los siguientes aspectos (42):

- Es implementado por un equipo multidisciplinario que asume una baja ratio personal/usuarios (se recomienda 10:1).
- Los servicios se suministran en la comunidad, no en la consulta.
- Casos compartidos por el equipo y no asignados a un profesional u otro.
- Cobertura de 24 horas, siete días a la semana.
- Servicios proporcionados por el propio equipo asistencial.
- Se extiende de forma ilimitada en el tiempo.

Sin embargo, la alta variabilidad a nivel de la implementación en el sistema sanitario de estos modelos hace muy difícil contar con evidencia científica fiable, por lo que la pregunta de qué sistema es más eficaz en términos clínicos sigue sin contestar. Pese a esta realidad, contamos con evidencia científica disponible que aporta información sobre resultados de los diferentes modelos asistenciales.

Se ha descrito en la bibliografía que aquellas personas que reciben TAC tienen más probabilidades de permanecer en la comunidad (43),

y en comparación con el tratamiento estándar o con otros modelos intermedios como la rehabilitación en el hospital, el TAC sigue demostrando su utilidad para reducir los ingresos hospitalarios (43).

En la misma línea, el TAC se asocia a una reducción del 40% en el uso de camas hospitalarias (43), y se ha descrito también un aumento de la satisfacción de los usuarios con la atención sanitaria recibida tras incluirlos en un programa de TAC (43).

Del mismo modo la GC ha demostrado una mayor efectividad que el tratamiento estándar (42). Las personas que recibían GC demostraron tener mayor probabilidades de permanecer en contacto con los servicios asistenciales evitando el abandono (43), aunque no demostró eficacia en términos de reducción de estancias hospitalarias (43).

## **MARCO CONCEPTUAL: los sistemas de registros en salud mental**

Hoy en día, la disponibilidad de historias clínicas digitalizadas albergan enormes posibilidades de generar bases de datos de gran tamaño y, a priori, se generan unas amplias posibilidades de evaluación de los servicios de salud en muchos aspectos: accesibilidad, volumen de asistencia proporcionada y adecuación de la misma, tipologías de usuarios, nivel de demanda, continuidad asistencial, resultados en salud alcanzados, etc.

En la literatura se han acreditado las grandes ventajas de la utilización de bases de datos para la investigación en servicios de salud: si son de gran volumen, permiten el estudio de eventos raros, al reflejar las rutinas clínicas diarias posibilitan el estudio de patrones de utilización en condiciones de práctica real y el abordaje de la efectividad de determinadas situaciones, y suelen estar fácilmente accesibles y con disponibilidad inmediata para su explotación (44). Además, posibilitan superar las limitaciones de validez externa que implican los estudios realizados con muestras o bien pequeñas, o bien seleccionadas en condiciones de elevada experimentalidad.

No obstante, algunas de sus limitaciones están relacionadas con la validez de los datos y el control de posibles variables confusoras (45). La causa general reside en que muchos usuarios introducen datos sin mecanismos de control del error en este proceso, generando una alta

variabilidad. En el proceso de generación de historias clínicas digitalizadas, existen potenciales fuentes de sesgos que se inician ya con anterioridad al propio encuentro clínico, en el momento en que citas, programas o episodios previstos no tienen lugar pero, quedan registrados, o bien, el servicio prestado no tiene que ver con el formalmente introducido en el sistema de información. A continuación, en el inicio del encuentro clínico con los profesionales, la documentación incompleta del estado clínico, los errores o inadecuación en la identificación del problema o en el registro del mismo, ya generan sesgos de clasificación. Posteriormente, en la toma de decisiones en el acto clínico, se puede codificar erróneamente la intervención realizada (fármacos, derivaciones, pruebas....) o simplemente, no registrarlas. Igualmente, en las notas de evolución clínica, el profesional puede no consignar su juicio y reflexiones sobre el proceso de atención, o no incluir variables clave para la monitorización de la evolución o hacerlo parcialmente o con procedimientos con una pobre o nula codificación. Por último, aunque ninguno de estos eventos hubiese tenido lugar, el sistema de almacenamiento y recuperación de la información puede estar en fases de desarrollo o con explotaciones poco sensibles a las necesidades de información con finalidad investigadora, epidemiológica, evaluativa, etc.

Una de las soluciones que se han empleado con frecuencia para hacer frente a esta debilidad ha sido la generación de registros de enfermedades o situaciones clínicas determinadas, como un paso bastante aceptado para mejorar la calidad de las historias clínicas y proporcionar además una base para la auditoría y evaluación de la calidad de la atención. Aunque la mera existencia del registro no implica una mejora de la calidad, al menos, proporciona un sustrato de información con la que comparar lo monitorización de ciertas variables clave para la calidad (46).

No obstante, el término "Registro" tiene habitualmente dos acepciones. La primera, con un enfoque epidemiológico, que alude al fichero de datos concernientes a todos los casos de una enfermedad o problema relevante de salud en una población definida, de tal manera que los casos puedan ser relacionados con la población de referencia. Este tipo de registros tiene una base poblacional y la información proviene de todos los centros en los que se atiende a personas con el problema en cuestión, permitiendo por tanto estimar la incidencia del mismo, y si hay seguimiento de los casos, también la prevalencia y la morbi-mortalidad (47). La segunda acepción de los registros corresponde a los denominados registros clínicos, que son aquellos en los que se recoge información limitada a los casos atendidos en una determinada institución, o en una red de centros, o bien, procedente de un sistema de notificación relativo a un problema de salud. En

estos casos, la representatividad no es de base poblacional, aunque su fortaleza reside en el gran valor que añade la homogeneidad en la recogida de los datos (48). El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad los define como cualquier sistema de información que proporcione, de forma periódica, datos relacionados con recursos sanitarios, frecuencia de casos de una enfermedad, utilización de servicios y tecnologías sanitarias, nivel y evolución de factores de riesgo de enfermedad o percepción de la población sobre el sistema sanitario (49).

Los registros tienen una larga tradición en la investigación en cáncer (50,51), pero, hay muchas otras condiciones clínicas y áreas en las que se han desarrollado registros, como las enfermedades raras (48), ictus (52,53), insuficiencia cardiaca (54), epilepsia (55), trasplantes (56), nutrición (57), lupus (58), embarazo (59), o enfermedades cardiovasculares (60).

Hay incluso experiencias de registros internacionales, como el EUROCAT para anomalías congénitas (61), el EURO-PERISTAT para la monitorización de la salud perinatal (62), el EuroTARN para los traumatismos (63), o el EURO CARE que contiene datos de más de 6 millones de pacientes con cáncer procedentes de 67 registros de cáncer de 22 países europeos (64,65).

En el campo de la salud mental también ha habido un importante desarrollo de los registros. Allebeck clasifica la evolución de la



investigación en salud mental en cuatro etapas: la inicial, tras la Segunda Guerra Mundial en la que las historias clínicas y los informantes clave eran la fuente principal de información, una segunda generación de investigación basada en encuestas poblacionales, una tercera época en la que los esfuerzos se centraban en el desarrollo de instrumentos psicométricos y de diagnóstico que mejorasen la validez y fiabilidad del diagnóstico y las valoraciones, intentando superar las debilidades tradicionalmente achacadas al diagnóstico psiquiátrico. La cuarta generación correspondería a la utilización de registros poblacionales para la realización de estudios epidemiológicos en salud mental (66).

Muchos avances en el conocimiento psiquiátrico se han debido a los hallazgos proporcionados por los registros, como la mortalidad en esquizofrenia o algunos de sus factores de riesgo. De este modo, los registros en salud mental han tenido una aplicación a la indagación sobre aspectos clínicos, pero también en la utilización de servicios de salud o episodios de atención. Uno de los principales problemas en el estudio de problemas de salud mental es su baja incidencia, pero su alta prevalencia debido a su carácter crónico, como es el caso de la esquizofrenia (67). En la literatura hay múltiples ejemplos de registros de casos en salud mental que han arrojado importantísimos resultados de investigación, como el Registro de Casos Psiquiátricos de Dinamarca (68-70), u otros como el de Noruega que comenzó en 1936, Israel (1948) o Italia (1973) (71).

Los Registros de Casos Psiquiátricos (RCP) son registros longitudinales de los contactos de la persona con un cuerpo definido de servicios de salud mental en una población concreta (71). Tienen una gran diferencia con el resto de registros sanitarios: la inclusión la determina la utilización de un servicio, no el diagnóstico realizado por un profesional.

En los registros en salud mental, los datos sobre inicio y fin del episodio suelen ser bastante precisos, aunque no así los referentes al diagnóstico y requieren una validación previa que asegure la calidad de los datos (72). Igualmente, los aspectos relativos a la validez externa son esenciales para poder otorgarles una verdadera utilidad en la investigación de servicios de salud. En este sentido, una de las claves radica en la exhaustividad en la selección y seguimiento de los sujetos incluidos en el mismo.

Una de las principales fortalezas de los RCP es que permiten a los investigadores el análisis longitudinal de la atención, sin interferir en ésta, permitiendo llevar a cabo estudios de cohortes anidados dentro de la cohorte principal del RCP. Además, al estar incluidos en el RCP todos los dispositivos que proveen atención, es posible seguir la ruta asistencial de los sujetos incluidos en el mismo. No obstante, no hay que descartar la posibilidad de pérdidas durante el seguimiento debido a movilidad geográfica, fluctuaciones en la organización de los servicios o mortalidades no filiadas (73).

La investigación basada en registros tiene un gran potencial para comprender procesos de salud desde una perspectiva longitudinal (etiologías, patrones de intervención, variabilidad en la atención, efectos adversos, desenlaces inesperados...) y para la obtención de datos de escenarios reales y en condiciones de práctica habitual. Además, permiten vincular las características de los proveedores a las decisiones que éstos toman y a los resultados que se producen en la atención (45), pudiendo realizar comparaciones entre distintos entornos de práctica (74). Muchos estudios han abordado los efectos de la retroalimentación a los profesionales con la información proveniente de los registros, mostrando una influencia positiva en la calidad de los procesos de atención (75,76).

Al igual que las grandes bases de datos de servicios de salud, los registros han recibido críticas sobre su posible falta de control sobre variables potencialmente confusoras y sobre los missing data, aunque no dejan de ser limitaciones comunes a cualquier estudio no aleatorizado o de diseño observacional (77). La informatización de las historias clínicas en los servicios de salud está acercando cada vez más la posibilidad de que los sistemas computarizados de información clínica introducida en la práctica rutinaria sirvan como soporte para la generación de registros clínicos. Pero, la variabilidad de la anotación de problemas en la historia clínica es un fenómeno bien documentado y es necesario un enfoque sistematizado para mejorar los estándares de las historias clínicas digitales para que sean usados con este fin

(78). Los sistemas de introducción a través de la web por parte de los profesionales han mostrado mayor exhaustividad en la calidad de los datos que los basados en la extracción automatizada (79).

## 2. JUSTIFICACIÓN

La bibliografía de mayor impacto revela tasas de falta de adhesión a los cuidados excesivamente altas, inasumibles para servicios sanitarios que aspiran a prestar una atención de calidad. Del mismo modo, la relación existente entre estas faltas de adhesión y el aumento del gasto sanitario está constatada, y resulta especialmente preocupante cuando la evidencia científica nos señala que es un gasto potencialmente evitable.

Es esencial para la prestación de cuidados de calidad en el ámbito asistencial de la salud mental conocer esta realidad y cuáles son los factores que modulan que esto suceda en la forma que señala la bibliografía existente.

Sin duda, la adopción de modelos asistenciales de carácter asertivo, centrados en la persona, la familia y su entorno, han contribuido a mejorar la adhesión a los programas de cuidados ofertados, y en este aspecto la configuración de la atención primaria de salud (APS) y la adopción del modelo comunitario de atención a la salud mental han sido esenciales, al contemplar actuaciones sobre los factores que modulan los tipos de utilización de recursos sanitarios. Radica aquí el interés en el periodo de tiempo escogido para su análisis, de 1995 a 2005, pues supone la consolidación de ambos modelos, el rango temporal en el que más cambios acaban de configurarse y a partir del

cual disfrutamos de un sistema sanitario con una configuración más estable y consolidada.

Justo en esta época es cuando se produce la generalización de los dispositivos comunitarios en la Salud Mental en nuestro país, tras haber superado las etapas previas en la década de los ochenta de la desinstitucionalización e instauración de la Salud Mental comunitaria. Esta consolidación supuso pasar de un modelo asilar que asumía casi el 80% de los recursos para atender a un 2-3% de la demanda, a un modelo extensivo, de cobertura poblacional, con programas específicos de rehabilitación, reinserción y atención integrada en el seno de la comunidad (80).

Pero este proceso se produce con bastante heterogeneidad en las distintas Comunidades Autónomas, debido a diferentes velocidades en la implantación de recursos, programas, voluntades políticas, disponibilidad de financiación, pautas de utilización, etc. Como ya se expuso anteriormente, el estudio de variabilidad del grupo de Variaciones en la Práctica Médica refleja algunas de estas consecuencias (38). Aquí es donde la utilización de RCP aporta un valor insustituible a la hora de evaluar los servicios y su alcance tras los esfuerzos llevados a cabo en las décadas previas. La evaluación de la Reforma Psiquiátrica se llevó a cabo mediante la definición de indicadores socioeconómicos, de servicios sanitarios y sociales (financiación, gestión, organización, prestaciones, coberturas,

recursos, utilización, resultados, etc), del proceso asistencial y de los resultados del mismo en términos de estado de salud y de salud mental. Los RCP albergan muchos de estos indicadores y tienen la ventaja de su enfoque longitudinal, lo cual permite un análisis no sólo puntual en un momento determinado del tiempo, sino su evolución gradual. La disponibilidad de múltiples recursos asistenciales tras la Reforma Psiquiátrica y la cronicidad característica de muchos trastornos, como la esquizofrenia, hace que estos sujetos convivan en su proceso asistencial con un amplio espectro de proveedores, entornos y episodios, que sólo un enfoque longitudinal puede ilustrar de forma fidedigna.

Así, el análisis de los patrones de uso de los servicios de salud mental en este periodo concreto, se plantea necesario para posibilitar conocer los factores que modulan esos patrones y sobre los que habría que actuar disponiendo una oferta de cuidados adaptada a esas necesidades y a las demandas que genera por parte de la población.

### 3. OBJETIVOS

1. Describir las características sociodemográficas de las personas diagnosticadas de esquizofrenia atendidas en las áreas 3 y 9 de la Comunidad de Madrid en el período 1995-2005.
2. Analizar los patrones de uso de los servicios de salud mental de personas diagnosticadas de esquizofrenia en función de variables asistenciales y sociodemográficas.
  - a. Analizar la utilización de servicios en función del diagnóstico médico.
  - b. Analizar la utilización de servicios en función del índice Lavik.
  - c. Analizar la utilización de servicios en función del servicio en que se da el episodio previo.
  - d. Analizar la utilización de servicios en función del área sanitaria.
  - e. Analizar la tasa de ingreso en unidad de hospitalización breve en función del área sanitaria.
  - f. Analizar la utilización de servicios en función de edad y sexo de la persona atendida.



## 4. METODOLOGÍA

### **Diseño**

El presente estudio ha seguido un diseño observacional retrospectivo de seguimiento de una cohorte, basada en un RCP.

### **Emplazamiento**

El estudio se ha desarrollado en las áreas 3 y 9 de la Comunidad de Madrid, hoy refundidas en el área sanitaria única, que en el periodo a estudio abarcaban las ciudades de Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz (Área 3) y de Fuenlabrada y Leganés (Área 9), junto a los municipios que tenían estas ciudades como referencia desde el punto de la asistencia sanitaria. La población de referencia cubierta por estas áreas era de un total de 678.809 habitantes, 308.965 habitantes correspondientes al área 3 y 369.844 habitantes correspondientes al área 9 (población censal por municipios en 2001, Instituto Nacional de Estadística). Estas áreas contaban con los siguientes dispositivos y servicios de salud mental (Tabla 5):

**Tabla 5. Dispositivos asistenciales por área.**

<b>Área 3</b>	<b>Área 9</b>
Centro de Salud Mental Comunitario	Centro de Salud Mental Comunitario
Unidad de Hospitalización Breve	Unidad de Hospitalización Breve
Centro de Rehabilitación Psicosocial	Centro de Rehabilitación psicosocial
Hospital de Día	Hospital de Día
Centro de Día	Centro de Día
Mini-residencia	Mini-residencia
Pisos supervisados	Pisos supervisados
	Hospital residencial
	Hospital de rehabilitación

### **Población y muestra**

La población a estudio queda compuesta por aquellas personas atendidas en las áreas sanitarias referidas en el periodo comprendido entre 1995 y 2005 que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Mayoría de edad.
- Atención sanitaria en los servicios de salud mental.
- Diagnóstico de esquizofrenia según la CIE-9. Códigos 295,

Trastornos Esquizofrénicos:

- 295.0 Tipo simple
- 295.1 Tipo desorganizado
- 295.2 Tipo catatónico
- 295.3 Tipo paranoide
- 295.5 Esquizofrenia latente

- 295.6 Tipo residual
- 295.8 Otros tipos especificados de esquizofrenia
- 295.9 Esquizofrenia no especificada

Se eliminaron del estudio aquellos que cumplían los siguientes criterios de exclusión:

- No cumplimiento de los anteriores criterios de inclusión.
- Diagnóstico de esquizofrenia de tipo orgánico.

La población total a estudio alcanzaba un tamaño de 2.019 sujetos, que originaron un total de 2.802 episodios, la muestra a estudio comprendió la totalidad de la población al existir la posibilidad de análisis de los datos referidos al 100% de la misma.

## **Variables**

Las variables estudiadas se encuentran recogidas en los ficheros del RACP de la Comunidad de Madrid, y son referidas a episodios de cuidados. Un episodio de cuidados se entiende como una historia asistencial continuada de un sujeto en referencia a un problema de salud mental, que se inicia con un contacto y se prolonga durante un número variable de días, y abarcando un número variable de contactos. En este caso, los términos que lo definen son el paso y el tamaño. El paso es referido al número máximo de días que puede haber entre dos contactos, transcurrido el cual se da por finalizado un

episodio de cuidados y al producirse un próximo contacto da comienzo a uno nuevo. El tamaño es el número mínimo de contactos que ha de haber dentro de un episodio de cuidados para considerarlo tal.

Estos episodios pueden clasificarse de tres modos:

- Por su duración: dividiéndose en episodios cortos (de menos de 270 días) o largos (iguales o superiores a 270 días).
- Por su intensidad: diferenciando episodios intensivos (de más de tres contactos en un mes) o no intensivos (de menos de tres contactos en un mes).
- Por el tipo de servicio en que se dan: contemplándose episodios ambulatorios, en los que no se da ningún contacto hospitalario o en caso de darse no supera los 20 contactos en un año, episodios hospitalarios, en los que la totalidad de los contactos son hospitalarios, episodios mixtos, en los que se dan contactos ambulatorios y una proporción de contactos hospitalarios superior a 20 contactos en un año, y contactos en recursos especiales.

Así las variables a estudio resultan:

#### 1) Variables independientes:

##### a) Del usuario:

- Sexo (cualitativa dicotómica).

- Edad (cuantitativa continua).
- Área sanitaria de referencia (cualitativa dicotómica).

b) Del episodio:

- Dispositivo de atención del primer contacto (cualitativa policotómica).
- Dispositivo de atención del último contacto (cualitativa policotómica).
- Fecha de inicio del episodio.
- Fecha de fin del episodio.
- Diagnóstico (empleando las categorías diagnósticas de la CIE-9) (cualitativa policotómica).

c) De cada contacto:

- Fecha.
- Dispositivo de atención (cualitativa policotómica).
- Diagnóstico (empleando las categorías diagnósticas de la CIE-9) (cualitativa policotómica).

2) Variables dependientes:

a) Duración del episodio de cuidados: tiempo en días transcurrido desde el contacto inicial al contacto final (cuantitativa continua).

b) Intensidad de cuidados: cociente entre el número de contactos realizados durante el episodio multiplicado por 30 y la duración del mismo en días (cuantitativa continua).

c) Tipo de servicio en que se da el episodio de cuidados (cualitativa policotómica).

Índice de Lavik (cuantitativa continua): Este índice fue propuesto por Lavik en la década de los ochenta (81) y ha sido empleado en múltiples estudios a nivel internacional (82) y en nuestro país (83). Se trata de un índice ponderado que se obtiene multiplicando cada día de asistencia o estancia a los dispositivos por un coeficiente en función de su coste, de manera que:

- Se asigna un coeficiente de uno a las visitas ambulatorias programadas.
- Se asigna un coeficiente de dos a las atenciones en servicios de urgencias.
- Se asigna un coeficiente de dos a cada día de estancia en un recurso especial o de hospitalización parcial
- Se asigna un coeficiente de tres a cada día de estancia en régimen de hospitalización completa.

d) Ingreso hospitalario en unidad de hospitalización breve de salud mental (cualitativa dicotómica).

e) Intensidad de utilización de recursos hospitalarios (cualitativa policotómica).

- Nula: Todos los contactos son de tipo ambulatorio
- Leve: Todos los contactos son en recursos especiales
- Moderada: Todos los contactos son de tipo mixto.

- Intensa: Todos los contactos son de tipo hospitalario.
- f) Utilización de servicios comunitarios: Queda definida por la existencia de un episodio de cuidados de tipo ambulatorio largo, independientemente de la intensidad del mismo (cualitativa dicotómica).

### **Recogida de datos**

Los datos referidos a la población a estudio han sido recogidos mediante el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP) de la Comunidad de Madrid.

Un RACP es conjunto de ficheros longitudinales de usuarios sobre los contactos con un conjunto definido de servicios psiquiátricos de una población definida (84).

El RACP de la Comunidad de Madrid se empieza a utilizar en 1985, implantándose progresivamente hasta alcanzar a todos los servicios de salud mental de la Comunidad entre 1990 y 1995. Contiene información que se recogía en el momento de atención a la persona en cualquiera de los dispositivos que componen la red asistencial, información que se remitía según el protocolo establecido a las jefaturas de servicio para su almacenamiento en una base de datos diseñada ad hoc.

## **Análisis**

Mediante análisis exploratorio se llevó a cabo estadística descriptiva de las variables, obteniendo medidas de tendencia central y dispersión o porcentajes, según la naturaleza de las mismas y se evaluó la normalidad de la distribución de todas mediante test de Kolmogorov-Smirnov, así como la comprobación de la asimetría, curtosis e histogramas de las distribuciones.

Se realizó análisis bivalente mediante t de Student y chi cuadrado según las características de las variables analizadas, en el caso de que se distribuyesen normalmente. En caso contrario, se emplearon pruebas no paramétricas, como el test de Wilcoxon y la U de Man-Whitney. Así mismo, se calculó el ANOVA para la relación de variables cuantitativas y cualitativas en los casos pertinentes, con medidas de robustez central en caso de no homocedasticidad (que se comprobó con la prueba de Levene) mediante prueba de Welch y Brown-Forsythe. En caso de no normalidad, se empleó la prueba de Kruskal-Wallis.

Se realizó también análisis de conglomerados de K medias para la determinación de posibles grupos de episodios de pacientes en función de la utilización de servicios.

Se realizaron análisis de Kaplan-Meier y prueba de log-rank para determinar la evolución longitudinal de ingresos agudos, y de utilización de servicios de salud mental comunitarios, por sexo y por área de atención.



Por último se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística para determinar factores asociados a la utilización de servicios de salud comunitarios, en la que se calculó el ajuste mediante prueba de Hosmer-Lemeshow.

Todos los análisis se llevaron a cabo con SPSS 21.

### **Autorizaciones y aspectos éticos**

Desde 1945, varios códigos sobre la forma de llevar a cabo la experimentación con sujetos humanos de manera apropiada y responsable han sido adoptados por diversas organizaciones, desde el propio Código de Nüremberg de 1947, a la Declaración de Helsinki de 1964 (revisada en 1975), el Informe Belmont (1979) o los Códigos sobre la forma de llevar a cabo la Investigación Social y de la Conducta que fueron publicados en 1973 por la American Psychiatry Association.

El presente estudio se acoge fielmente al contenido de estos informes, garantizando los cuatro principios básicos de la Bioética establecidos por los diversos convenios y recomendaciones internacionales, esto es, la No maleficencia, la Beneficencia, la Justicia y la Autonomía de la persona.

Los datos analizados proceden del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de la Comunidad de Madrid, y para el manejo de los mismos se han seguido todos los aspectos contemplados en la Ley

Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

No se espera beneficio ni perjuicio sobre las personas a quienes pertenece la información estudiada, esperándose en cambio un beneficio común relacionado con la ampliación de conocimientos acerca del tema de estudio, que redundará de forma directa en la sociedad.

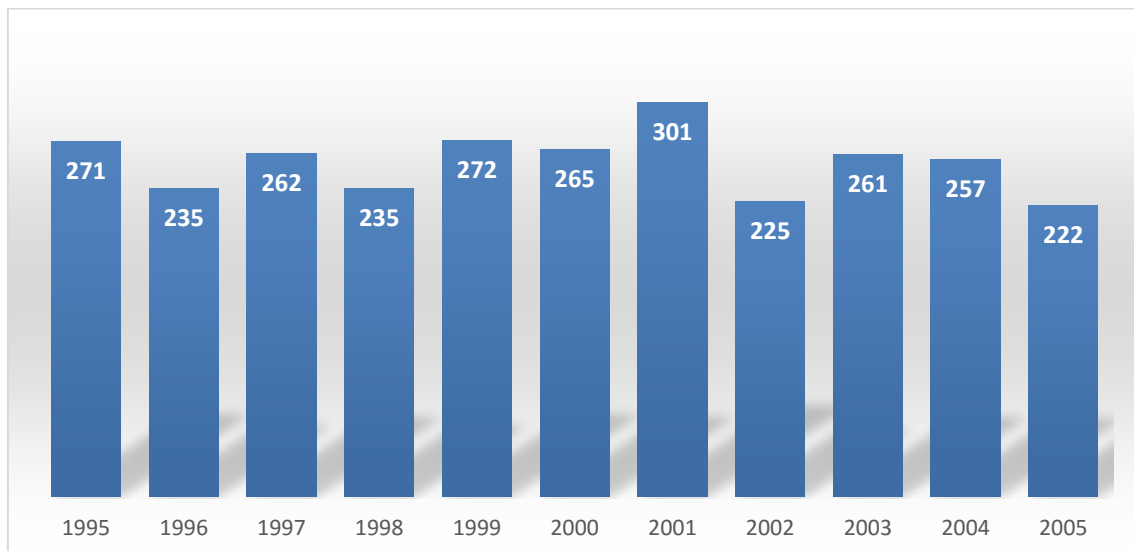
## 5. RESULTADOS

### OBJETIVO 1

La población a estudio supone un total de 2.019 sujetos que generaron un total de 2.806 episodios (1,39 episodios por sujeto incluido), hombres y mujeres, diagnosticados de esquizofrenia según la CIE9, que en los años a estudio tenían como referencia para su asistencia sanitaria las áreas 3 y 9 de la Comunidad de Madrid.

Los episodios se distribuyeron según se muestra en el Gráfico 4, con una media de 255 episodios/año:

**Gráfico 4: Distribución de episodios en el período de estudio**



De la muestra de sujetos, 890 eran mujeres (43,6%), mientras que los 1.139 sujetos restantes pertenecían al sexo masculino (56,4%).

Desde el punto de vista de los episodios, la proporción fue de 1.177

episodios en mujeres (41,9%) y 1.629 en hombres (58,1%), mostrando una discreta mayor frecuentación estos últimos con respecto a la proporción de sexos.

El estado civil sólo pudo ser recolectado en 815 sujetos (40,4%), mostrando la siguiente distribución:

**Tabla 4: Estado civil de los sujetos incluidos**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Casados	292	35,8
Solteros	446	54,7
Viudos	33	4,0
Separados/Divorciados	44	5,4
<b>Total</b>	<b>815</b>	<b>100,0</b>

El nivel educativo fue posible recolectarlo en 785 sujetos (38,9%), mostrando la siguiente distribución:

**Tabla 5: Nivel de estudios**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Analfabeto	17	2,2
Sin estudios	97	12,4
Primer grado	204	26,0
Segundo grado 1	245	31,2
Segundo grado 2	121	15,4
Tercer grado 1	42	5,4
Tercer grado 2	42	5,4
Tercer grado 3	10	1,3
No clasificable	7	,9
<b>Total</b>	<b>785</b>	<b>100</b>

La situación ocupacional de la muestra se pudo recolectar en 703 sujetos (34,8%), con la siguiente distribución:

**Tabla 6: Situación ocupacional**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Servicio militar	2	,3
Trabajando	191	27,2
Busca primer empleo	23	3,3
Parado con subsidio	22	3,1
Parado sin subsidio	77	11,0
Retirado, jubilado, pensionista	93	13,2
Escolar	1	,1
Labores del hogar	86	12,2
Incapacidad transitoria	160	22,8
Incapacidad permanente	22	3,1
<b>Total</b>	<b>703</b>	<b>100,0</b>

Por Áreas, el 55,4% pertenecía al Área 3 y el 44,6% al Área 9.

La edad media de la población fue de 39,49 años (DE: 15,31) (Mediana: 36 años, RIC: 22). Respecto a la distribución de la población en función de la edad encontramos las siguientes frecuencias descritas en la Tabla 7.

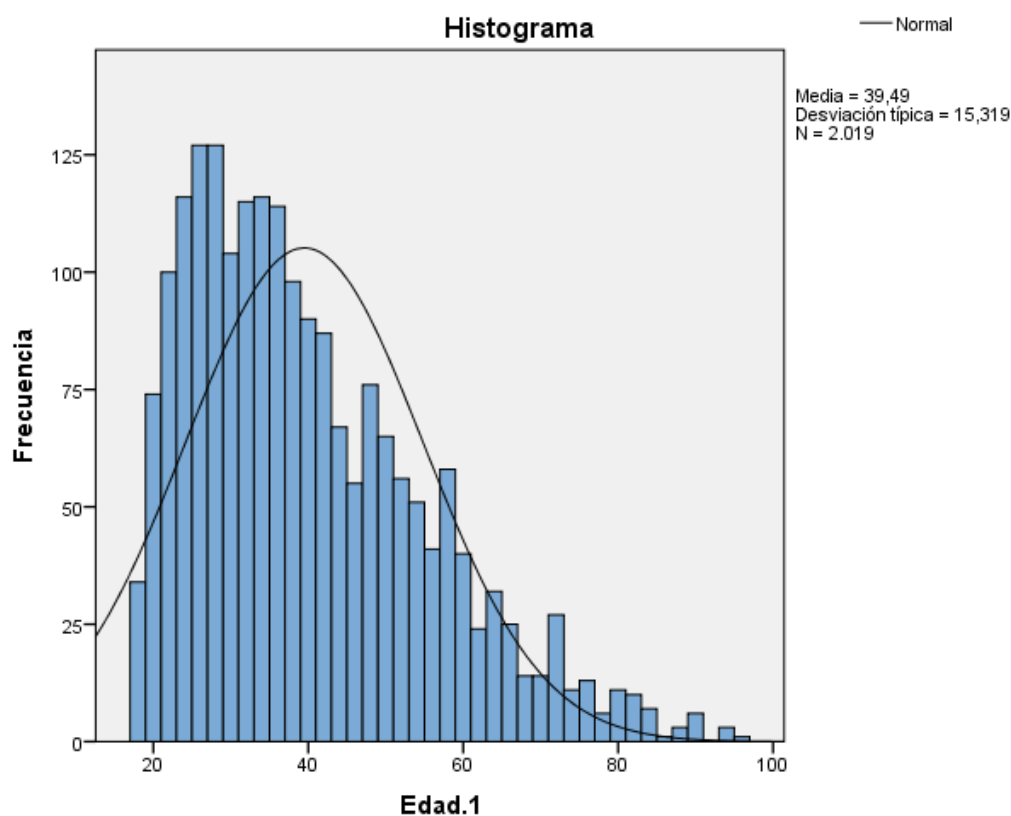
**Tabla 7: Distribución de frecuencias de rangos de edad**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	<25	386	19,1	19,1	19,1
	26-45	1014	50,2	50,2	69,3
	46-65	482	23,9	23,9	93,2
	>65	137	6,8	6,8	100,0
	<b>Total</b>	<b>2019</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Se observa cómo casi más de dos tercios de los sujetos a estudio tienen menos de 45 años, y cómo el porcentaje va disminuyendo a

medida que avanza la edad, como puede verse en el histograma de la distribución (Gráfico 4).

### Gráfico 3: Distribución de la edad



Por sexos los varones tenían una media de 9,5 años menos que las mujeres, de forma significativa ( $p < 0,0001$ ). Así los hombres tenían una media de edad de 35,32 años (DE: 13,11) y las mujeres de 44,89 años (DE: 16,25).

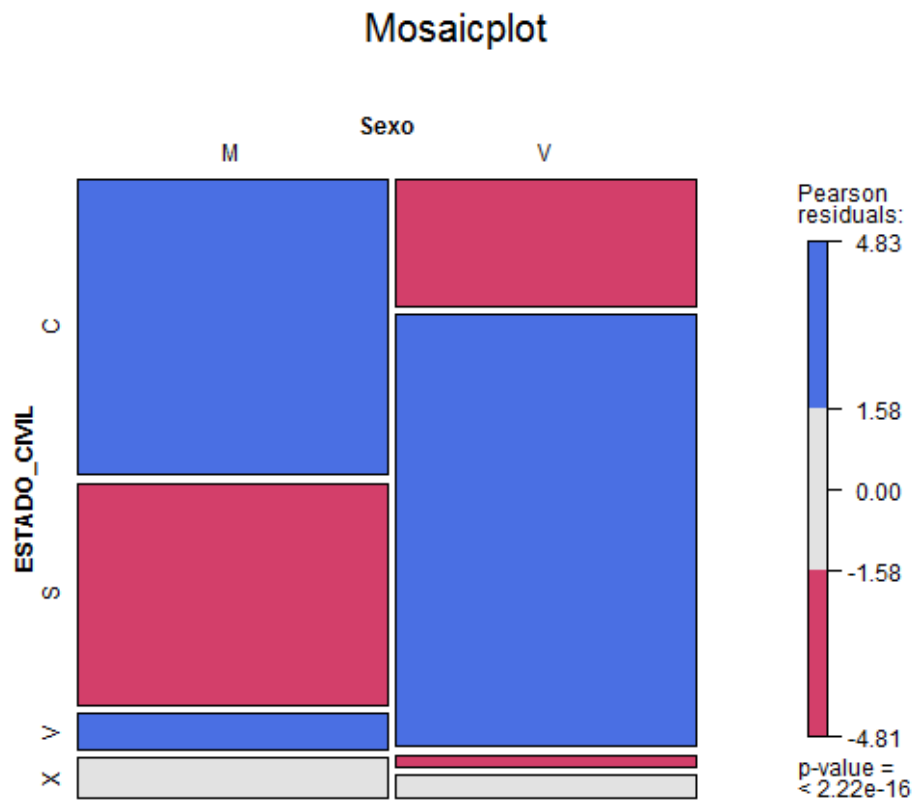
Separando estos datos por áreas se observa que en el área 3 las proporciones están más próximas que en el área 9, donde hay mayor diferencia en la proporción de hombres y de mujeres ( $p < 0,0001$ ).

Por sexos, había diferencias en el estado civil, con una mayor presencia de mujeres casadas ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 8: Estado civil por sexos**

		Sexo		Total	
		M	V		
ESTADO_CIVIL	C	Recuento	206	86	292
		% dentro de ESTADO_CIVIL	70,5%	29,5%	100,0%
		% dentro de Sexo	49,8%	21,4%	35,8%
	S	Recuento	155	291	446
		% dentro de ESTADO_CIVIL	34,8%	65,2%	100,0%
		% dentro de Sexo	37,4%	72,6%	54,7%
	V	Recuento	25	8	33
		% dentro de ESTADO_CIVIL	75,8%	24,2%	100,0%
		% dentro de Sexo	6,0%	2,0%	4,0%
	X	Recuento	28	16	44
		% dentro de ESTADO_CIVIL	63,6%	36,4%	100,0%
		% dentro de Sexo	6,8%	4,0%	5,4%
Total		Recuento	414	401	815
		% dentro de ESTADO_CIVIL	50,8%	49,2%	100,0%
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 4: Estado civil por sexos



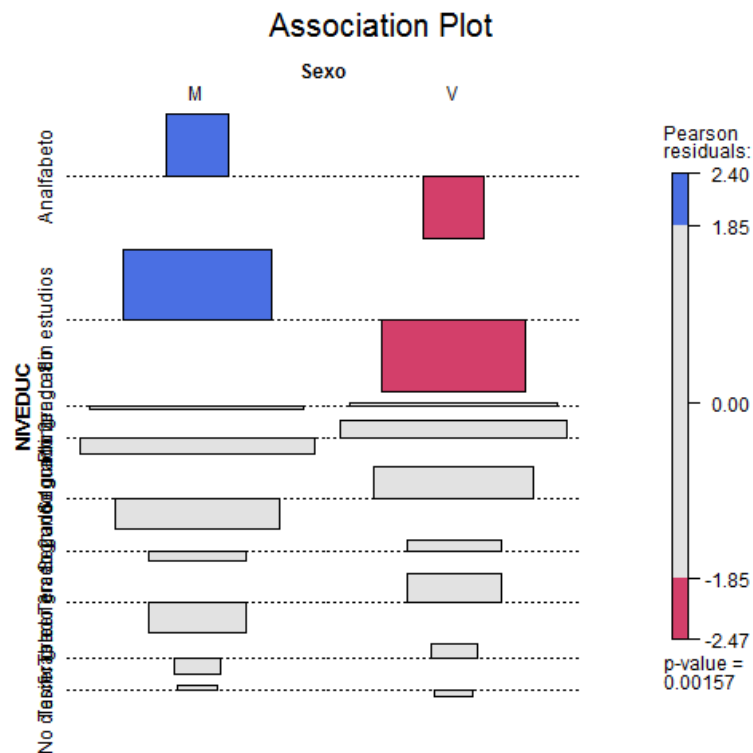
El nivel de estudios también mostró un comportamiento diferencial por sexos, existiendo una mayor proporción de mujeres sin estudios ( $p < 0,0001$ ):



**Tabla 9: Nivel de estudios por sexos**

		Sexo		Total	
		M	V		
NIVEDUC	Analfabeto	Recuento	15	2	17
		% dentro de NIVEDUC	88,2%	11,8%	100,0%
		% dentro de Sexo	3,7%	0,5%	2,2%
		Resíduos	3,1	-3,1	
	Sin estudios	Recuento	67	30	97
		% dentro de NIVEDUC	69,1%	30,9%	100,0%
		% dentro de Sexo	16,5%	7,9%	12,4%
		Resíduos	3,7	-3,7	
	Primer grado	Recuento	104	100	204
		% dentro de NIVEDUC	51,0%	49,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	25,7%	26,3%	26,0%
		Resíduos	-,2	,2	
	Segundo grado 1	Recuento	120	125	245
		% dentro de NIVEDUC	49,0%	51,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	29,6%	32,9%	31,2%
		Resíduos	-1,0	1,0	
	Segundo grado 2	Recuento	54	67	121
		% dentro de NIVEDUC	44,6%	55,4%	100,0%
		% dentro de Sexo	13,3%	17,6%	15,4%
		Resíduos	-1,7	1,7	
	Tercer grado 1	Recuento	20	22	42
		% dentro de NIVEDUC	47,6%	52,4%	100,0%
		% dentro de Sexo	4,9%	5,8%	5,4%
		Resíduos	-,5	,5	
	Tercer grado 2	Recuento	17	25	42
		% dentro de NIVEDUC	40,5%	59,5%	100,0%
		% dentro de Sexo	4,2%	6,6%	5,4%
	Resíduos	-1,5	1,5		
Tercer grado 3	Recuento	4	6	10	
	% dentro de NIVEDUC	40,0%	60,0%	100,0%	
	% dentro de Sexo	1,0%	1,6%	1,3%	
	Resíduos	-,7	,7		
No clasificable	Recuento	4	3	7	
	% dentro de NIVEDUC	57,1%	42,9%	100,0%	
	% dentro de Sexo	1,0%	0,8%	0,9%	
	Resíduos	,3	-,3		
Total	Recuento	405	380	785	
	% dentro de NIVEDUC	51,6%	48,4%	100,0%	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

**Gráfico 5: Nivel educativo por sexos**



En cuanto a la situación ocupacional, el balance en cuanto a género también mostró una diferencia importante en la categoría de dedicación a labores del hogar y más hombres ocupados o en paro con/sin subsidio ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 10: Situación ocupacional por sexos**

		Sexo		Total
		M	V	
Servicio militar	Recuento	0	2	2
	% sitlaboral	0,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de Sexo	0,0%	0,6%	0,3%
Trabajando	Resíduos	-1,5	1,5	
	Recuento	79	112	191
	% sitlaboral	41,4%	58,6%	100,0%
Busca primer empleo	% dentro de Sexo	21,4%	33,5%	27,2%
	Resíduos	-3,6	3,6	
	Recuento	8	15	23
Parado con subsidio	% sitlaboral	34,8%	65,2%	100,0%
	% dentro de Sexo	2,2%	4,5%	3,3%
	Resíduos	-1,7	1,7	
Parado sin subsidio	Recuento	4	18	22
	% sitlaboral	18,2%	81,8%	100,0%
	% dentro de Sexo	1,1%	5,4%	3,1%
Retirado, jubilado, pensionista	Resíduos	-3,3	3,3	
	Recuento	25	52	77
	% sitlaboral	32,5%	67,5%	100,0%
Rentista	% dentro de Sexo	6,8%	15,6%	11,0%
	Resíduos	-3,7	3,7	
	Recuento	43	50	93
Escolar	% sitlaboral	46,2%	53,8%	100,0%
	% dentro de Sexo	11,7%	15,0%	13,2%
	Resíduos	-1,3	1,3	
Labores del hogar	Recuento	0	1	1
	% sitlaboral	0,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de Sexo	0,0%	0,3%	0,1%
Incapacidad transitoria	Resíduos	-1,1	1,1	
	Recuento	37	49	86
	% sitlaboral	43,0%	57,0%	100,0%
Incapacidad permanente	% dentro de Sexo	10,0%	14,7%	12,2%
	Resíduos	-1,9	1,9	
	Recuento	158	2	160
Total	% sitlaboral	98,8%	1,3%	100,0%
	% dentro de Sexo	42,8%	0,6%	22,8%
	Resíduos	13,3	-13,3	
Total	Recuento	6	16	22
	% sitlaboral	27,3%	72,7%	100,0%
	% dentro de Sexo	1,6%	4,8%	3,1%
Total	Resíduos	-2,4	2,4	
	Recuento	9	17	26
	% sitlaboral	34,6%	65,4%	100,0%
Total	% dentro de Sexo	2,4%	5,1%	3,7%
	Resíduos	-1,9	1,9	
	Recuento	369	334	703
Total	% sitlaboral	52,5%	47,5%	100,0%
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Los diagnósticos de los subtipos de esquizofrenia mostraron diferencias por género, detectándose una mayor presencia de esquizofrenia paranoide en varones y de esquizofrenia residual y otros tipos de esquizofrenia en mujeres ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 11: Diagnósticos de esquizofrenia en función del sexo**

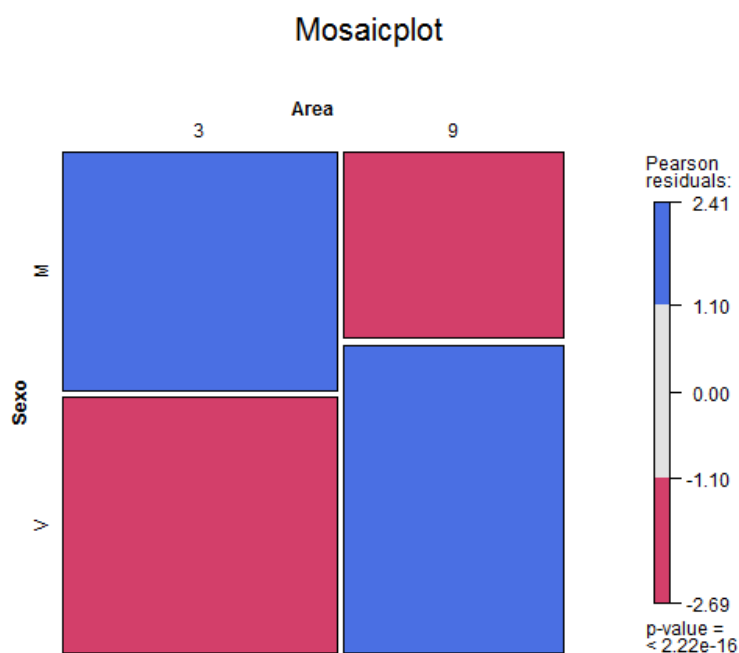
		Sexo		Total
		M	V	
Trastorno esquizofrénico	Recuento	8	12	20
	% dentro de DX1	40,0%	60,0%	100,0%
	% dentro de Sexo	0,7%	0,7%	0,7%
	Resíduos	-,2	,2	
Esquizofrenia simple	Recuento	32	44	76
	% dentro de DX1	42,1%	57,9%	100,0%
	% dentro de Sexo	2,7%	2,7%	2,7%
	Resíduos	,0	,0	
Esquizofrenia desorganizada	Recuento	22	25	47
	% dentro de DX1	46,8%	53,2%	100,0%
	% dentro de Sexo	1,9%	1,5%	1,7%
	Resíduos	,7	-,7	
Esquizofrenia catatónica	Recuento	5	4	9
	% dentro de DX1	55,6%	44,4%	100,0%
	% dentro de Sexo	0,4%	0,2%	0,3%
	Resíduos	,8	-,8	
Esquizofrenia paranoide	Recuento	592	957	1549
	% dentro de DX1	38,2%	61,8%	100,0%
	% dentro de Sexo	50,3%	58,7%	55,2%
	Resíduos	-4,4	4,4	
Esquizofrenia latente	Recuento	8	4	12
	% dentro de DX1	66,7%	33,3%	100,0%
	% dentro de Sexo	0,7%	0,2%	0,4%
	Resíduos	1,7	-1,7	
Esquizofrenia residual	Recuento	386	401	787
	% dentro de DX1	49,0%	51,0%	100,0%
	% dentro de Sexo	32,8%	24,6%	28,0%
	Resíduos	4,8	-4,8	
Otros tipos especificados de esquizofrenia	Recuento	35	22	57
	% dentro de DX1	61,4%	38,6%	100,0%
	% dentro de Sexo	3,0%	1,4%	2,0%
	Resíduos	3,0	-3,0	
Esquizofrenia no especificada	Recuento	89	160	249
	% dentro de DX1	35,7%	64,3%	100,0%
	% dentro de Sexo	7,6%	9,8%	8,9%
	Resíduos	-2,1	2,1	
Total	Recuento	1177	1629	2806
	% dentro de DX1	41,9%	58,1%	100,0%
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Por áreas de atención las diferencias de sexo, se encontraron más mujeres en el área 3 ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 12: Diferencias en sexo por áreas de atención**

		Área		Total	
		3	9		
Sexo	M	Recuento	541	339	880
		% dentro de Sexo	61,5%	38,5%	100,0%
		% dentro de Área	48,3%	37,7%	43,6%
	V	Recuento	578	561	1139
		% dentro de Sexo	50,7%	49,3%	100,0%
		% dentro de Área	51,7%	62,3%	56,4%
Total		Recuento	1119	900	2019
		% dentro de Sexo	55,4%	44,6%	100,0%
		% dentro de Área	100,0%	100,0%	100,0%

**Gráfico 6: Diferencias de sexo por Áreas**



No se pudieron analizar las diferencias en ocupación, nivel de estudios y estado civil por áreas ya que el Área 9 no recogió estos datos.

## OBJETIVO 2

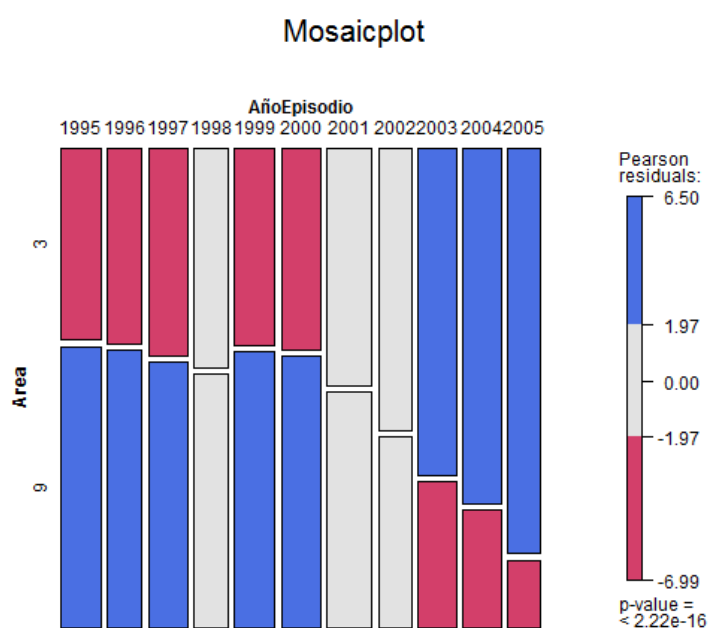
### Análisis por Áreas, Sexo y Edad

El número de episodios presentó diferencias por Áreas, con un patrón de mayor número de episodios en los primeros cinco años en el Área 9 y una inversión de esta tendencia a partir del siguiente lustro en el Área 3 ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 13: Episodios por Áreas**

	Año	Area		Total
		3	9	
	1995	110	161	271
	1996	97	138	235
	1997	115	147	262
	1998	109	126	235
	1999	113	159	272
	2000	113	152	265
	2001	151	150	301
	2002	134	91	225
	2003	180	81	261
	2004	193	64	257
	2005	190	32	222
	Total	1505	1301	2806

**Gráfico 7: Episodios por Áreas**



Por áreas, se observaron diferencias notables en la intensidad de uso de servicios hospitalarios, siendo mayor en el Área 9 ( $p < 0,001$ ):

**Tabla 14: Intensidad de uso de servicios hospitalarios por Áreas**

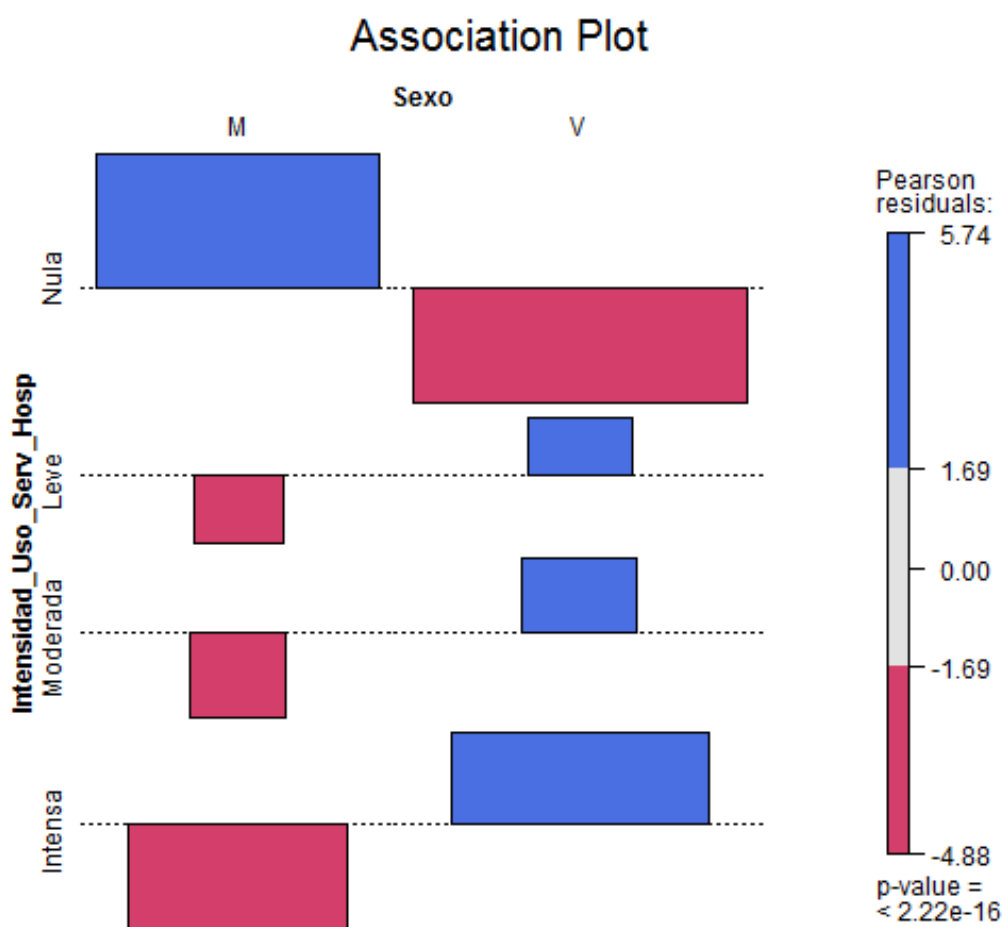
		Intensidad				Total	
		Nula	Leve	Moderada	Intensa		
Área	3	Recuento	933	107	122	343	1505
		% dentro de Área	62,0%	7,1%	8,1%	22,8%	100,0%
		% Intensidad	60,2%	69,5%	66,3%	37,4%	53,6%
	9	Residuos corregidos	7,7	4,1	3,6	-12,0	
		Recuento	618	47	62	574	1301
		% dentro de Área	47,5%	3,6%	4,8%	44,1%	100,0%
	Total	% Intensidad	39,8%	30,5%	33,7%	62,6%	46,4%
		Residuos corregidos	-7,7	-4,1	-3,6	12,0	
		Recuento	1551	154	184	917	2806
	Total	% dentro de Área	55,3%	5,5%	6,6%	32,7%	100,0%
		% Intensidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Por sexos, la intensidad de uso de servicios hospitalarios fue mayor en varones que en mujeres ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 15: Intensidad de uso de servicios hospitalarios por sexo**

		Intensidad Uso Serv Hosp				Total	
		Nula	Leve	Moderada	Intensa		
Sexo	M	Recuento	797	41	45	294	1177
		% dentro de Sexo	67,7%	3,5%	3,8%	25,0%	100,0%
		% Intensidad	51,4%	26,6%	24,5%	32,1%	41,9%
	V	Residuos corregidos	11,3	-4,0	-5,0	-7,4	
		Recuento	754	113	139	623	1629
		% dentro de Sexo	46,3%	6,9%	8,5%	38,2%	100,0%
	Total	% Intensidad	48,6%	73,4%	75,5%	67,9%	58,1%
		Residuos corregidos	-11,3	4,0	5,0	7,4	
		Recuento	1551	154	184	917	2806
	Total	% dentro de Sexo	55,3%	5,5%	6,6%	32,7%	100,0%
		% Intensidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Gráfico 8: Intensidad de uso de servicios hospitalarios por sexo**



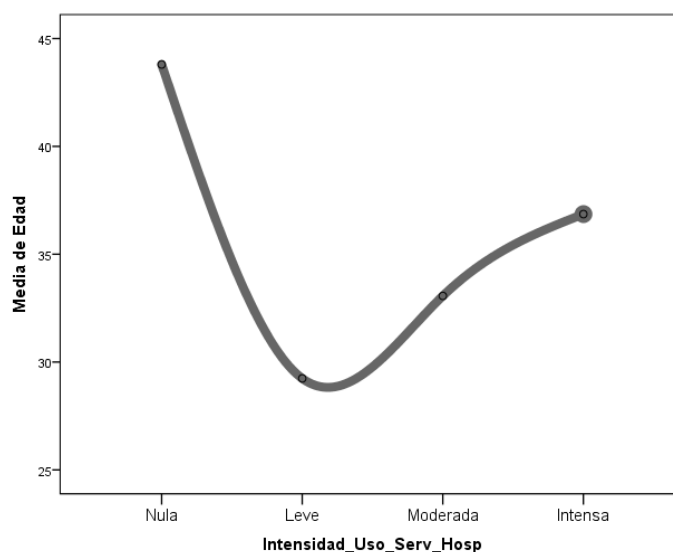
La intensidad de uso de los servicios hospitalarios mostró un patrón asociado a la edad, siendo mayor en los sujetos más jóvenes. En la Tabla 16 puede observarse cómo la media de edad es siete años menor en los que tienen una utilización intensa ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 16: Edad y utilización de servicios hospitalarios**

	N	Media	Desviación típica	IC95%	
				Inf	Sup
Nula	1551	43,80	16,33	42,98	44,61
Leve	154	29,24	8,05	27,96	30,52
Moderada	184	33,07	11,53	31,39	34,74
Intensa	917	36,86	12,18	36,07	37,65
Total	2806	40,03	15,12	39,47	40,59



**Gráfico 9: Utilización de servicios hospitalarios en función de la edad**



Salvo en los recursos hospitalarios, el tipo de episodio y servicio fue de mayor utilización en el Área 3, de forma significativa, es decir, se usaron más los servicios ambulatorios, mixtos y recursos especiales en este área ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 17: Tipo de servicio y áreas**

		Area		Total
		3	9	
AMBULA	Recuento	933	618	1551
	% dentro de TIP_EPI_SERV	60,2%	39,8%	100,0%
	% dentro de Área	62,0%	47,5%	55,3%
	Residuos corregidos	7,7	-7,7	
HOSPIT	Recuento	343	574	917
	% dentro de TIP_EPI_SERV	37,4%	62,6%	100,0%
	% dentro de Área	22,8%	44,1%	32,7%
	Residuos corregidos	-12,0	12,0	
MIXTO	Recuento	122	62	184
	% dentro de TIP_EPI_SERV	66,3%	33,7%	100,0%
	% dentro de Área	8,1%	4,8%	6,6%
	Residuos corregidos	3,6	-3,6	
RECESP	Recuento	107	47	154
	% dentro de TIP_EPI_SERV	69,5%	30,5%	100,0%
	% dentro de Área	7,1%	3,6%	5,5%
	Residuos corregidos	4,1	-4,1	
Total	Recuento	1505	1301	2806
	% dentro de TIP_EPI_SERV	53,6%	46,4%	100,0%
	% dentro de Área	100,0%	100,0%	100,0%

Por sexos, también se observaron diferencias significativas en la utilización de servicios, con una mayor utilización de servicios hospitalarios en varones ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 18: Tipo de episodio y servicio por sexos**

		Sexo		Total
		M	V	
AMBULA	Recuento	797	754	1551
	% dentro de TIP_EPI_SERV	51,4%	48,6%	100,0%
	% dentro de Sexo	67,7%	46,3%	55,3%
	Residuos corregidos	11,3	-11,3	
HOSPIT	Recuento	294	623	917
	% dentro de TIP_EPI_SERV	32,1%	67,9%	100,0%
	% dentro de Sexo	25,0%	38,2%	32,7%
	Residuos corregidos	-7,4	7,4	
MIXTO	Recuento	45	139	184
	% dentro de TIP_EPI_SERV	24,5%	75,5%	100,0%
	% dentro de Sexo	3,8%	8,5%	6,6%
	Residuos corregidos	-5,0	5,0	
RECESP	Recuento	41	113	154
	% dentro de TIP_EPI_SERV	26,6%	73,4%	100,0%
	% dentro de Sexo	3,5%	6,9%	5,5%
	Residuos corregidos	-4,0	4,0	
Total	Recuento	1177	1629	2806
	% dentro de TIP_EPI_SERV	41,9%	58,1%	100,0%
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Por edades, también se observaron diferencias significativas en el tipo de servicio y episodios, siendo la más elevada en los servicios ambulatorios y la menor en los servicios mixtos ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 19: Edad por tipo de episodio y servicios**

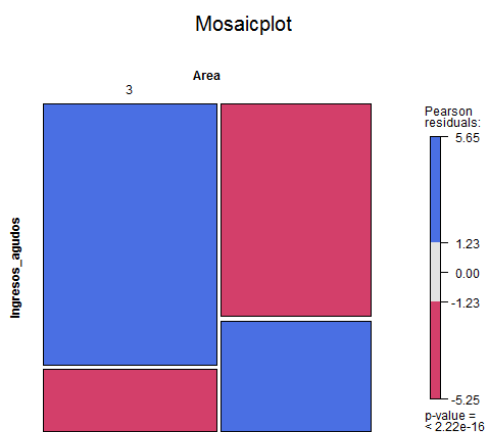
	N	Media	Desviación típica	IC95%	
				Inf	Sup
AMBULA	1551	43,80	16,32	42,98	44,61
HOSPIT	917	36,86	12,18	36,07	37,65
MIXTO	184	33,07	11,53	31,39	34,74
RECESP	154	29,24	8,04	27,96	30,52
Total	2806	40,03	15,12	39,47	40,59

Los ingresos agudos fueron más frecuentes en el Área 9 ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 20: Ingresos agudos por áreas**

		Área		Total	
		3	9		
Ingresos agudos	No	Recuento	1215	856	2071
		% dentro de Ingresos agudos	58,7%	41,3%	100,0%
		% dentro de Área	80,7%	65,8%	73,8%
	Sí	Residuos corregidos	9,0	-9,0	
		Recuento	290	445	735
		% dentro de Ingresos agudos	39,5%	60,5%	100,0%
		% dentro de Área	19,3%	34,2%	26,2%
		Residuos corregidos	-9,0	9,0	
		Recuento	1505	1301	2806
		Total	% dentro de Ingresos agudos	53,6%	46,4%
% dentro de Área	100,0%	100,0%	100,0%		

**Gráfico 10: Ingresos agudos por áreas**



Por sexos, el riesgo de ingreso agudo era superior en los varones

OR: 1,63 (IC95%; 1,37 a 1,95) ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 21: Ingresos agudos por sexo**

		Sexo		Total	
		M	V		
Ingresos agudos	No	Recuento	932	1139	2071
		% dentro de Ingresos agudos	45,0%	55,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	79,2%	69,9%	73,8%
	Sí	Residuos corregidos	5,5	-5,5	
		Recuento	245	490	735
		% dentro de Ingresos agudos	33,3%	66,7%	100,0%
		% dentro de Sexo	20,8%	30,1%	26,2%
		Residuos corregidos	-5,5	5,5	
		Recuento	1177	1629	2806
		Total	% dentro de Ingresos agudos	41,9%	58,1%
% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%		

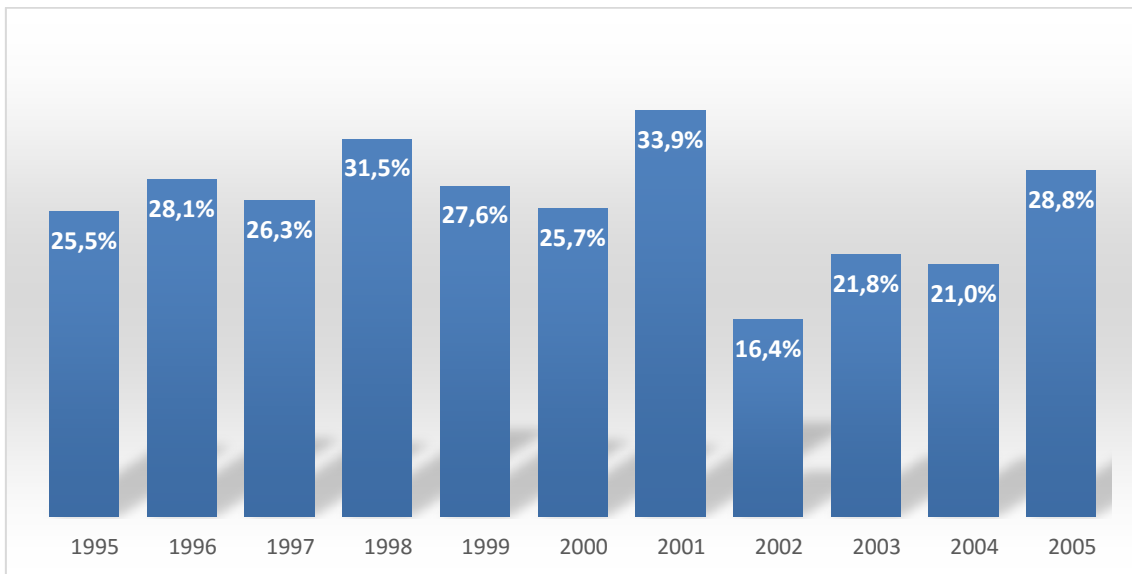
La edad media de los sujetos que tenían ingresos agudos era algo menor (37,31 años versus 40,99), significativamente ( $p < 0,0001$ ), aunque con diferencias clínicamente poco relevantes.

Los ingresos agudos experimentaron fluctuaciones a lo largo de la década estudiada, con repuntes importantes en 1998 y 2001 ( $p < 0,0001$ ):

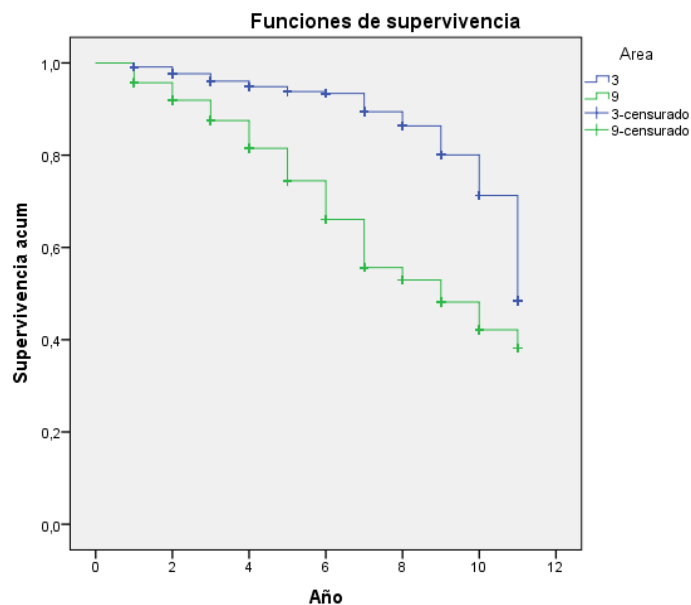
**Tabla 22: Ingresos agudos por año**

	Ingresos agudos								Total	
	No				Sí					
	n	% dentro de Año	% dentro de Ingresos agudos	Resid.	n	% dentro de Año	% dentro de Ingresos agudos	Resid.	n	% dentro de Ingresos agudos
1995	202	74,5%	9,8%	,3	69	25,5%	9,4%	-,3	271	9,7%
1996	169	71,9%	8,2%	-,7	66	28,1%	9,0%	,7	235	8,4%
1997	193	73,7%	9,3%	-,1	69	26,3%	9,4%	,1	262	9,3%
1998	161	68,5%	7,8%	-1,9	74	31,5%	10,1%	1,9	235	8,4%
1999	197	72,4%	9,5%	-,5	75	27,6%	10,2%	,5	272	9,7%
2000	197	74,3%	9,5%	,2	68	25,7%	9,3%	-,2	265	9,4%
2001	199	66,1%	9,6%	-3,2	102	33,9%	13,9%	3,2	301	10,7%
2002	188	83,6%	9,1%	3,5	37	16,4%	5,0%	-3,5	225	8,0%
2003	204	78,2%	9,9%	1,7	57	21,8%	7,8%	-1,7	261	9,3%
2004	203	79,0%	9,8%	2,0	54	21,0%	7,3%	-2,0	257	9,2%
2005	158	71,2%	7,6%	-,9	64	28,8%	8,7%	,9	222	7,9%
<b>TOTAL</b>	<b>2071</b>	<b>73,8%</b>	<b>100,0%</b>		<b>735</b>	<b>26,2%</b>	<b>100,0%</b>		<b>2806</b>	<b>100,0%</b>

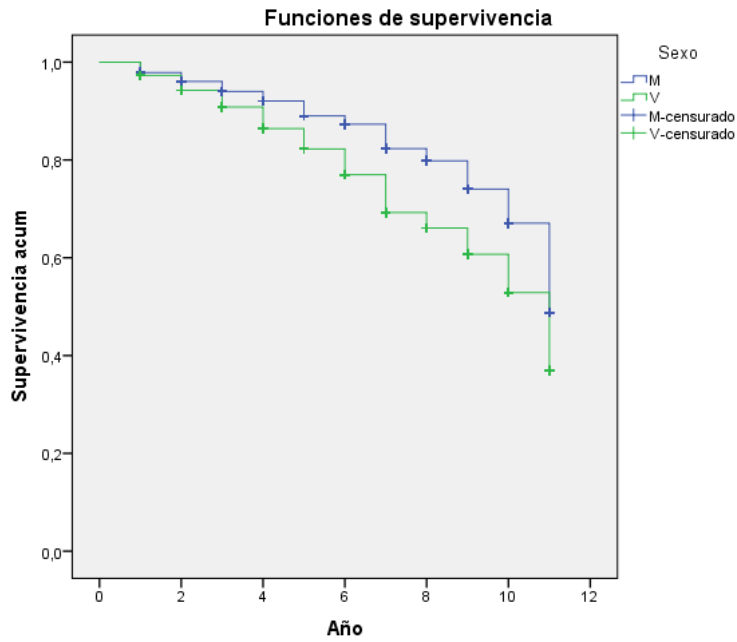
**Gráfico 11: Evolución de ingresos agudos**



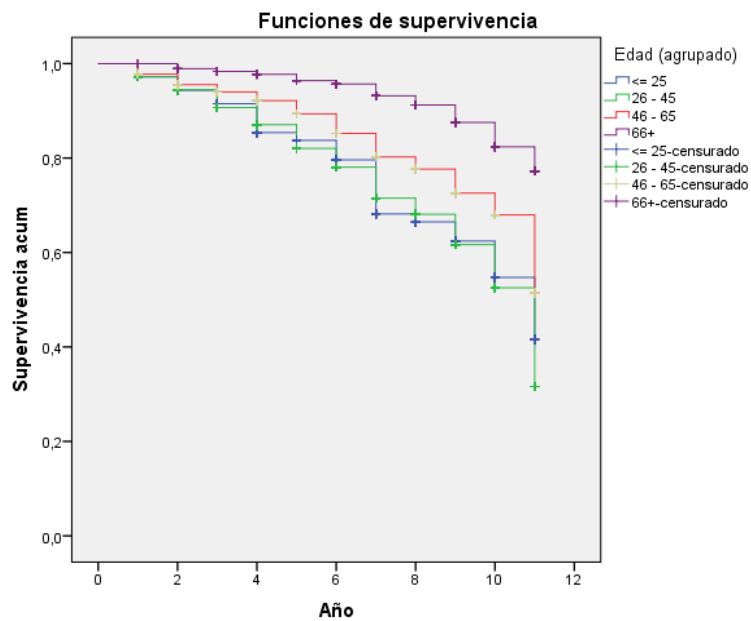
El análisis longitudinal comparado de ingresos agudos por Áreas, mostró una clara diferencia significativa entre el Área 3 y el Área 9, en detrimento de la segunda (prueba de Log-Rank,  $p < 0,0001$ ):



Por sexos, también el análisis longitudinal de ingresos agudos mostró diferencias, teniendo menos ingresos agudos las mujeres (prueba de Log-Rank,  $p < 0,0001$ ):



Por grupos de edad, también pudieron verificarse las diferencias en ingresos agudos, obteniendo los grupos etarios más jóvenes los peores resultados (prueba de Log-Rank,  $p < 0,0001$ ):



## Diagnóstico médico

Resulta interesante analizar la forma en que varía la intensidad de la utilización de servicios hospitalarios, dentro de la población estudiada. Encontramos una distribución característica de esta variable en función del diagnóstico médico que han recibido.

**Tabla 23: Intensidad de uso de los servicios hospitalarios por diagnósticos**

		Nula	Leve	Moderada	Intensa	Total
Trastorno esquizofrénico	Recuento	10	0	3	7	<b>20</b>
	% dentro de DX1	50,0%	0,0%	15,0%	35,0%	<b>100,0%</b>
	% dentro de Intensidad	0,6%	0,0%	1,6%	0,8%	<b>0,7%</b>
Esquizofrenia simple	Recuento	40	5	5	26	<b>76</b>
	% dentro de DX1	52,6%	6,6%	6,6%	34,2%	<b>100,0%</b>
	% dentro de Intensidad	2,6%	3,2%	2,7%	2,8%	<b>2,7%</b>
Esquizofrenia desorganizada	Recuento	23	7	1	16	<b>47</b>
	% dentro de DX1	48,9%	14,9%	2,1%	34,0%	<b>100,0%</b>
	% dentro de Intensidad	1,5%	4,5%	0,5%	1,7%	<b>1,7%</b>
Esquizofrenia catatónica	Recuento	6	0	1	2	<b>9</b>
	% dentro de DX1	66,7%	0,0%	11,1%	22,2%	<b>100,0%</b>
	% dentro de Intensidad	0,4%	0,0%	0,5%	0,2%	<b>0,3%</b>
Esquizofrenia paranoide	Recuento	823	96	116	514	<b>1549</b>
	% dentro de DX1	53,1%	6,2%	7,5%	33,2%	<b>100,0%</b>
	% dentro de Intensidad	53,1%	62,3%	63,0%	56,1%	<b>55,2%</b>
Esquizofrenia latente	Recuento	9	0	0	3	<b>12</b>
	% dentro de DX1	75,0%	0,0%	0,0%	25,0%	<b>100,0%</b>
	% dentro de Intensidad	0,6%	0,0%	0,0%	0,3%	<b>0,4%</b>
Esquizofrenia residual	Recuento	489	33	40	225	<b>787</b>
	% dentro de DX1	62,1%	4,2%	5,1%	28,6%	<b>100,0%</b>
	% dentro de Intensidad	31,5%	21,4%	21,7%	24,5%	<b>28,0%</b>
Otros tipos especificados de esquizofrenia	Recuento	43	1	4	9	<b>57</b>
	% dentro de DX1	75,4%	1,8%	7,0%	15,8%	<b>100,0%</b>
	% dentro de Intensidad	2,8%	0,6%	2,2%	1,0%	<b>2,0%</b>
Esquizofrenia no especificada	Recuento	108	12	14	115	<b>249</b>
	% dentro de DX1	43,4%	4,8%	5,6%	46,2%	<b>100,0%</b>
	% dentro de Intensidad	7,0%	7,8%	7,6%	12,5%	<b>8,9%</b>
<b>Recuento</b>		<b>1551</b>	<b>154</b>	<b>184</b>	<b>917</b>	<b>2806</b>
<b>% dentro de DX1</b>		<b>55,3%</b>	<b>5,5%</b>	<b>6,6%</b>	<b>32,7%</b>	<b>100,0%</b>
<b>% dentro de Intensidad</b>		<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

De forma significativa ( $p < 0,0001$ ), el mayor patrón de uso de servicios hospitalarios cae en las esquizofrenias no especificadas y paranoide (residuos superiores a 1,96) y las de menor en las esquizofrénicas residuales y otros tipos de esquizofrenia.

## Índice de Lavik

Los indicadores de utilización de servicios sanitarios como el índice Lavik presentan una distribución diferencial en función del diagnóstico dado a los sujetos a estudio. Se puede observar cómo, en función del Índice de Lavik, en todas las categorías diagnósticas la mayor proporción de sujetos realizan una moderada utilización de servicios sanitarios, y tan solo en el caso de los sujetos diagnosticados de esquizofrenia paranoide, los sujetos con utilización alta o muy alta superan los residuos por encima de 1,96 ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 24: Índice Lavik y subtipos diagnósticos de esquizofrenia**

		UTILIZACIÓN					Total
		Única	Baja	Moderada	Alta	Muy alta	
Trastorno esquizofrénico	n	3	5	11	1	0	20
	% DX	15,0%	25,0%	55,0%	5,0%	0,0%	100,0%
	% Lavik	,5%	1,0%	,9%	,5%	0,0%	,7%
Esquizofrenia simple	n	17	14	34	8	3	76
	% Dx	22,4%	18,4%	44,7%	10,5%	3,9%	100,0%
	% Lavik	2,6%	2,9%	2,7%	3,8%	2,4%	2,8%
Esquizofrenia desorganizada	n	5	10	25	3	3	46
	% Dx	10,9%	21,7%	54,3%	6,5%	6,5%	100,0%
	% Lavik	,8%	2,1%	2,0%	1,4%	2,4%	1,7%
Esquizofrenia catatónica	n	4	1	4	0	0	9
	% Dx	44,4%	11,1%	44,4%	0,0%	0,0%	100,0%
	% Lavik	,6%	,2%	,3%	0,0%	0,0%	,3%
Esquizofrenia paranoide	n	351	227	729	139	81	1527
	% Dx	23,0%	14,9%	47,7%	9,1%	5,3%	100,0%
	% Lavik	53,9%	46,9%	56,9%	65,3%	65,9%	55,5%
Esquizofrenia latente	n	4	2	5	1	0	12
	% Dx	33,3%	16,7%	41,7%	8,3%	0,0%	100,0%
	% Lavik	,6%	,4%	,4%	,5%	0,0%	,4%
Esquizofrenia residual	n	226	160	304	44	30	764
	% Dx	29,6%	20,9%	39,8%	5,8%	3,9%	100,0%
	% Lavik	34,7%	33,1%	23,7%	20,7%	24,4%	27,8%
Otros tipos especificados de esquizofrenia	n	13	13	28	2	0	56
	% Dx	23,2%	23,2%	50,0%	3,6%	0,0%	100,0%
	% Lavik	2,0%	2,7%	2,2%	,9%	0,0%	2,0%
Esquizofrenia no especificada	n	28	52	142	15	6	243
	% Dx	11,5%	21,4%	58,4%	6,2%	2,5%	100,0%
	% Lavik	4,3%	10,7%	11,1%	7,0%	4,9%	8,8%
	n	651	484	1282	213	123	2753
	% Dx	23,6%	17,6%	46,6%	7,7%	4,5%	100,0%
	% Lavik	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Resulta del mismo modo interesante observar cómo se relaciona el Índice de Lavik, que cuantifica la utilización de recursos sanitarios en general, con la intensidad de uso de los servicios hospitalarios en concreto.

**Tabla 25: Intensidad de uso de servicios hospitalarios e índice de Lavik**

		Intensidad de uso de los servicios hospitalarios				Total	
		Nula	Leve	Modera da	Intensa		
UTILIZACIÓN	Única	Recuento	377	24	24	226	651
		% Lavik	57,9%	3,7%	3,7%	34,7%	100,0%
	Baja	Recuento	261	10	11	202	484
		% Lavik	53,9%	2,1%	2,3%	41,7%	100,0%
	Moder.	Recuento	727	23	53	479	1282
		% Lavik	56,7%	1,8%	4,1%	37,4%	100,0%
	Alta	Recuento	121	8	11	73	213
		% Lavik	56,8%	3,8%	5,2%	34,3%	100,0%
	Muy alta	Recuento	52	7	7	57	123
		% Lavik	42,3%	5,7%	5,7%	46,3%	100,0%
	Total	Recuento	1538	72	106	1037	2753
		% Lavik	55,9%	2,6%	3,9%	37,7%	100,0%

Se puede observar cómo en todos los grupos definidos por la estratificación del Índice de Lavik la mayoría de los sujetos realiza una nula utilización de servicios hospitalarios (42,3% - 57,9%)

seguidos del grupo de sujetos que realiza una muy alta utilización (34,3% - 46,3%). Destaca cómo a niveles bajos del Índice de Lavik (monoconsultante) aparece la mayor proporción de sujetos que realizan una nula utilización de recursos hospitalarios y cómo a niveles altos (Muy alta utilización) aparece la mayor proporción de sujetos que realizan una utilización intensa de los recursos hospitalarios (p=0,003).

Por tipos de servicios, el índice Lavik fue significativamente (p<0,0001) mayor en los sujetos que utilizaban recursos específicos y hospitalización. Un amplio número de personas que usaban servicios ambulatorios tenían un perfil de utilización monoconsultante.

**Tabla 26: índice Lavik en función de tipo de servicios**

		Lavik (utilización)					Total
		Única	Baja	Moderada	Alta	Muy alta	
AMBULA	Recuento	651	244	644	3	0	1542
	% EPISODIO_SERV	42,2%	15,8%	41,8%	,2%	0,0%	100,0%
	% Lavik	100,0%	50,4%	50,2%	1,4%	0,0%	56,0%
	Residuos corregidos	25,9	-2,7	-5,7	-16,7	-12,8	
HOSPIT	Recuento	0	240	445	163	44	892
	% EPISODIO_SERV	0,0%	26,9%	49,9%	18,3%	4,9%	100,0%
	% Lavik	0,0%	49,6%	34,7%	76,5%	35,8%	32,4%
	Residuos corregidos	-20,2	8,9	2,4	14,3	,8	
MIXTO	Recuento	0	0	178	6	0	184
	% EPISODIO_SERV	0,0%	0,0%	96,7%	3,3%	0,0%	100,0%
	% Lavik	0,0%	0,0%	13,9%	2,8%	0,0%	6,7%
	Residuos corregidos	-7,8	-6,5	14,1	-2,4	-3,0	
RECESP	Recuento	0	0	15	41	79	135
	% EPISODIO_SERV	0,0%	0,0%	11,1%	30,4%	58,5%	100,0%
	% Lavik	0,0%	0,0%	1,2%	19,2%	64,2%	4,9%
	Residuos corregidos	-6,6	-5,5	-8,5	10,1	31,2	
	Recuento	651	484	1282	213	123	2753
	% EPISODIO_SERV	23,6%	17,6%	46,6%	7,7%	4,5%	100,0%
	% Lavik	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Las personas diagnosticadas de esquizofrenia que tienen una alta utilización, presentan un patrón de ingresos agudos mayor durante el período de estudio ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 27: Índice Lavik e ingresos agudos**

		Ingresos agudos		Total
		No	Sí	
Monoconsultante	Recuento	651	0	651
	% dentro de Lavik	100,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de Ingresos_agudos	32,2%	0,0%	23,6%
	Residuos corregidos	17,6	-17,6	
Baja utilización	Recuento	244	240	484
	% dentro de Lavik	50,4%	49,6%	100,0%
	% dentro de Ingresos_agudos	12,1%	32,7%	17,6%
	Residuos corregidos	-12,6	12,6	
Moderada utilización	Recuento	934	348	1282
	% dentro de Lavik	72,9%	27,1%	100,0%
	% dentro de Ingresos_agudos	46,3%	47,4%	46,6%
	Residuos corregidos	-,5	,5	
Alta utilización	Recuento	87	126	213
	% dentro de Lavik	40,8%	59,2%	100,0%
	% dentro de Ingresos_agudos	4,3%	17,2%	7,7%
	Residuos corregidos	-11,2	11,2	
Muy alta utilización	Recuento	103	20	123
	% dentro de Lavik	83,7%	16,3%	100,0%
	% dentro de Ingresos_agudos	5,1%	2,7%	4,5%
	Residuos corregidos	2,7	-2,7	
Total	Recuento	2019	734	2753
	% dentro de Lavik	73,3%	26,7%	100,0%
	% dentro de Ingresos_agudos	100,0%	100,0%	100,0%

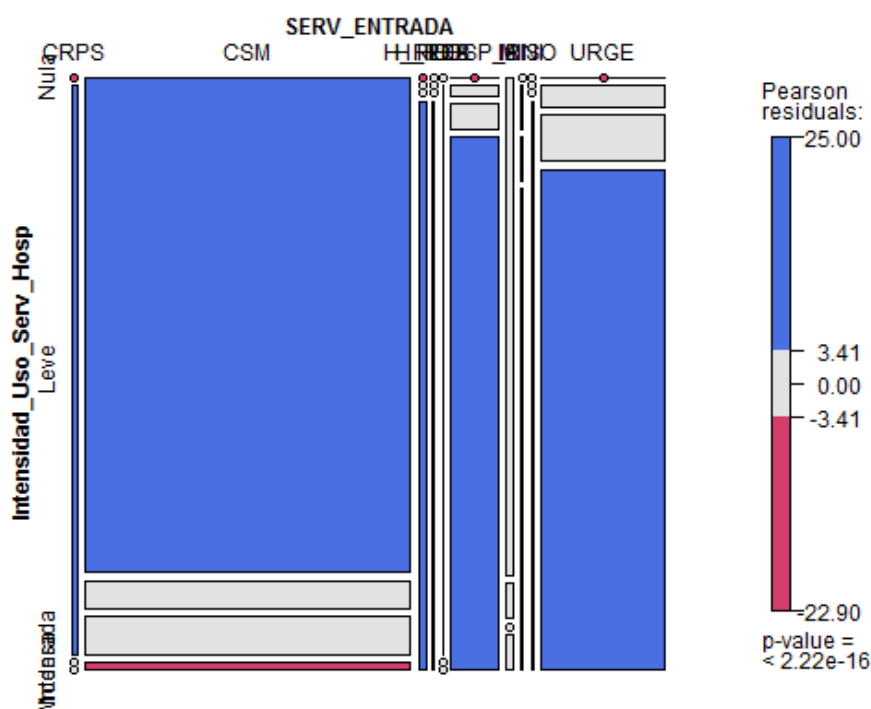
### Servicio de entrada

El servicio sanitario en donde se dio el episodio previo, desde el que el sujeto entra al episodio estudiado, se asocia de forma significativa con la intensidad de utilización de servicios hospitalarios ( $p < 0,0001$ ).

**Tabla 28: Servicio de entrada e intensidad de uso de servicios hospitalarios**

		SERV_ENTRADA							Total		
		CRPS	CSM	HDIA	HOS	IC	MIN	PISO		URG	
Intensidad de uso de los serv. hosp.	Nula	Recuento	15	2591	0	0	33	0	0	0	2639
		%	0,6%	98,2%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Leve	Recuento	61	127	4	12	3	1	0	33	241
		%	25,3%	52,7%	1,7%	5,0%	1,2%	0,4%	0,0%	13,7%	100,0%
	Moder.	Recuento	0	157	0	21	0	1	0	68	247
		%	0,0%	63,6%	0,0%	8,5%	0,0%	0,4%	0,0%	27,5%	100,0%
	Intensa	Recuento	0	24	0	445	2	11	13	873	1368
		%	0,0%	1,8%	0,0%	32,5%	0,1%	0,8%	1,0%	63,8%	100,0%
Total	Recuento	76	2899	4	478	38	13	13	974	4495	
	%	1,7%	64,5%	0,1%	10,6%	0,8%	0,3%	0,3%	21,7%	100,0%	

## Mosaicplot



La práctica totalidad de aquellos episodios que se dieron en CSM han dado lugar a una utilización nula de servicios hospitalarios, mientras que aquellos episodios que se dieron en el servicio de urgencias o en la propia UHB han dado lugar a un uso intenso de los servicios hospitalarios en un 63,8% y 32,5% respectivamente.

Desde este punto de vista, resulta interesante analizar a qué tipo de episodios se da lugar en función de ese servicio de entrada, siendo particularmente interesante en qué medida se asocia esta intensidad con el seguimiento posterior en CSM, es decir, en qué medida un servicio u otro da lugar a una correcta continuidad de cuidados posteriormente.

Se hizo un análisis de la utilización de servicios comunitarios, excluyendo los servicios de rehabilitación y residenciales, debido a que sus características son específicas y no guardan factores comunes al resto de servicios comunitarios. Es preciso señalar que en la población a estudio, una vez excluidos los residenciales y rehabilitación (n=2.765), el porcentaje de sujetos que registra episodios ambulatorios y largos tan solo alcanza el 17,3% (n=479).

**Tabla 29: Utilización de servicios comunitarios y servicio de entrada**

		Utilización_Serv_Comunitarios		Total
		No	Sí	
CRPS	Recuento	28	0	28
	% SERV_ENTRADA	100,0%	0,0%	100,0%
	% ServComunitarios	1,2%	0,0%	1,0%
CSM	Residuos corregidos	2,4	-2,4	
	Recuento	1278	477	1755
	% SERV_ENTRADA	72,8%	27,2%	100,0%
HDIA	% ServComunitarios	55,9%	99,6%	63,5%
	Residuos corregidos	-18,1	18,1	
	Recuento	4	0	4
HOSP_A	% SERV_ENTRADA	100,0%	0,0%	100,0%
	% ServComunitarios	,2%	0,0%	,1%
	Residuos corregidos	,9	-,9	
HOSP_A	Recuento	256	0	256
	% SERV_ENTRADA	100,0%	0,0%	100,0%
	% ServComunitarios	11,2%	0,0%	9,3%
IC	Residuos corregidos	7,7	-7,7	
	Recuento	30	2	32
	% SERV_ENTRADA	93,8%	6,3%	100,0%
MINI	% ServComunitarios	1,3%	,4%	1,2%
	Residuos corregidos	1,7	-1,7	
	Recuento	13	0	13
PISO	% SERV_ENTRADA	100,0%	0,0%	100,0%
	% ServComunitarios	,6%	0,0%	,5%
	Residuos corregidos	1,7	-1,7	
URGE	Recuento	11	0	11
	% SERV_ENTRADA	100,0%	0,0%	100,0%
	% ServComunitarios	,5%	0,0%	,4%
URGE	Residuos corregidos	1,5	-1,5	
	Recuento	666	0	666
	% SERV_ENTRADA	100,0%	0,0%	100,0%
URGE	% ServComunitarios	29,1%	0,0%	24,1%
	Residuos corregidos	13,6	-13,6	
	Recuento	2286	479	2765
URGE	% SERV_ENTRADA	82,7%	17,3%	100,0%
	% ServComunitarios	100,0%	100,0%	100,0%

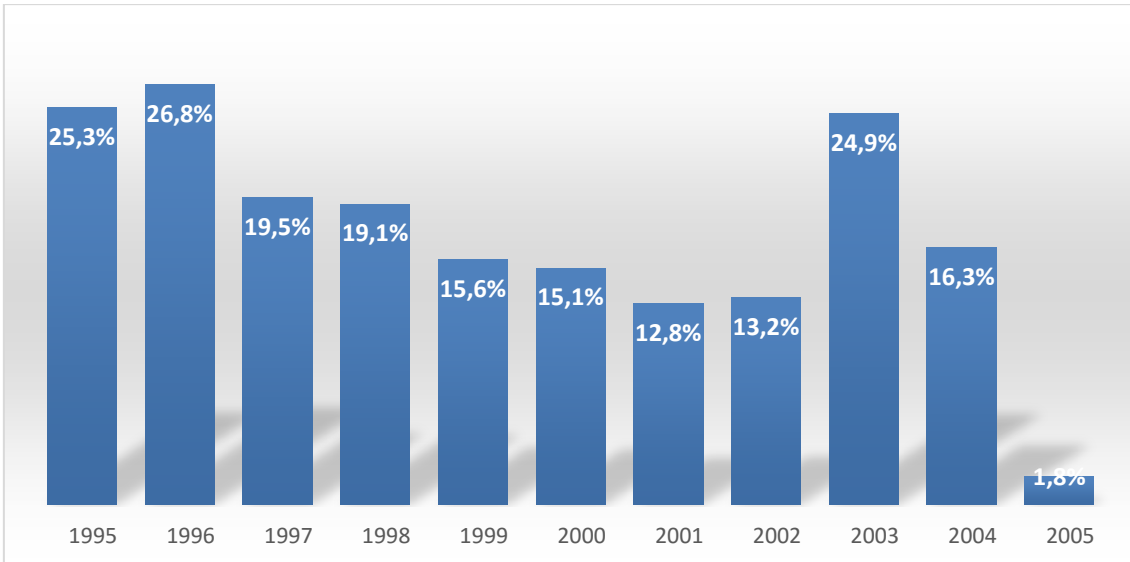
Como podemos observar, el 27,2% de la población que registra episodios ambulatorios largos tiene como servicio de entrada a este episodio el CSM y en menor medida, la IC (6,3%), observándose cómo incluso el 72,8% de aquellos cuyo servicio de entrada al episodio es el CSM no registran luego un episodio de tipo ambulatorio largo ( $P < 0,0001$ ).

El uso de servicios comunitarios mostró longitudinalmente un patrón de tendencia a la baja, volviendo a las cifras iniciales en 2003 ( $p < 0,0001$ ):

**Tabla 30: Evolución de la utilización de servicios comunitarios**

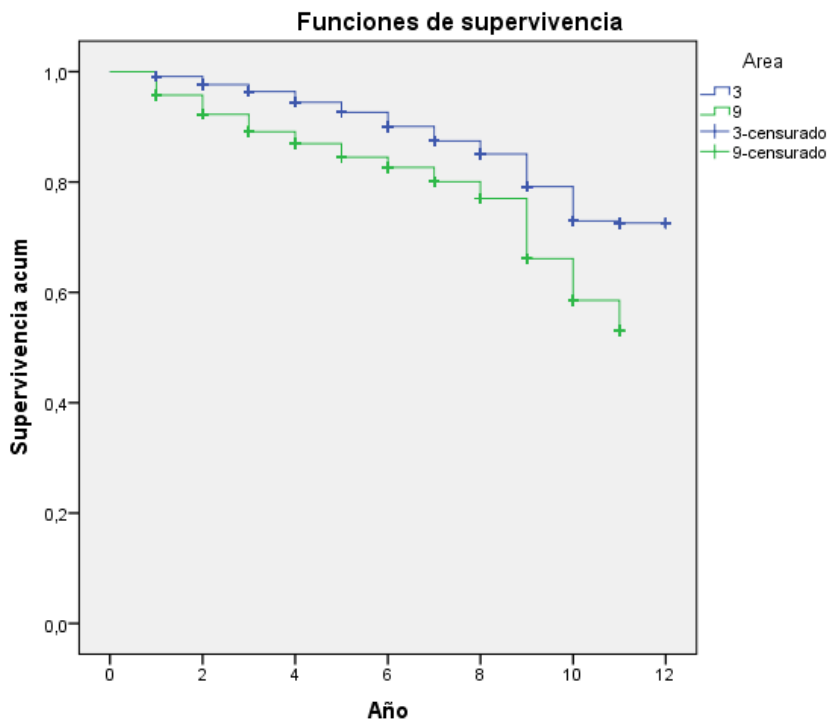
	Utilización_Serv_Comunitarios								Total	
	No				Sí					
	n	% dentro de Año	% dentro de serv	Residuos	n	% dentro de Año	% dentro de serv	Residuos	n	% Serv
1995	195	74,7%	8,5%	-3,6	66	25,3%	13,8%	3,6	261	9,4%
1996	167	73,2%	7,3%	-3,9	61	26,8%	12,7%	3,9	228	8,2%
1997	206	80,5%	9,0%	-1,0	50	19,5%	10,4%	1,0	256	9,3%
1998	186	80,9%	8,1%	-,8	44	19,1%	9,2%	,8	230	8,3%
1999	222	84,4%	9,7%	,8	41	15,6%	8,6%	-,8	263	9,5%
2000	220	84,9%	9,6%	1,0	39	15,1%	8,1%	-1,0	259	9,4%
2001	259	87,2%	11,3%	2,2	38	12,8%	7,9%	-2,2	297	10,7%
2002	191	86,8%	8,4%	1,7	29	13,2%	6,1%	-1,7	220	8,0%
2003	196	75,1%	8,6%	-3,4	65	24,9%	13,6%	3,4	261	9,4%
2004	215	83,7%	9,4%	,4	42	16,3%	8,8%	-,4	257	9,3%
2005	218	98,2%	9,5%	6,4	4	1,8%	,8%	-6,4	222	8,0%
2006	11	100,0%	,5%	1,5	0	0,0%	0,0%	-1,5	11	,4%
	2286	82,7%	100,0%		479	17,3%	100,0%		2765	100,0%

**Gráfico 12: Evolución de la utilización de servicios comunitarios**



Por áreas, el Área 9 mostraba un patrón de menor utilización de servicios comunitarios, de forma significativa (prueba de Log-Rank,  $p < 0,0001$ ):

**Gráfico 13: Evolución de utilización de servicios comunitarios por Áreas**





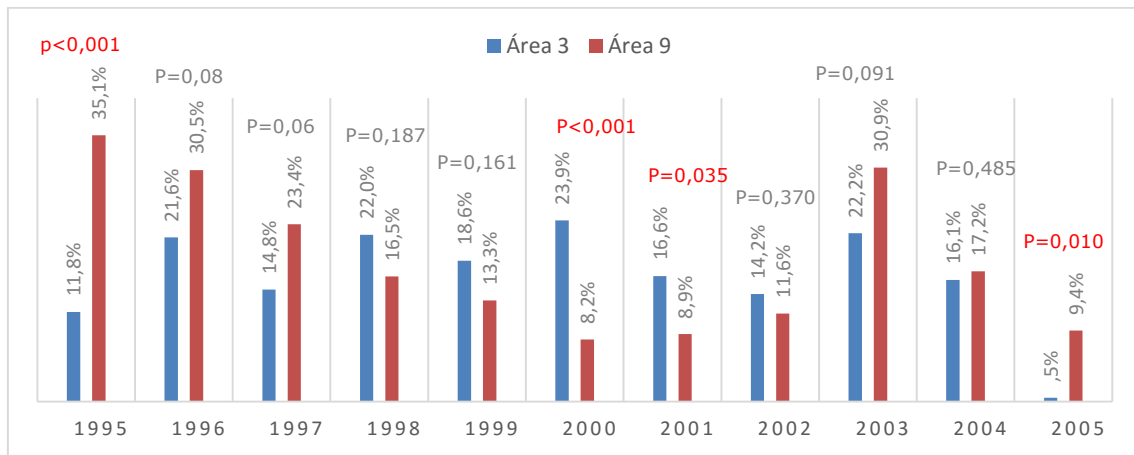
No obstante, de forma agregada, el Área 9 presentaba una mayor utilización de servicios comunitarios:

**Tabla 31: Utilización de servicios comunitarios por áreas**

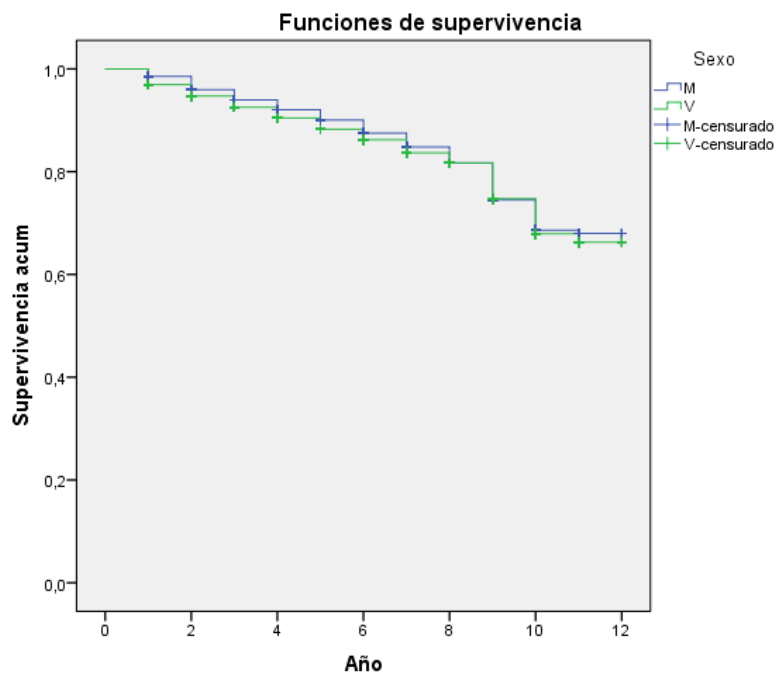
		Utilización Servicios Comunitarios		Total
		No	Sí	
Area 3	Recuento	1277	239	1516
	% dentro de Area	84,2%	15,8%	100,0%
	% dentro de Utilización_Serv_Comunitarios	55,9%	49,9%	54,8%
	Residuos corregidos	2,4	-2,4	
	Recuento	1009	240	1249
	% dentro de Area	80,8%	19,2%	100,0%
Area 9	% dentro de Utilización_Serv_Comunitarios	44,1%	50,1%	45,2%
	Residuos corregidos	-2,4	2,4	
	Recuento	2286	479	2765
	% dentro de Area	82,7%	17,3%	100,0%
Total	% dentro de Utilización_Serv_Comunitarios	100,0%	100,0%	100,0%

Pero, un análisis más detallado por años, permitía explicar esta aparente paradoja, en la medida en que en el período 2000-2001, el Área 3 tuvo una significativa mayor utilización de servicios comunitarios, mientras que en 1995 y 2005 el Área 9 fue la que más utilización significativa obtuvo.

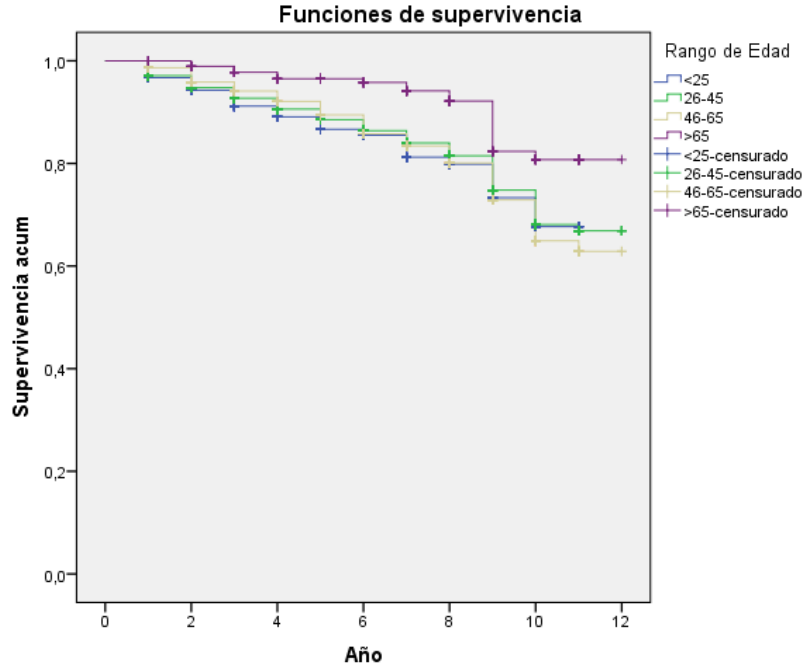
**Gráfico 14: Evolución de utilización de servicios comunitarios por Áreas**



No se encontraron diferencias en la evolución de la utilización de servicios comunitarios por sexos (prueba de Log-Rank,  $p = 0,426$ ):



Por rangos de edad, los sujetos de mayor edad tenían una utilización significativamente mayor de servicios comunitarios (prueba de Log-Rank,  $p = 0,005$ ):



Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística para identificar un modelo predictor de la utilización de servicios comunitarios. Con un porcentaje de clasificación correcto del 83% y una bondad de ajuste adecuada (prueba de Hosmer-Lemeshow  $p=0,388$ ), el índice Lavik mostró cómo la utilización moderada y muy alta actuaban como predictores negativos de frecuentación de servicios comunitarios (OR 0,69 IC95%: 0,49 a 0,96;  $p= 0,032$  y OR: 0,36 IC95%: 0,16 a 0,78;  $p= 0,01$ , respectivamente). Igualmente, el sexo masculino (OR 0,71 IC95%: 0,53 a 0,95;  $p= 0,022$ ) y pertenecer al Área 3 (OR 0,33 IC95%: 0,22 a 0,49;  $p<0,001$ ), sin que la edad mostrase influencia en este resultado.

**Tabla 32: Modelo de regresión logística multivariante para el uso de servicios comunitarios**

	B	Sig.	OR	I.C. 95%	
				Inferior	Superior
Edad	0,000	0,932	1,00	0,99	1,00
Sexo: masculino	-0,337	0,022*	0,71	0,53	0,95
Area 3	-1,105	0,000*	0,33	0,22	0,49
Lavik_(utilización)		0,034*			
Baja	-0,398	0,059	0,67	0,44	1,01
Moderada	-0,364	0,032*	0,69	0,49	0,96
Alta	-0,610	0,052	0,54	0,29	1,00
Muy alta	-1,023	0,010*	0,36	0,16	0,78
Constante	-0,864	0,002	0,42		

## 6. DISCUSIÓN

Esta investigación ha permitido un análisis de factores que han mostrado tener relación con el consumo de recursos sanitarios. Como se recogía en la introducción del trabajo, la evidencia científica muestra cómo los resultados de la atención a la salud mental basada en el modelo comunitario son discretos, pues persisten tasas de abandono y de falta de adhesión así como de hospitalización más altas que las deseables, imponiéndose la necesidad de analizar qué factores determinan en cualquier medida esos resultados.

Tal y como se ha señalado en el apartado de metodología, se ha procedido para el análisis de estos factores al estudio de una importante cohorte que a lo largo de 10 años ha venido describiendo unos patrones de uso producto de esos factores condicionantes, permitiéndonos mediante su análisis aproximarnos a las causas que han acabado por definir esos patrones.

Los resultados de este estudio muestran cómo los patrones de uso de recursos sanitarios varían en función de variables propias del sujeto como la edad o el sexo. Este aspecto ha sido señalado por múltiples autores de estudios en materia de salud pública y epidemiología (85), encontrándose siempre diferencias entre el consumo de recursos sanitarios por parte de mujeres y de hombres, si bien es cierto que es

diferente en cada caso qué sexo es el que hace un mayor consumo, existiendo diferencias en función del ámbito asistencial que se analice (86–88). En lo referido a los estudios realizados en el ámbito de la salud mental, los estudios existentes señalan, coincidiendo con nuestros resultados, una proporción superior de hombres en el consumo intenso de recursos sanitarios (89–91), apuntando también a un mayor riesgo de sufrir un ingreso agudo por parte de los varones. Muestran también resultados coincidentes con los alcanzados en este trabajo múltiples estudios que señalan un cambio en el consumo de recursos en los servicios de salud mental en función de la edad del sujeto (89,90,92–94), encontrándose siempre una mayor intensidad de uso de los servicios hospitalarios en sujetos jóvenes.

El consumo de recursos sanitarios realizado por personas diagnosticadas de esquizofrenia ha sido analizado en múltiples estudios (95–98), aunque no se han encontrado estudios que especifiquen como el presente diferencias entre el consumo de recursos realizado por personas diagnosticadas de los distintos subtipos de esquizofrenia, diferencias que se han mostrado significativas. De la bibliografía existente una gran parte se centra en cómo influye en el consumo de recursos el aspecto farmacológico de los cuidados (99–105), pero tampoco ésta hace referencia a la diferencia que se ha hallado entre los distintos subtipos de

esquizofrenia, que observamos en el presente estudio sí determinan el consumo de recursos.

Los índices ponderados son una herramienta útil para el análisis del consumo de recursos, y es el índice Lavik el que se ha mostrado más sensible a estos parámetros en el ámbito de la salud mental (83). Aun así, no es amplia la bibliografía existente sobre un aspecto que resulta esencial para la planificación de los cuidados. Los resultados alcanzados en el presente estudio apuntan, como se puede comprobar, en la misma línea, al encontrarse una correlación entre el índice Lavik y la intensidad de uso de los servicios hospitalarios, observándose cómo la mayoría de los sujetos que presentan puntuaciones bajas en el índice de Lavik correlacionan con los que realizan una utilización nula de los servicios hospitalarios. Así, tras nuestro análisis, podemos concluir que el índice de Lavik, al igual que pertenecer al sexo o el área, es un predictor en lo que al riesgo de ingreso hospitalario se refiere, encontrando cómo valores altos de índice de Lavik, sexo masculino, y también la pertenencia al área 3, son valores predictivos de una mala utilización de recursos comunitarios.

Son interesantes los hallazgos mostrados por los resultados en lo que a la continuidad de cuidados en el ámbito comunitario se refiere. Se asume, pues así lo muestra la evidencia científica disponible, que las

tasas de adhesión y seguimiento en los servicios de salud mental por parte de sus usuarios son menos de las deseables, diferentes estudios las sitúan entre un 42% y un 63% (24,106), variando en función de la condición clínica que se estudia en cada caso, pero siempre apuntando tasas de cumplimiento muy bajas. En esta línea, son más preocupantes los resultados hallados en el presente estudio que muestran una tasa de cumplimiento del seguimiento del 17,3%. Esta diferencia tan significativa y que muestra una realidad alarmante se podría explicar por la forma en que los diferentes estudios definen la continuidad de cuidados. En la mayor parte de los casos el concepto de cumplimiento de esa continuidad tiene que ver con presentar un episodio en un servicio sanitario y el siguiente en otro servicio sanitario comunitario, pero en el presente hemos querido definir ese cumplimiento añadiendo la condición de permanecer al menos tres meses en ese servicio comunitario, y es con esta condición cuando la tasa cae hasta un alarmante 17,3%.

Del mismo modo que es alarmante cómo, a medida que avanzan los años, esperándose una mejora en los resultados coherente con la maduración de los recursos, se observa cómo los episodios que tienen lugar en los servicios comunitarios y presentan una duración aceptable van disminuyendo progresivamente, encontrándose un repunte en el año 2003, cuya explicación no parece responder a ninguna de las variables analizadas en el presente.



Especialmente significativos son los resultados hallados en lo referido al área sanitaria, que según nuestro análisis determina en buena medida el consumo de recursos sanitarios. Encontramos cómo el patrón de uso de servicios no hospitalarios es mayor en un área sanitaria que en otra, y cómo los ingresos agudos son más altos en la segunda que en la primera, tendencia que se mantiene durante el análisis longitudinal.

Estas diferencias son coherentes con los resultados publicados en el Atlas de Variaciones de la Práctica Médica que se describían en la introducción del trabajo (38), pues vemos cómo variables que no son de naturaleza clínica, influyen en el desarrollo de la salud de las personas y en la utilización que estas hacen de los recursos sanitarios. El desarrollo de los servicios de salud mental vivido en cada una de las áreas sanitarias a estudio ha dado lugar a un repertorio de dispositivos asistenciales diferentes y a una cartera de servicios ofertada con distintas modalidades. Sin duda esta realidad influye en la intensidad con que se utilizan los recursos hospitalarios por parte de la población a estudio, pero como señalan los autores del atlas, esas diferencias, en determinados parámetros, son superiores a lo esperable y aceptable.

Esto puede ser explicado por las diferencias a nivel sociodemográfico existentes entre ambas áreas sanitarias, que resultan factores que determinan el patrón de uso y consumo de recursos sanitarios (107).

Así, encontramos una serie de factores que, sin ser de tipo clínico, determinan el comportamiento en salud de las personas, y con este, el consumo de recursos sanitarios que realizan. Esta perspectiva es coherente con las definiciones de salud más recientes y con el modelo de determinantes sociales de la salud (DSS) expuesto por Whitehead y Dahlgren en 1992 (108). Según este modelo, la salud se caracteriza por una extraordinaria susceptibilidad al entorno social y a las condiciones de vida en que se desarrollan las personas y las familias, otorgando una gran relevancia en lo que a salud se refiere a las políticas públicas en aspectos como pobreza, drogas, condiciones laborales, desempleo, apoyo social, alimentación o transporte. Así, los resultados en salud son producto de la combinación de una serie de factores:

1. Factores biológicos intrínsecos al sujeto.
2. Estilos de vida del sujeto.
3. Redes sociales y comunitarias que le rodean.
4. Condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales que le afectan:
  - a. Agricultura y producción de alimentos.
  - b. Agua y saneamiento.
  - c. Vivienda.
  - d. Educación.
  - e. Ambiente laboral o desempleo.
  - f. Servicios de atención a la salud.

Estos últimos factores varían en función del lugar de residencia de la persona o familia, explicando diferencias contrastadas que van desde las tasas de morbilidad de enfermedades crónicas hasta la propia esperanza de vida (107,109). Los datos analizados en la presente investigación no permiten hacer inferencias de suficiente fortaleza en este sentido, pero sí muestran unos resultados similares a los explicados por el modelo de DSS (107,109,110). Sería necesario un mayor esfuerzo en la observación y descripción de estos DSS en estudios de investigación bien diseñados desde el punto de vista metodológico para complementar los resultados de investigaciones como la presente y poder llegar a conclusiones más sólidas.

Estas diferencias se encuentran también en otro de los aspectos señalados en el presente estudio. En concordancia con la bibliografía existente, encontramos que existen determinados factores que condicionan el uso de recursos hospitalarios, resultando unos niveles de hospitalización diferentes en función del área. Los diferentes programas de continuidad de cuidados han demostrado tener resultados diferentes entre sí en lo referido a las hospitalizaciones y la prevención de las mismas, aunque siempre superiores a aquellos abordajes que no contemplan estos programas (22,24,28,106,111), lo cual es coherente con los resultados analizados en el presente.

La bibliografía que nos ofrece las bases teóricas de la continuidad de cuidados señala la importancia del principio de longitudinalidad en los programas asistenciales (40,41), con lo que cobra sentido conocer en qué dispositivo se ha prestado la asistencia en cada episodio y analizar la concatenación de los mismos. Este es un aspecto no señalado en la bibliografía más actualizada sobre la continuidad de cuidados, que en nuestros resultados sí se ha mostrado significativo a la hora de determinar la utilización de recursos sanitarios, en especial de carácter hospitalario, por parte de las personas diagnosticadas de esquizofrenia. La falta de resultados de investigación relacionados con este aspecto de la asistencia puede tener que ver con que la mayoría de los resultados de investigación disponibles son brindados por estudios que se basan en un análisis a partir de los dispositivos asistenciales en que se presta la asistencia, por lo que no es habitual analizar las características de la misma antes y después de darse en el dispositivo concreto. Como se señalaba en el apartado de metodología, una de las ventajas que facilitan los RACP es el análisis por episodios asistenciales basándose en el sujeto (84), aspecto tenido en cuenta en el presente estudio, lo que nos posibilita analizar la asistencia manteniendo como unidad de análisis la persona y no el servicio sanitario.

La prestación de cuidados debería ser fruto de una oferta adecuada a las necesidades de la población y a la demanda que ésta haga. Los presentes resultados señalan un conjunto de factores que, aun

precisando mayor definición, identifican necesidades que no están siendo atendidas por los sistemas de salud y que tampoco se corresponden con demandas concretas de la población, pues estas demandas son también producto del concepto social y cultural que la población concreta tenga de salud y de sistema sanitario.

Así, se señala un conjunto de factores que, tras el estudio de la cohorte, han demostrado una significación importante en el consumo de recursos sanitarios, y dado que este consumo está en parte determinado por las necesidades, sentidas (demandadas) o no, que presenta la población atendida, sería necesario adecuar la oferta de servicios a estos factores para una correcta satisfacción de esas necesidades, que en definitiva están presentes y a las que se está dando una respuesta incompleta o con un coste innecesariamente alto en el mejor de los casos.

## **Limitaciones**

Este estudio tiene una serie de limitaciones derivadas en primer lugar de la propia naturaleza del estudio basado en un RCP. Así, la calidad de los diagnósticos podría haber estado comprometida en la medida en que la existencia en el tiempo de diferentes clasificaciones (CIE-9, CIE 10, DSM-III, DSM-IV) supone un ejercicio de conversión de diagnósticos entre clasificaciones que podrían haber originado inadecuación en el etiquetado diagnóstico.

Por otra parte, debido a que el período de estudio abarca una época de consolidación de los servicios comunitarios, la representatividad de episodios comunitarios es aproximadamente un tercio del total de los registrados, por lo que se deberían analizar estos datos en contextos consolidados desde el punto de vista de la implantación de los servicios comunitarios.

Los análisis llevados a cabo corresponden a dos Áreas de la Comunidad de Madrid que han estado sometidas a desarrollos, factores contextuales y características sociodemográficas propias, por lo que es posible que estos determinantes no coincidan con otras áreas geográficas de nuestro país. No obstante, el amplio período de estudio y el tamaño muestral son una base bastante sólida para la extracción de conclusiones relevantes.

Los estudios basados en registros siempre cuentan con la limitación de que los clínicos que introducen la información no lo hagan con la exhaustividad debida, aunque los controles de calidad de los datos y la selección de variables del registro atenúan en gran medida esta limitación.

No se han podido recolectar datos sociodemográficos relativos a situación ocupacional, nivel educativo, etc en una de las Áreas, que hubiera permitido un enfoque en el análisis entre Áreas mucho más ricos, desde un punto de vista de desigualdades sociales en salud.

## 7. CONCLUSIONES

- Existen factores de tipo asistencial y sociodemográfico que afectan al consumo de recursos sanitarios y han de ser tenidos en cuenta en la planificación de los cuidados.
- El diagnóstico médico que se ha dado a la persona atendida en los servicios se correlaciona con diferentes patrones de utilización de servicios sanitarios. Estas diferencias se encuentran también incluso entre los distintos subtipos de esquizofrenia.
- Existe una asociación entre el consumo de recursos sanitarios y la utilización de aquellos recursos que son de carácter hospitalario. Siendo el primero un buen indicador del segundo.
- El área sanitaria y las características de la misma determinan el nivel de consumo y el patrón de utilización de recursos sanitarios en general y hospitalarios en particular, que realizan las personas diagnosticadas de esquizofrenia.
- El sexo del sujeto es determinante en el patrón de uso de los servicios sanitarios, haciendo los hombres un uso más intenso de los recursos asistenciales en salud mental.
- La edad del sujeto es igualmente determinante en el patrón de uso de los servicios sanitarios, decreciendo el uso a medida que avanza la edad.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Michael BF. DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson; 2001.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Esquizofrenia. In: Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría. Lippincot Williams & Wilkins; 2008. p. 467–97.
3. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC Med. Queensland Centre for Mental Health Research, The Park Centre for Mental Health, Wacol, Q4076, Australia. john\_mcgrath@qcsr.uq.edu.au; 2004;2:13.
4. Weiser M, Werbeloff N, Dohrenwend BP, Levav I, Yoffe R, Davidson M. Do psychiatric registries include all persons with schizophrenia in the general population? A population-based longitudinal study. Schizophr Res. Department of Psychiatry, Sheba Medical Center, Tel-Hashomer, Israel. mweiser@netvision.net.il; Elsevier B.V; 2012;135(1-3):187–91.
5. Burns JK, Tomita A, Kapadia AS. Income inequality and schizophrenia: increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality. Int J Soc Psychiatry. England; 2014 Mar;60(2):185–96.
6. Hafner H, Maurer K, Loffler W, Riecher-Rossler A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. Br J Psychiatry. Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany.; 1993;162:80–6.
7. Segarra R, Ojeda N, Zabala A, Garcia J, Catalan A, Eguiluz JI, et al. Similarities in early course among men and women with a first episode of schizophrenia and schizophreniform disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Centro de Investigacion Biomedica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Vizcaya, Spain.; 2012;262(2):95–105.
8. Freudenreich O, Weis AP, Goff DC. Psychosis and schizophrenia. In: Massachusetts General Hospital comprehensive clinical psychiatry. Philadelphia: Elsevier; 2008. p. 371–89.
9. Okkels N, Vernal DL, Jensen SOW, McGrath JJ, Nielsen RE. Changes in the diagnosed incidence of early onset schizophrenia over four decades. Acta Psychiatr Scand. United States; 2013 Jan;127(1):62–8.
10. Hogerzeil SJ, van Hemert AM, Rosendaal FR, Susser E, Hoek HW. Direct comparison of first-contact versus longitudinal register-based



case finding in the same population: early evidence that the incidence of schizophrenia may be three times higher than commonly reported. *Psychol Med. England*; 2014 Dec;44(16):3481–90.

11. Frias-Ibanez A, Palma-Sevillano C, Farriols-Hernando N. [Comorbidity between obsessive-compulsive disorder and schizophrenia: prevalence, explanatory theories, and nosological status]. *Actas Esp Psiquiatr. Spain*; 2014;42(1):28–38.
12. Swets M, Dekker J, van Emmerik-van Oortmerssen K, Smid GE, Smit F, de Haan L, et al. The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophr Res. Netherlands*; 2014 Feb;152(2-3):458–68.
13. Carliner H, Collins PY, Cabassa LJ, McNallen A, Joestl SS, Lewis-Fernandez R. Prevalence of cardiovascular risk factors among racial and ethnic minorities with schizophrenia spectrum and bipolar disorders: a critical literature review. *Compr Psychiatry. United States*; 2014 Feb;55(2):233–47.
14. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry. Italy*; 2015 Oct;14(3):339–47.
15. Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Stroobants M, et al. The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: a systematic review and large scale meta-analysis. *Schizophr Res. Netherlands*; 2014 Dec;160(1-3):1–8.
16. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. *La Reforma Psiquiátrica en España, evolución y futuro de los cuidados enfermeros en salud mental*. Madrid: ANESM; 2009.
17. González de Chávez M. Historia de los cambios asistenciales y sus contextos sociales. In: González de Chávez M, editor. *La transformación de la asistencia psiquiátrica en España*. Madrid: Mayoría; 1980. p. 13–106.
18. González de Chávez M. Historia y análisis de la asistencia psiquiátrica en España. In: González de Chávez M, editor. *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Mayoría; 1980. p. 109–68.
19. Megías Lizancos F, Pacheco Borrella G. Intervenciones enfermeras en el ámbito de la salud mental comunitaria. In: Megías Lizancos F, Serrano Parra MD, editors. *Enfermería en psiquiatría y salud mental*.

- España: DAE; 2009. p. 348–467.
20. Fernández Liria A. Cronicidad en la psiquiatría a finales del siglo XX. In: Rebolledo Moller S, editor. Rehabilitación psiquiátrica. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 1995. p. 15–28.
  21. Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 1985;V(13):204–22.
  22. Prince JD. Practices preventing rehospitalization of individuals with schizophrenia. J Nerv Ment Dis. Rutgers: The State University of New Jersey, School of Social Work, New Brunswick, New Jersey 08901-1167, USA.; 2006;194(6):397–403.
  23. Hendrie HC, Lindgren D, Hay DP, Lane KA, Gao S, Purnell C, et al. Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. Am J Geriatr Psychiatry. Indiana University School of Medicine, Indianapolis; Indiana University Center for Aging Research, Indianapolis; Regenstrief Institute Inc., Indianapolis; Indiana University Department of Psychiatry, Indianapolis. Electronic address: hhendri@iupui.edu.; American Association for Geriatric Psychiatry. Published by Elsevier Inc; 2013;21(12):1267–76.
  24. Hendrie HC, Tu W, Tabbey R, Purnell CE, Ambuehl RJ, Callahan CM. Health outcomes and cost of care among older adults with schizophrenia: a 10-year study using medical records across the continuum of care. Am J Geriatr Psychiatry. Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN; Indiana University Center for Aging Research, Indianapolis, IN; Regenstrief Institute, Inc., Indianapolis, IN; Department of Psychiatry, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN. Elec: American Association for Geriatric Psychiatry. Published by Elsevier Inc; 2014;22(5):427–36.
  25. Valenstein M, Copeland LA, Blow FC, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L, et al. Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. Med Care. From the Department of Veterans Affairs, Serious Mental Illness Treatment, Research, and Evaluation Center (SMITREC), Health Services Research and Development (HSR&D) Center for Excellence, Ann Arbor, MI 48113-0170, USA. marciav@umich.edu; 2002;40(8):630–9.
  26. Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Steiner E, Schmitz M. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Kuratorium fur Psychosoziale Dienste, Mariannengasse 1/15, 1090 Vienna, Austria. psd-quasi@netway.at;

2002;37(6):276–82.

27. Hunt GE, Bergen J, Bashir M. Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophr Res*. Department of Psychological Medicine, University of Sydney, Rozelle Hospital, P.O. Box 1, N.S.W., 2039, Rozelle, Australia. ghunt@mail.usyd.edu.au; 2002;54(3):253–64.
28. Maples NJ, Copeland LA, Zeber JE, Li X, Moore TA, Dassori A, et al. Can medication management coordinators help improve continuity of care after psychiatric hospitalization? *Psychiatr Serv*. Department of Psychiatry, Division of Schizophrenia and Related Disorders, UT Health Science Center San Antonio, 7703 Floyd Curl Dr., MS 7797, San Antonio, TX 78229, USA. maplesn@uthscsa.edu; 2012;63(6):554–60.
29. Brekke JS, Ansel M, Long J, Slade E, Weinstein M. Intensity and continuity of services and functional outcomes in the rehabilitation of persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. School of Social Work, University of Southern California, Los Angeles 90089-0411, USA. brekke@usc.edu; 1999;50(2):248–56.
30. Craig TJ, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Bromet EJ. Rapid versus delayed readmission in first-admission psychosis: quality indicators for managed care? *Ann Clin Psychiatry*. Bronx Veterans Administration Medical Center, New York, USA.; 2000;12(4):233–8.
31. Druss BG, Rosenheck RA, Stolar M. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatr Serv*. Veterans Administration Northeast Program Evaluation Center, West Haven, CT 06516, USA. benjamin.druss@yale.edu; 1999;50(8):1053–8.
32. Gupta S, Hendricks S, Kenkel AM, Bhatia SC, Haffke EA. Relapse in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse? *Schizophr Res*. Omaha VA Medical Center, NE 68105, USA.; 1996;20(1-2):153–6.
33. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh Jr JL, Davis JM, Lewis DA. Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry*. Department of Psychiatry, Rush-Presbyterian-St. Luke’s Medical Center, Chicago, Ill.; 1995;152(6):856–61.
34. Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S. Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care. *Psychiatr Serv*. Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York State Psychiatric Institute 10032, USA.

- olfsonm@child.cpmc.columbia.edu; 1998;49(7):911-7.
35. Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S, Walkup J, Weiden PJ. Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* New York State Psychiatric Institute/Department of Psychiatry, College of Physicians & Surgeons of Columbia University, New York 10032, USA.; 1999;187(12):721-9.
  36. Ries RK, Russo J, Wingerson D, Snowden M, Comtois KA, Srebnik D, et al. Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorders. *Psychiatr Serv.* Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, The University of Washington School of Medicine at Harborview Medical Center, Seattle, Washington 98104, USA. rries@u.washington.edu; 2000;51(2):210-5.
  37. Papageorgiou G, Canas F, Zink M, Rossi A. Country differences in patient characteristics and treatment in schizophrenia: data from a physician-based survey in Europe. *Eur Psychiatry.* France; 2011 Mar;26(1 Suppl 1):17-28.
  38. Aizpuru F, Latorre K, Pérez de Arriba J, Mosquera F, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. *Atlas Variaciones la Práctica Médica.* 2008;3(1):199-216.
  39. Ministerio de Sanidad PS e I. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2009.
  40. Adair CE, McDougall GM, Mitton CR, Joyce AS, Wild TC, Gordon A, et al. Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* Department of psychiatry, University of Calgary, 3330 Hospital Drive, N.W., Calgary, Alberta, Canada T2N 4N1. ceadair@ucalgary.ca; 2005;56(9):1061-9.
  41. Bachrach LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry.* UNITED STATES; 1981;138(11):1449-56.
  42. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave.* 2009.
  43. NICE. National Instituto for Clinical Excellence. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London; 2003.
  44. Decullier E, Juillard L, Bailly M, Maurice C, Fave S, Roux A, et al. Use of a collaborative database for epidemiological analyses and

- professional practice evaluation. *J Eval Clin Pract.* England; 2012 Aug;18(4):854–60.
45. Schneeweiss S, Avorn J. A review of uses of health care utilization databases for epidemiologic research on therapeutics. *J Clin Epidemiol.* England; 2005 Apr;58(4):323–37.
  46. de Lusignan S. An educational intervention, involving feedback of routinely collected computer data, to improve cardiovascular disease management in UK primary care. *Methods Inf Med.* Germany; 2007;46(1):57–62.
  47. Lara B, Morales P, Blanco I, Vendrell M, de Gracia Roldan J, Monreal M, et al. [Respiratory disease registries in Spain: fundamentals and organization]. *Arch Bronconeumol.* Spain; 2011 Aug;47(8):389–96.
  48. Zurriaga Llorens O, Martinez Garcia C, Arizo Luque V, Sanchez Perez MJ, Ramos Aceitero JM, Garcia Blasco MJ, et al. [Disease registries in the epidemiological researching of rare diseases in Spain]. *Rev Esp Salud Publica.* Spain; 2006;80(3):249–57.
  49. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Registros, encuestas y sistemas de información del ámbito profesional y científico de interés para el Sistema Nacional de Salud. 2010.
  50. Jensen O, Parkin D, MacLennan R, Muir C, Skeet G. *Cancer Registration: Principles and Methods.* Lyon; 1991.
  51. Shi Q, You YN, Nelson H, Allen MS, Winchester D, Stewart A, et al. Cancer registries: a novel alternative to long-term clinical trial follow-up based on results of a comparative study. *Clin Trials.* England; 2010 Dec;7(6):686–95.
  52. Fang J, Kapral MK, Richards J, Robertson A, Stampelcoski M, Silver FL. The Registry of Canadian Stroke Network: an evolving methodology. *Acta Neurol Taiwan.* China (Republic: 1949- ); 2011 Jun;20(2):77–84.
  53. Asplund K, Hulter Asberg K, Appelros P, Bjarne D, Eriksson M, Johansson A, et al. The Riks-Stroke story: building a sustainable national register for quality assessment of stroke care. *Int J Stroke.* England; 2011 Apr;6(2):99–108.
  54. Baldasseroni S, Orso F, Fabbri G, De Bernardi A, Cirrincione V, Gonzini L, et al. Age-dependent prognostic significance of atrial fibrillation in outpatients with chronic heart failure: data from the Italian Network on Congestive Heart Failure Registry. *Cardiology.* Switzerland; 2010;116(2):79–88.
  55. Adelov C, Andell E, Amark P, Andersson T, Hellebro E, Ahlbom A, et

- al. Newly diagnosed single unprovoked seizures and epilepsy in Stockholm, Sweden: First report from the Stockholm Incidence Registry of Epilepsy (SIRE). *Epilepsia*. United States; 2009 May;50(5):1094–101.
56. Lerut JP, Orlando G, Adam R, Schiavo M, Klempnauer J, Mirza D, et al. The place of liver transplantation in the treatment of hepatic epitheloid hemangioendothelioma: report of the European liver transplant registry. *Ann Surg*. United States; 2007 Dec;246(6):949–57; discussion 957.
  57. Castello-Botia I, Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J. Artificial Nutritional Support Registries: systematic review. *Nutr Hosp*. Spain; 2009;24(6):711–6.
  58. Lu L-J, Wallace DJ, Navarra S V, Weisman MH. Lupus registries: evolution and challenges. *Semin Arthritis Rheum*. United States; 2010 Feb;39(4):224–45.
  59. Gerard E, Pack AM. Pregnancy registries: what do they mean to clinical practice? *Curr Neurol Neurosci Rep*. United States; 2008 Jul;8(4):325–32.
  60. Madsen M, Gudnason V, Pajak A, Palmieri L, Rocha EC, Salomaa V, et al. Population-based register of acute myocardial infarction: manual of operations. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. England; 2007 Dec;14 Suppl 3:S3–22.
  61. Loane M, Dolk H, Kelly A, Teljeur C, Greenlees R, Denssem J. Paper 4: EUROCAT statistical monitoring: identification and investigation of ten year trends of congenital anomalies in Europe. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. United States; 2011 Mar;91 Suppl 1:S31–43.
  62. Gissler M, Mohangoo AD, Blondel B, Chalmers J, Macfarlane A, Gaizauskiene A, et al. Perinatal health monitoring in Europe: results from the EURO-PERISTAT project. *Inform Health Soc Care*. England; 2010 Mar;35(2):64–79.
  63. Edwards A, Di Bartolomeo S, Chierigato A, Coats T, Della Corte F, Giannoudis P, et al. A comparison of European Trauma Registries. The first report from the EuroTARN Group. *Resuscitation*. Ireland; 2007 Nov;75(2):286–97.
  64. Capocaccia R, Gatta G, Roazzi P, Carrani E, Santaquilani M, De Angelis R, et al. The EURO CARE-3 database: methodology of data collection, standardisation, quality control and statistical analysis. *Ann Oncol*. England; 2003;14 Suppl 5:v14–27.
  65. Berrino F, Verdecchia A, Lutz JM, Lombardo C, Micheli A, Capocaccia



- R. Comparative cancer survival information in Europe. *European journal of cancer* (Oxford, England : 1990). England; 2009. p. 901–8.
66. Allebeck P. The use of population based registers in psychiatric research. *Acta Psychiatr Scand*. Denmark; 2009 Nov;120(5):386–91.
  67. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*. United States; 2008;30:67–76.
  68. Munk-Jorgensen P, Kastrup M, Mortensen PB. The Danish psychiatric register as a tool in epidemiology. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. DENMARK; 1993;370:27–32.
  69. Munk-Jorgensen P, Mortensen PB. Incidence and other aspects of the epidemiology of schizophrenia in Denmark, 1971-87. *Br J Psychiatry*. ENGLAND; 1992 Oct;161:489–95.
  70. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* (London, England). England; 2002 Oct;360(9340):1126–30.
  71. Perera G, Soremekun M, Breen G, Stewart R. The psychiatric case register: noble past, challenging present, but exciting future. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. England; 2009. p. 191–3.
  72. Loffler W, Hafner H, Fatkenheuer B, Maurer K, Riecher-Rossler A, Lutzhoft J, et al. Validation of Danish case register diagnosis for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. DENMARK; 1994 Sep;90(3):196–203.
  73. Smeets HM, Laan W, Engelhard IM, Boks MPM, Geerlings MI, de Wit NJ. The psychiatric case register middle Netherlands. *BMC Psychiatry*. England; 2011;11:106.
  74. Smeeton NC, Corbin DOC, Hennis AJ, Hambleton IR, Fraser HS, Wolfe CDA, et al. A comparison of acute and long-term management of stroke patients in Barbados and South London. *Cerebrovasc Dis*. Switzerland; 2009;27(4):328–35.
  75. O’Mullane M, McHugh S, Bradley CP. Informing the development of a national diabetes register in Ireland: a literature review of the impact of patient registration on diabetes care. *Inform Prim Care*. England; 2010;18(3):157–68.
  76. van der Veer SN, de Keizer NF, Ravelli ACJ, Tenkink S, Jager KJ. Improving quality of care. A systematic review on how medical registries provide information feedback to health care providers. *Int J*

- Med Inform. Ireland; 2010 May;79(5):305–23.
77. Ray WA. Improving automated database studies. *Epidemiology. United States*; 2011 May;22(3):302–4.
  78. de Lusignan S, Chan T, Wood O, Hague N, Valentin T, Van Vlymen J. Quality and variability of osteoporosis data in general practice computer records: implications for disease registers. *Public Health. England*; 2005 Sep;119(9):771–80.
  79. Adolfsson ET, Rosenblad A. Reporting systems, reporting rates and completeness of data reported from primary healthcare to a Swedish quality register--the National Diabetes Register. *Int J Med Inform. Ireland*; 2011 Sep;80(9):663–8.
  80. Aparicio Besauri V. Evaluación de servicios de salud mental. Madrid; 1993.
  81. Lavik NJ. Utilization of mental health services over a given period. *Acta Psychiatr Scand. DENMARK*; 1983 Jun;67(6):404–13.
  82. Barbui C, Ciuna A, Nose M, Levi D, Andretta M, Patten SB, et al. Drug treatment modalities in psychiatric inpatient practice: a 20-year comparison. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Germany*; 2005 Apr;255(2):136–42.
  83. Moreno-Küstner B. Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos. Universidad de Granada; 1998.
  84. World Health Organization. Psychiatric case registers. Report on a working group. Copenhagen; 1983.
  85. Beguiristain JM, Arrazola A, Elizalde B, Alkiza ME. [Singularization processes: a proposal for continuity between clinical activity and health policy objectives]. *Gac Sanit. Spain*; 2005;19(2):168–71.
  86. Bastian L, Bennett CL, Adams J, Waskin H, Divine G, Edlin BR. Differences between men and women with HIV-related *Pneumocystis carinii* pneumonia: experience from 3,070 cases in New York City in 1987. *J Acquir Immune Defic Syndr. UNITED STATES*; 1993 Jun;6(6):617–23.
  87. Kaplan V, Angus DC, Griffin MF, Clermont G, Scott Watson R, Linde-Zwirble WT. Hospitalized community-acquired pneumonia in the elderly: age- and sex-related patterns of care and outcome in the United States. *Am J Respir Crit Care Med. United States*; 2002 Mar;165(6):766–72.
  88. Maganti M, Rao V, Cusimano RJ. Sex differences in resource use after on-pump and off-pump coronary artery bypass surgery: a propensity



- score-matched cohort. *Can J Cardiol. Canada*; 2009 May;25(5):e151–6.
89. Hansson L, Sandlund M. Utilization and patterns of care in comprehensive psychiatric care organizations. A review of studies and some methodological considerations. *Acta Psychiatr Scand. DENMARK*; 1992 Oct;86(4):255–61.
  90. Hobbs P, Deavoll B, Abernethy P. Psychiatric service use: a cohort study of first attenders. *Acta Psychiatr Scand. DENMARK*; 1992 Oct;86(4):313–9.
  91. Sajatovic M, Vernon L, Semple W. Clinical characteristics and health resource use of men and women veterans with serious mental illness. *Psychiatr Serv. UNITED STATES*; 1997 Nov;48(11):1461–3.
  92. Friedman JI, Harvey PD, Coleman T, Moriarty PJ, Bowie C, Parrella M, et al. Six-year follow-up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: a comparison with Alzheimer's disease and normal aging. *Am J Psychiatry. United States*; 2001 Sep;158(9):1441–8.
  93. Horan WP, Goldstein G. A retrospective study of premorbid ability and aging differences in cognitive clusters of schizophrenia. *Psychiatry Res. Ireland*; 2003 Jun;118(3):209–21.
  94. Ginsberg G, Lerner Y, Mark M, Popper M. Prior hospitalization and age as predictors of mental health resource utilization in Israel. *Soc Sci Med. ENGLAND*; 1997 Mar;44(5):623–33.
  95. Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE, Walton JM, Allen JL, Constable PM, et al. Comparisons between schizophrenia patients recruited from Australian general practices and public mental health services. *Acta Psychiatr Scand. Denmark*; 2002 May;105(5):346–55.
  96. Sarlon E, Heider D, Millier A, Azorin J-M, Konig H-H, Hansen K, et al. A prospective study of health care resource utilisation and selected costs of schizophrenia in France. *BMC Health Serv Res. England*; 2012;12:269–76.
  97. Leitao RJ, Ferraz MB, Chaves AC, Mari JJ. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of Sao Paulo. *Rev Saude Publica. Brazil*; 2006 Apr;40(2):304–9.
  98. Kopala L, Smith G, Malla A, Williams R, Love L, Talling D, et al. Resource utilization in a Canadian national study of people with schizophrenia and related psychotic disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl. Denmark*; 2006;(430):29–39.
  99. Xue Q, Xiong X, Feng Y, Yao L, Chen S, Xiang L. Socioeconomic

factors influencing antipsychotic prescription for schizophrenia inpatients in China: a cross-sectional study. *Int Clin Psychopharmacol*. England; 2014 Sep;29(5):288–95.

100. Bera R, Offord S, Zubek D, Lau G, Lin J, Karson C. Hospitalization resource utilization and costs among Medicaid insured patients with schizophrenia with different treatment durations of long-acting injectable antipsychotic therapy. *J Clin Psychopharmacol*. United States; 2014 Feb;34(1):30–5.
101. Offord S, Wong B, Mirski D, Baker RA, Lin J. Healthcare resource usage of schizophrenia patients initiating long-acting injectable antipsychotics vs oral. *J Med Econ*. England; 2013;16(2):231–9.
102. Mehnert A, Nicholl D, Pudas H, Martin M, McGuire A. Cost effectiveness of paliperidone palmitate versus risperidone long-acting injectable and olanzapine pamoate for the treatment of patients with schizophrenia in Sweden. *J Med Econ*. England; 2012;15(5):844–61.
103. Hu J-X, Yu L, Shi Y-Y, Zhao X-Z, Meng J-W, He G, et al. An association study between PPP1R1B gene and schizophrenia in the Chinese population. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. Bio-X Center, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai, China lyu01@sibs.ac.cn helin@bio-x.cn; Shanghai Institute of Mental Health, Shanghai, China; He, Lin,294 Taiyuan Road,Shanghai,China,200031,Institute for Nutritional Sciences, Shanghai Institutes for: Elsevier Science; 2007;31(6):1303–6. Available from: [http://lw3ne3md9a.search.serialssolutions.com/?ctx\\_ver=Z39.88-2004&ctx\\_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft\\_id=info:sid/ProQ%3Apsycinfo&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.jtitle=Progress+in+Neuro-Psychopharmacology+%26+Biological+Psy](http://lw3ne3md9a.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%3Apsycinfo&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.jtitle=Progress+in+Neuro-Psychopharmacology+%26+Biological+Psy)
104. Carswell C, Wheeler A, Vanderpyl J, Robinson E. Comparative effectiveness of long-acting risperidone in New Zealand: a report of resource utilization and costs in a 12-month mirror-image analysis. *Clin Drug Investig*. New Zealand; 2010;30(11):777–87.
105. Barnett AH, Millar HL, Loze J-Y, L'Italien GJ, van Baardewijk M, Knapp M. UK cost-consequence analysis of aripiprazole in schizophrenia: diabetes and coronary heart disease risk projections (STAR study). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. Germany; 2009 Jun;259(4):239–47.
106. Van Duin D, Franx G, Van Wijngaarden B, Van Der Gaag M, Van Weeghel J, Slooff C, et al. Bridging the science-to-service gap in


schizophrenia care in the Netherlands: the Schizophrenia Quality Improvement Collaborative. *Int J Qual Health Care*. Trimbos-instituut, PO Box 725, 3500 AS Utrecht, The Netherlands. dduin@trimbos.nl.; 2013;25(6):626–32.

107. Fontanella CA, Guada J, Phillips G, Ranbom L, Fortney JC. Individual and contextual-level factors associated with continuity of care for adults with schizophrenia. *Adm Policy Ment Health*. Department of Psychiatry, The Ohio State University, 1670 Upham Drive, Columbus, OH, 43210, USA, fontanella.4@osu.edu.; 2014;41(5):572–87.
108. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. UNITED STATES; 1992;22(3):429–45.
109. World Health Organization. *Los hechos probados*. 2003.
110. Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. *Rev Cuba Salud Pública*. 2007;33(1).
111. Novakovic V, Barkin RL, Hamner MB, LeClear O'Connell K. Schizophrenia: improving the continuity of care to ensure optimal patient outcomes. *Dis Mon*. Department of Psychiatry, James J. Peters VA Medical Center, Mount Sinai School of Medicine, Bronx, New York, USA.; 2012;58(7):395–409.

## 9. ANEXOS

### ANEXO 1. Cuaderno de recogida de datos original.

Servicio Regional de Salud  
DISPOSITIVO \_\_\_\_\_

 **Comunidad de Madrid**  
Consejería de Salud

FECHA [ ][ ][ ][ ][ ][ ] (Escribir en la forma DDMMAA)

**FICHA DE ASISTENCIA**

N.º Historia Clínica [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	PROGRAMAS [ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
<b>TRANSVERSALES</b>		<b>LONGITUDINALES</b>	
<b>TIPO DE PRESTACION</b> - Evaluación en el centro = 01 - Evaluación fuera del centro = 02 - Atención ambulatoria = 03 - Atención domiciliaria = 04 - Urgencia = 05 - Apoyo atención primaria = 06 - Apoyo urgencia sanitaria general = 07 - Interconsulta hospitalaria = 08 - Apoyo Servicios Sociales y comunitarios = 09 - Rehabilitación y reinserción social = 10 - Feriadas = 11 - Apoyo a Servicios Educativos = 12	<b>MODALIDADES DE ATENCION</b> - Tratamiento farmacológico = 01 - Terapia individual = 02 - Terapia de grupo = 03 - Terapia de familia = 04 - Terapia de pareja = 05 - Atención con personas relacionadas = 06 - Tratamiento farmacológico + otra terapia individual = 07 - Otras combinaciones = 08 - Grupos de apoyo = 09 - Consulta terapéutica = 10 - Entrevista con padres = 11 - Trabajo social = 12	<b>GRUPOS</b> - Infanto-Juvenil = 1 - Tercera Edad = 2 - Adultos = 3 - Drogodependen = 4 - Alcoholismo = 5 - Rehabilitación y reinserción social = 6	<b>CODIGO IDENTIFICACION</b> Sexo (V-M) [ ][ ] Iniciales nombre y apellidos [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año [ ][ ][ ] Fecha de nacimiento En nombre o apellidos compuestos, usar siempre el primero.

DIAGNOSTICO 1.º [ ][ ][ ][ ][ ][ ] PROFESIONALES 1 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 2 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 3 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

DIAGNOSTICO 2.º [ ][ ][ ][ ][ ][ ] (Inicial nombre, inicial primer apellido, inicial segundo apellido)  
(Según ICD 9.º, OMS)

**MODIFICACION A LA HOJA DE DATOS INICIALES**


Anote el nombre del campo a modificar y el nuevo código del mismo \_\_\_\_\_

NUEVO CODIGO \_\_\_\_\_ EJEMPLAR PARA PROCESO DE DATOS

¿Acude el paciente a la cita? (S/N)

Fig. 2.—Ficha de asistencia.

Servicio Regional de Salud  
DISPOSITIVOS \_\_\_\_\_

 **Comunidad de Madrid**  
Consejería de Salud

**FICHA DE ALTA**

<b>INGRESO</b>	Fecha de ingreso [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	N.º Historia [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
	PROCEDENCIA [ ][ ][ ][ ][ ][ ]		<b>CODIGO IDENTIFICACION</b> Sexo (V-M) [ ][ ] Iniciales nombre y apellidos [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año [ ][ ][ ] Fecha de nacimiento En nombre o apellidos compuestos, usar siempre el primero.
<b>ALTA</b>	Fecha de alta [ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
	<b>MOTIVO DEL ALTA</b> - Fin de Estudio = 01 - Fin de Estudio y Derivación = 02 - Fin de Tratamiento = 03 - Fin de Tratamiento y Derivación = 04 - Alta Voluntaria = 05 - Abandono = 06 - Derivación = 07 - Muerte = 08 - Suicidio = 09 - Cambio de Residencia = 10 - Ruptura Contrato Terapéutico = 11	<b>DERIVACION</b> DIAGNOSTICO FINAL 1 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] DIAGNOSTICO FINAL 2 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] - La codificación de "DERIVACION" es la misma que la de "PROCEDENCIA" - Los diagnósticos según la ICD 9.º, OMS	EJEMPLAR PARA EL CENTRO

SPM-11

Fig. 3.—Ficha de alta.

## ANEXO 2. Comunicación científica presentada al I Congreso Internacional, Nacional y II Autonómico de Enfermeras Gestoras de Casos (Córdoba, España, Noviembre 2015).

**I CONGRESO INTERNACIONAL, NACIONAL Y II AUTONÓMICO DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS**  
*Experiencias, realidades e innovaciones en la gestión de casos*

REAL JARDÍN BOTÁNICO  
 5 y 6 de Noviembre · Córdoba 2015

### Análisis de la tasa de ingreso agudo en personas diagnosticadas de esquizofrenia

Cuesta Lozano D<sup>1</sup>, Morales Asensio JM<sup>2</sup>, Fernández Liria A<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> – AGC Salud Mental del H.U. Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares (Madrid).

<sup>2</sup> – Departamento de Enfermería y Podología de la Universidad de Málaga, Málaga.

#### Introducción

Uno de los fenómenos más estudiados en salud mental (1-2) son los ingresos hospitalarios, su duración y su número. Existe relación entre situaciones que afectan a la gestión de casos como la falta de adhesión a las recomendaciones, las actividades o el tratamiento farmacológico y los ingresos hospitalarios (1), de manera que a menor adhesión a los cuidados, mayor es el riesgo de sufrir una descompensación y un ingreso hospitalario (3-5).

#### Objetivos

1. Analizar la tasa de ingreso agudo en función del tipo de servicio que origina la derivación.
2. Analizar la tasa de ingreso agudo en función del tipo de diagnóstico.
3. Analizar la tasa de ingreso agudo en función del área sanitaria.

#### Material y método

Estudio observacional analítico. La población a estudio comprende personas diagnosticadas de psicosis no orgánicas en las áreas 3 y 9 de la Comunidad de Madrid entre 1995 y 2005, un total de 4582 sujetos. Al tener acceso a la totalidad de la población no se procede a muestreo.

Se analiza la tasa de ingreso hospitalario relacionándola con el tipo de servicio, diagnóstico y área sanitaria de referencia, entre 1995 y 2005. El análisis estadístico se ha realizado mediante tablas de contingencia contrastando la independencia de las variables mediante chi-cuadrado.

#### Resultados

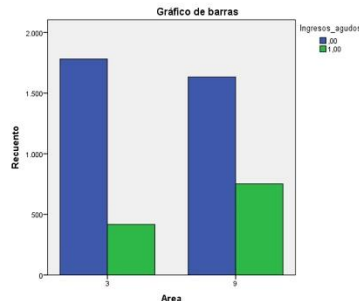
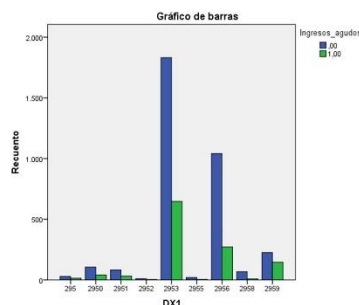
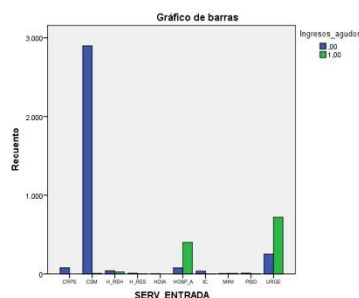
Encontramos relación estadísticamente significativa entre el número de ingresos agudos y el servicio en que se atiende a la persona (Gráfico 1), así como entre el número de ingresos agudos y el subtipo de esquizofrenia diagnosticado a la persona ingresada (Gráfico 2), y entre el número de ingresos agudos y el área sanitaria de referencia (Gráfico 3).

#### Conclusiones

- Existe una correlación significativa entre el área sanitaria, el servicio en que una persona es atendida y la patología médica de que está diagnosticada y los ingresos hospitalarios en unidades de agudos.
- Son necesarias más medidas de gestión de casos para la disminución del número de ingresos hospitalarios que suponga un ahorro en el coste de los servicios y, principalmente, en el sufrimiento de las personas diagnosticadas de esquizofrenia que se encuentran en las situaciones descritas y las familias de estos.

#### Bibliografía

- (1) Prince JD. Practices preventing rehospitalization of individuals with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2006 Jun;194(6):397-403.
- (2) Hendrie HC, Tu W, Tabbey R, Purnell CE, Ambuehl RJ, Callahan CM. Health outcomes and cost of care among older adults with schizophrenia: a 10-year study using medical records across the continuum of care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014 May;22(5):427-436.
- (3) Valenstein M, Copeland LA, Blow FC, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L, et al. Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. *Med Care* 2002 Aug;40(8):e330-e339.
- (4) Berghofer G, Schmidt F, Rudas S, Steiner E, Schmitz M. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002 Jun;37(6):276-282.
- (5) Hunt GE, Bergen J, Bashir M. Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophr Res* 2002 Apr 1;54(3):253-264.





# I CONGRESO INTERNACIONAL, NACIONAL Y II AUTONÓMICO DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS

*Experiencias, realidades e innovaciones  
en la gestión de casos*

## CERTIFICADO

La comunicación **PÓSTER P107: ANÁLISIS DE LA TASA DE INGRESO AGUDO EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE ESQUIZOFRENIA** ha sido presentada por los autores: **Daniel Cuesta Lozano, José Miguel Morales Asencio, Alberto Fernández Liria** en el **I Congreso Internacional, Nacional y II Autonómico de Enfermeras Gestoras de Casos**, celebrado en Córdoba los días 5 y 6 de Noviembre de 2015.

Córdoba, 6 de Noviembre de 2015



**Dña. Maribel Casado Mora**  
Presidenta del Comité Científico



**Dña. Ángeles Pastor López**  
Presidenta del Comité Organizador

**ANEXO 3.** Manuscrito aprobado para su publicación en Presencia Revista de Enfermería de Salud Mental.

HEMEROTECA CANTARIDA

**Plantilla para la composición de artículos científicos**

<b>Ref.:</b>		Envíe el documento debidamente cumplimentado a Secretaria Editorial de Hemeroteca Cantárida <a href="mailto:secretaria@ciberindex.com">secretaria@ciberindex.com</a> indicando la revista donde desea publicar su artículo con preferencia
--------------	--	--

<b>Título del Artículo</b>	Análisis de la utilización de servicios de salud mental en función de las características sociodemográficas de personas diagnosticadas de esquizofrenia
<b>Revista elegida con preferencia</b>	Presencia
<b>Sección de la revista</b>	Originales
<b>Motivos de su elección</b>	
Otras revistas de la Hemeroteca Cantárida donde podría publicarlo	
Observaciones que desee realizar a los editores	

<b>Datos del autor o autora responsable del artículo</b>	
Nombre	Daniel
Apellidos	Cuesta Lozano
Centro de trabajo	Área de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
Dirección postal	Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Ctra. Alcalá – Meco, S/N (Campus Universitario). 28805
Ciudad/País	Alcalá de Henares (Madrid)
Teléfono	
Correo electrónico	danielcues@gmail.com

**Declaro** (hacer doble clic sobre la casilla y señalar "activada", la no activación de algún punto dará lugar al rechazo del artículo sin ser evaluado)

<input checked="" type="checkbox"/> Que es un trabajo original. <input checked="" type="checkbox"/> Que no ha sido previamente publicado en otro medio. <input checked="" type="checkbox"/> Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación. <input checked="" type="checkbox"/> Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo. <input checked="" type="checkbox"/> Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido, y por tanto no hay ninguna razón para introducir cambios en los mismos una vez iniciado el proceso de evaluación.	<input checked="" type="checkbox"/> Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración del manuscrito, y si pudiera haberlos por mediar financiación u otros apoyos, los autores se comprometen a declararlos en el apartado correspondiente. <input checked="" type="checkbox"/> Que el manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada. <input checked="" type="checkbox"/> Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la revista.
---	--

<b>Datos preliminares</b>	
<b>Atención: no utilice TODO MAYÚSCULAS ni <b>negrita</b> en ninguna parte del documento</b>	
<b>Título</b>	Análisis de la utilización de servicios de salud mental en función de las características sociodemográficas de personas diagnosticadas de esquizofrenia
<b>Autores por orden de aparición</b>	Daniel Cuesta Lozano (1,6,8) José Miguel Morales Asencio (2) Alberto Fernández Liria (1,7) Carlos González Juárez (3) Ana Carralero Montero (4,6,8) Raquel Ruiz-Íñiguez (5,8)
<b>Centro/institución</b>	(1) Área de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Ctra. Alcalá – Meco, S/N (Campus Universitario). 28805, Alcalá de Henares (Madrid) (2) Departamento de Enfermería y Podología. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga. C/ Arquitecto Francisco Peñalosa, 3. 29071, Málaga. (3) Hospital Universitario Severo Ochoa. Avenida de Orellana, S/N. 28911, Leganés (Madrid) (4) Centro de Salud Mental San Blas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. C/ Castillo de Uclés, 35. 28037, Madrid. (5) Hospital de Día de Adultos de Salud Mental. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Avda. de la Constitución,



	<p>3. 13600, Alcázar de San Juan (Ciudad Real).</p> <p>(6) Profesor asociado. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá</p> <p>(7) Profesor asociado. Departamento de Medicina Especialidades Médicas. Universidad de Alcalá</p> <p>(8) Miembro de la Cátedra de Investigación Francisco Ventosa.</p>
<b>Dirección para correspondencia</b> <small>(solo del autor principal)</small>	C/ Henares, 1. Edif 4 Port 5, 1º A. 28816, Camarma de Esteruelas (Madrid)
<b>Dirección e-mail</b> <small>(solo del autor principal)</small>	danielcues@gmail.com

**Resumen** no superior a 150 palabras

Atención: no utilice TODO MAYÚSCULAS ni **negrita** en ninguna parte del documento. Utilice el siguiente esquema para artículos de investigación, para otros formatos elabore un esquema propio

**RESUMEN**

**Introducción:** Un fenómeno muy estudiado en salud mental son los ingresos hospitalarios. Existe relación entre situaciones como la falta de adhesión y los ingresos hospitalarios: a menor adhesión a los cuidados, mayor es el riesgo de sufrir una descompensación y un ingreso hospitalario.

**Objetivos:** Analizar patrones de uso de servicios de salud mental de personas diagnosticadas de esquizofrenia en función de variables sociodemográficas (área sanitaria, edad y sexo).

**Método:** Estudio observacional analítico. Se analiza la tasa de ingreso hospitalario relacionándola con el sexo, la edad y el área sanitaria de referencia, entre 1995 y 2005. El análisis estadístico se ha realizado mediante tablas de contingencia y chi-cuadrado.

**Resultados:** Encontramos relación estadísticamente significativa entre el uso de servicios hospitalarios y la edad y el sexo de la persona atendida, así como entre ese uso de recursos hospitalarios en general y el número de ingresos agudos en particular con el área sanitaria.

**PALABRAS CLAVE**

Continuidad de cuidados, esquizofrenia, uso de servicios sanitarios.

--

**Abstract** La traducción del resumen al inglés debe realizarse con arreglo a las reglas gramaticales y sintácticas de este idioma, debiendo evitarse la utilización de traductores electrónicos

<b>Traducción del título</b>	Analysis of the use of mental health services based on the demographic characteristics of people diagnosed with schizophrenia
------------------------------	---

**ABSTRACT**

Introduction: The hospital admission is one of the most studied processes in the mental health services. There is a correlation between the non-compliance conduct and the admission in a hospital service.

The aim of this article is to analyse the utilization of mental health services by persons diagnosed of schizophrenia in order to socio-demographic factors.

Method: Observational study. We analyse the hospital admission establishing its relation with the place of residence, the sex and the age in a sample of persons diagnosed of schizophrenia living in Madrid from 1995 to 2005. The statistical analysis was made by cross-tabs and chi square.

Results: We found correlation between the utilization of mental health services and the sex and the age of individuals diagnosed of schizophrenia, as well as between the place of residence and the utilization of mental health services in general and the hospital admission specifically.

**KEYWORDS**

Continuity of care, schizophrenia, health services utilization.

**Cuerpo del Artículo** esta sección no debe superar el tamaño de 4000 palabras (condición obligatoria para iniciar su evaluación en revistas impresas)

<b>Siga las siguientes recomendaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evite la utilización de opciones automáticas para las citas ni en otras partes del documento, por ejemplo "notas a pie de página", "nota final", "numeración automática", "guionado automático", etc.</li> <li>-Evite la utilización de numeración automática para ordenar la bibliografía, utilice formato de texto normal</li> <li>-Incluya las tablas en el lugar del texto donde correspondan</li> </ul>
--	--



	<p>-Adjunte archivos en formato gráfico (jpg o tif) de los gráficos e ilustraciones, indicando el lugar del texto donde colocarlos</p> <p>-Siga las normas para los autores en revistas del entorno Cantárida (<a href="http://www.index-f.com/estilo.php">http://www.index-f.com/estilo.php</a>)</p> <p>Escriba a continuación el texto de la comunicación utilizando el formato por defecto (Tipo de letra Times New Roman de 12 pulgadas a espacio sencillo)</p>
--	---

Escriba el texto a partir de aquí

## INTRODUCCIÓN

El modelo comunitario de atención a la salud mental se caracteriza por comprender y actuar en el contexto donde se producen los problemas psiquiátricos o trastornos de conducta, la comunidad, así como por dar a la promoción y al mantenimiento del bienestar mental una prioridad igual a la del tratamiento del trastorno. También por buscar el origen y los factores de corrección de los trastornos mentales en determinantes socioculturales de la conducta humana, además de en los biológicos y psicológicos (1).

Los principales movimientos en pro de la Reforma Psiquiátrica sucedieron paralelos en varias partes del mundo. En España se partía de un posicionamiento político-administrativo diferente. El régimen político, siguiendo la inercia histórica, se apoyaba en instituciones religiosas en un sistema, marcadamente asilar, que se caracterizaba por una gran variabilidad en la asistencia debida a las diferentes concepciones que tenía cada congregación religiosa de la psiquiatría (1).

Las personas asiladas en estas instituciones se ocultaban a la sociedad por conductas entendidas como inapropiadas, amparándose en el concepto estigmatizante del loco y su peligrosidad social (2). Se las sometía a un trato que, desde una postura paternalista, llegaba a ser autoritario, quedando marginadas, relegadas y aisladas de la sociedad, y a veces privadas de su voluntad y libertades individuales (1). El hospital psiquiátrico se convierte así en la *Institución Total* que E. Goffman señalaba en 1961, un complejo asilo con fines asistenciales que tiene tendencias absorbentes materializadas en los obstáculos existentes que se oponen a la interacción social del interno, que le despersonaliza, discapacita y desocializa imposibilitándole su rehabilitación y reinserción social y condenándole a permanecer permanentemente dentro de los muros del psiquiátrico (3). En oposición a esto, el modelo comunitario propugna una atención integral, dentro del sistema sanitario público y ligado a una red de dispositivos comunitarios de asistencia socio-sanitaria (1). La desinstitucionalización requirió planes específicos de actuación, sistemas de reinserción social y desarrollo de programas de autocuidados, de manejo del dinero, de habilidades sociales y de relación que les permitieran desenvolverse con garantía en un medio a veces hostil (1).

Es en 1985 cuando se reúne la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, señalando las necesidades de transformación del sistema hasta entonces vigente. Entre esas necesidades, señala la de acabar con un sistema que consumía una ingente cantidad de recursos sin que se acompañase del correspondiente rendimiento terapéutico y, en consecuencia, de articular una red asistencial que contemple también la prevención y las tareas de reinserción social (4). Propone como objetivos potenciar las acciones de protección de la salud mental y atención psiquiátrica dentro del entorno social propio de la población en riesgo y reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica. Señalando así, de forma coherente con el modelo comunitario, la necesidad de reducir en última instancia el número y la duración de las estancias hospitalarias motivadas por problemas de salud mental (4). Desde esta adopción del modelo comunitario, uno de los fenómenos más estudiados en lo referente a los servicios de salud mental en general (5), y a la atención a personas diagnosticadas de esquizofrenia en particular (6,7), es el relativo a los ingresos hospitalarios, y a cómo acortar su duración y reducir su número. También se da desde muy pronto una gran importancia a la adhesión de las personas atendidas a los cuidados ofertados, tanto en términos de cumplimiento de las recomendaciones dadas por los profesionales, como de asistencia a actividades y toma de los tratamientos farmacológicos prescritos. Diferentes estudios han establecido una relación entre esta falta de adhesión y las descompensaciones psicopatológicas e ingresos hospitalarios (5), de manera que a menor adhesión a los cuidados, mayor es el riesgo de sufrir una descompensación y un ingreso hospitalario (8–11). La bibliografía que testimonia las altas tasas de ingresos en la población diagnosticada de esquizofrenia es amplia e histórica, y establece como uno de los factores determinantes de esas estancias hospitalarias la falta de adhesión a las recomendaciones de los profesionales (5,9,10,12–19).

La hospitalización es el efecto más indeseado desde el punto de vista de la asistencia por su alto coste económico y humano (5). Por tanto, debe ser entendida como un fracaso terapéutico. Asumiendo el modelo comunitario, los servicios sanitarios tienen como objetivo primordial el mantenimiento de todos sus usuarios en la comunidad a la que pertenecen, donde está su vida diaria y donde se relacionan con su familia, amigos y demás redes sociales. Si en alguna ocasión no es posible ayudar a que la persona se mantenga en esta comunidad, cerca de estas redes, los servicios sanitarios habrán fracasado en su objetivo, por lo que la hospitalización, que conlleva extraer a la persona del medio en el que debemos contribuir a mantenerla, supone un fracaso terapéutico mayor cuanto más largas o repetidas sean las hospitalizaciones.

Las comparaciones internacionales ofrecen escenarios de amplia variabilidad en las tasas de hospitalización de las personas con esquizofrenia, a igualdad de características sociodemográficas, posiblemente ligadas a una diferente oferta y organización de servicios (20).

En nuestro país, los estudios llevados a cabo por el grupo de Variaciones de la Práctica Médica (21), mostraron una variabilidad importante entre las diferentes provincias. Asumiendo que la variabilidad siempre va en detrimento de la calidad en la práctica clínica, es interesante conocer qué factores son aquellos que se relacionan con estas variaciones. Es esperable cierta tasa de variabilidad en términos de hospitalización por diferentes causas, descrita ya en la bibliografía (22), que se da transversalmente en todos los grupos por sexo y edad estudiados. Sin embargo, las variaciones son demasiado importantes como para asumirlas sin cuestionamiento, por lo que es interesante analizar las condiciones en que se dan (Gráfico 1).

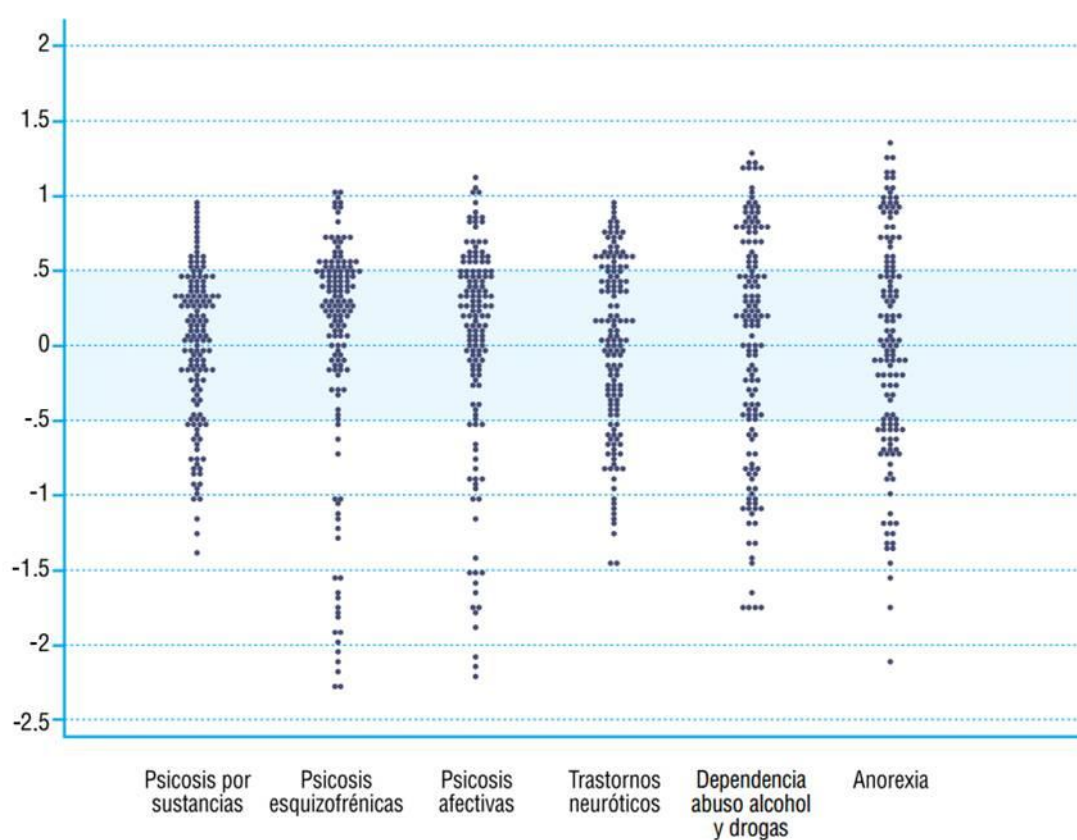


Gráfico 1: Variabilidad en las tasas estandarizadas de ingresos hospitalarios según área de salud de residencia. Cada punto representa un área de salud (Escala logarítmica).

Los factores asociados a esta variabilidad se pueden dividir entre aquellos ligados a la oferta de servicios y aquellos ligados a la demanda de los mismos. La oferta ha tenido un desarrollo asistencial desigual en todo el territorio español. Uno de los aspectos que confirman esta afirmación es la comprobación de que existen áreas sanitarias en las que la probabilidad de ser ingresado en un hospital es sistemáticamente mayor que en otras. Se ha encontrado una correlación moderada o alta a este respecto entre varias condiciones clínicas, siendo casi perfecta la correlación entre las tasas de ingreso hospitalario de personas diagnosticadas de

esquizofrenia y de aquellas diagnosticadas con algún tipo de trastorno afectivo con síntomas psicóticos (21). Así, esa tendencia a ser ingresado independientemente del diagnóstico podría ser explicada por el área sanitaria a la que se pertenece (Gráfico 2).

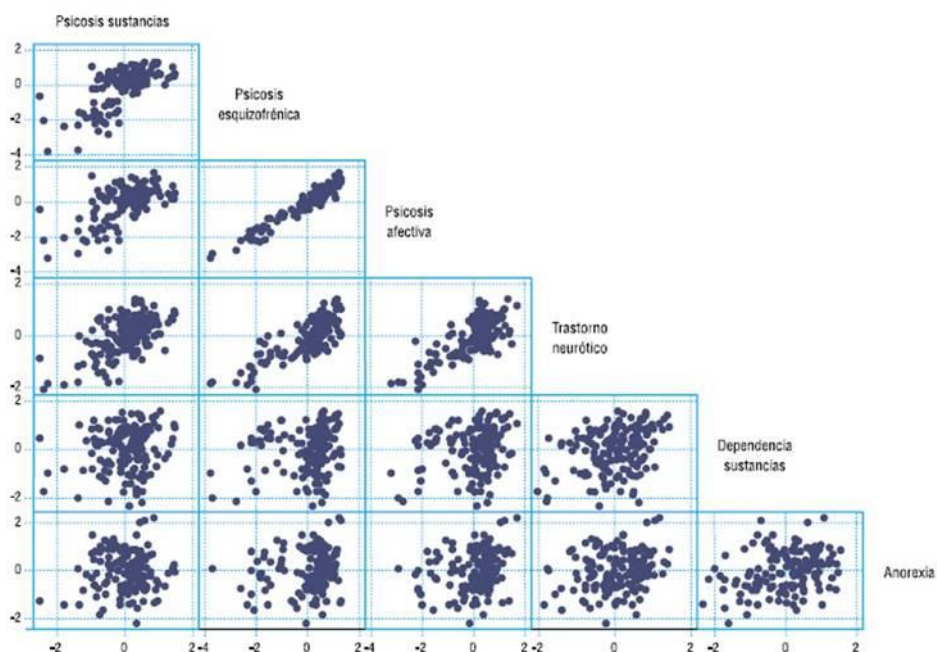


Gráfico 2. Relación entre las tasas de hospitalizaciones de las distintas condiciones clínicas.

De forma más concreta, podemos analizar la relación entre la disponibilidad de recursos hospitalarios dispuestos para dar respuesta a situaciones agudas y de aquellos dispuestos para atender situaciones crónicas. Encontramos cómo, para las personas diagnosticadas de esquizofrenia, los recursos se correlacionan con las tasas de ingreso. Destaca una alta correlación con el número de médicos en recursos de atención a situaciones agudas presentan, es decir, a mayor cantidad de médicos en recursos de atención en situación aguda, más ingresos hospitalarios de personas diagnosticadas de esquizofrenia (Tabla 1) (21).

	Coefficiente de correlación	P
Médicos en centros de agudos	0,41	0,01
Camas en centros de agudos	0,03	0,86
Médicos en centros de crónicos	-0,38	0,04

Camas en centros de crónicos	-025	0,17
------------------------------	------	------

*Tabla 1. Relación entre los recursos asistenciales por 1000 habitantes y la tasa de hospitalización en centros de atención a situaciones agudas.*

Por último, también en relación con la oferta de servicios, es necesario analizar la influencia que las distintas políticas de salud tienen en las variaciones señaladas. Encontramos que las tasas de hospitalización varían entre el 0,52 y el 11,18 ingresos por 10.000 habitantes y año (21). Estructurando las áreas sanitarias en tres niveles en función de la propensión a ser hospitalizado a partir de los parámetros explicados, para una persona diagnosticada de esquizofrenia, vivir en un área sanitaria de alta propensión a hospitalizar implica un riesgo 3,5 veces mayor que vivir en otro área sanitaria que sea de baja propensión a hospitalizar (21).

Por otro lado, pueden ser analizados aquellos factores que tienen que ver con la demanda de servicios. Estos factores son intrínsecos al sujeto y no dependen por tanto de la configuración de los servicios ofertados, pero en la medida en que condicionen la utilización de los recursos, deben ser analizados y contemplados para una correcta oferta asistencial:

- La edad condiciona la demanda que una persona diagnosticada de esquizofrenia hace de servicios sanitarios. Se constata una disminución de esta demanda a medida que aumenta la edad del sujeto (21,23). Esta disminución es especialmente importante en mayores de 65 años para todos los trastornos mentales en general, excepto para aquellos relacionados con el consumo de alcohol o sustancias (21).
- El sexo es otra variable condicionante, las tasas estandarizadas son levemente mayores en hombres que en mujeres, llegando a 1,5 veces en el caso del diagnóstico de esquizofrenia (21).
- El gradiente social puede del mismo modo ayudar a explicar desde el punto de vista de la demanda las variaciones que se observan en los ingresos hospitalarios. En el Atlas de Variaciones de la Práctica Médica se consideraron tres factores ecológicos para determinar este gradiente social: la renta disponible en el área, el nivel de instrucción y la tasa de paro. Los resultados mostraron que, aunque se observa alguna tendencia en el caso de las personas diagnosticadas de esquizofrenia, no hay significación estadística (21).

En resumen, observamos cómo el fenómeno de la hospitalización en salud mental se da con unas características y frecuencias que lo hacen multicausal y multidimensional, complejo y susceptible de abordarse desde muchas perspectivas. Constatar esta realidad ha sido posible desde el momento inicial de la asunción de un modelo comunitario. Para evitar el fracaso terapéutico que supone la hospitalización, se ponen en marcha diferentes iniciativas de mayor o menor envergadura que giran en torno al concepto de que la relación de los usuarios con los



servicios sanitarios debe ser mantenida y constante, acompañándole de forma continua durante todo su proceso.

La continuidad de cuidados (CDC) en salud mental se entiende como un proceso que comprende el movimiento ordenado e ininterrumpido de las personas diagnosticadas de algún problema de salud mental a través de los diversos elementos de la red asistencial (24,25). Se trata de un proceso mantenido en el tiempo, complejo y multidimensional que se desarrolla acorde a las necesidades que presenta la persona en cada momento. La naturaleza compleja de la mayoría de los trastornos psiquiátricos hace necesario un abordaje desde varios ámbitos diferentes cuyo nexo de unión no puede ser únicamente la persona objeto de los cuidados, siendo necesario que los distintos dispositivos que prestan esos cuidados posean una línea de actuación coherente, homogénea y coordinada para que la calidad de su atención quede asegurada. Se puede comprobar que las definiciones de la CDC varían considerablemente, aunque la mayoría de ellas hacen hincapié en unos principios básicos comunes (25).

- En primer lugar, es indiscutible la naturaleza longitudinal de la continuidad de cuidados.
- La individualización de los cuidados es también una característica de este proceso. El plan de cuidados se desarrolla con y para la persona y su familia.
- Es importante una coordinación entre profesionales que garantice que en cualquier punto del proceso de CDC la persona reciba la atención de todos los servicios y agentes que sus necesidades requieran en ese momento.
- La flexibilidad ha de ser otra característica del proceso. Un sistema flexible evita forzar a la persona a una permanente consecución de resultados.
- La CDC ha de estar caracterizada por la accesibilidad, es decir, con la continuidad de cuidados la persona no debe encontrar barreras en el acceso a los servicios.
- Es importante que los proveedores procuren una relación terapéutica con la persona o la familia objeto de su atención, además de una óptima comunicación, tanto con ellos como entre los propios servicios. Fruto de esta comunicación, que ha de ser fluida y eficaz, de la coordinación con otros agentes, se consigue que los usuarios obtengan un cuidado continuo, coherente y homogéneo, mientras este les sea necesario, pudiendo garantizar así la CDC.

## OBJETIVOS

3. Analizar los patrones de uso de los servicios de salud mental de personas diagnosticadas de esquizofrenia en función de variables sociodemográficas.
  - a. Analizar la utilización de servicios en función del área sanitaria.
  - b. Analizar la tasa de ingreso en unidad de hospitalización breve en función del área sanitaria.
  - c. Analizar la utilización de servicios en función de edad y sexo de la persona atendida.



## **METODOLOGÍA**

### **Diseño**

El presente estudio ha seguido un diseño observacional retrospectivo de seguimiento de una cohorte, basada en un registro acumulativo de casos psiquiátrico (RACP). Un RACP es conjunto de ficheros longitudinales de usuarios sobre los contactos con un conjunto definido de servicios psiquiátricos de una población definida (26).

### **Emplazamiento**

El estudio se ha desarrollado en las extintas áreas 3 y 9 de la Comunidad de Madrid. La población de referencia cubierta por estas áreas era de un total de 678.809 habitantes (población censal por municipios en 2001, Instituto Nacional de Estadística).

### **Población y muestra**

La población a estudio queda compuesta por aquellas personas atendidas en las áreas sanitarias referidas en el periodo comprendido entre 1995 y 2005 que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Mayoría de edad.
- Atención sanitaria en los servicios de salud mental.
- Diagnóstico de esquizofrenia según la CIE-9: Códigos 295, Trastornos Esquizofrénicos.

Se eliminaron del estudio aquellos que cumplían los siguientes criterios de exclusión:

- Diagnóstico de esquizofrenia de tipo orgánico.

La población total a estudio alcanzaba un tamaño de 2.019 sujetos, la muestra a estudio comprendió la totalidad de la población al existir la posibilidad de análisis de los datos referidos al 100% de la misma.

### **Variables**

Las variables estudiadas se encuentran recogidas en los ficheros del RACP de la Comunidad de Madrid, y son referidas a episodios de cuidados. Un episodio de cuidados se entiende como una historia asistencial continuada de un sujeto en referencia a un problema de salud mental, que se inicia con un contacto y se prolonga durante un número variable de días, y abarcando un número variable de contactos.

Estos episodios pueden clasificarse de tres modos:

- Por su duración: dividiéndose en episodios cortos (de menos de 270 días) o largos (iguales o superiores a 270 días).

- Por su intensidad: diferenciando episodios intensivos (de más de tres contactos en un mes) o no intensivos (de menos de tres contactos en un mes).
- Por el tipo de servicio en que se dan: contemplándose episodios ambulatorios, en los que no se da ningún contacto hospitalario o en caso de darse no supera los 20 contactos en un año, episodios hospitalarios, en los que la totalidad de los contactos son hospitalarios, episodios mixtos, en los que se dan contactos ambulatorios y una proporción de contactos hospitalarios superior a 20 contactos en un año, y contactos en recursos especiales.

Así las variables a estudio resultan:

3) Variables independientes:

- a) Del usuario:
  - Sexo (cualitativa dicotómica).
  - Edad (cuantitativa continua).
  - Área sanitaria de referencia (cualitativa dicotómica).
- b) Del episodio:
  - Dispositivo de atención del primer contacto (cualitativa policotómica).
  - Dispositivo de atención del último contacto (cualitativa policotómica).
  - Fecha de inicio del episodio (cualitativa policotómica).
  - Fecha de fin del episodio (cualitativa policotómica).
  - Diagnóstico (empleando las categorías diagnósticas de la CIE-9) (cualitativa policotómica).
- c) De cada contacto:
  - Fecha (cualitativa policotómica).
  - Dispositivo de atención (cualitativa policotómica).
  - Diagnóstico (empleando las categorías diagnósticas de la CIE-9) (cualitativa policotómica).

4) Variables dependientes:

- a) Duración del episodio de cuidados: tiempo en días transcurrido desde el contacto inicial al contacto final (cuantitativa continua).
- b) Intensidad de cuidados: cociente entre el número de contactos realizados durante el episodio multiplicado por 30 y la duración del mismo en días (cuantitativa continua).
- c) Tipo de servicio en que se da el episodio de cuidados (cualitativa policotómica).
- d) Ingreso hospitalario en unidad de hospitalización breve de salud mental (cualitativa dicotómica).
- e) Intensidad de utilización de recursos hospitalarios (cualitativa policotómica).
  - Nula: Todos los contactos son de tipo ambulatorio
  - Leve: Todos los contactos son en recursos especiales
  - Moderada: Todos los contactos son de tipo mixto.
  - Intensa: Todos los contactos son de tipo hospitalario.
- f) Utilización de servicios comunitarios: Queda definida por la existencia de un episodio de cuidados de tipo ambulatorio largo, independientemente de la intensidad del mismo (cualitativa dicotómica).

## Análisis

Se realizó análisis bivalente mediante t de Student y chi cuadrado según las características de las variables analizadas, en el caso de que se distribuyesen normalmente. En caso contrario, se emplearon pruebas no paramétricas, como el test de Wilcoxon y la U de Man-Whitney. Así mismo, se calculó el ANOVA para la relación de variables cuantitativas y cualitativas en los casos pertinentes, con medidas de robustez central en caso de no homocedasticidad (que se comprobó con la prueba de Levene) mediante prueba de Welch y Brown-Forsythe. En caso de no normalidad, se empleó la prueba de Kruskal-Wallis.

Se realizó también análisis de conglomerados de K medias para la determinación de posibles grupos de episodios de pacientes en función de la utilización de servicios.

Se realizaron análisis de Kaplan-Meier y prueba de log-rank para determinar la evolución longitudinal de ingresos agudos, y de utilización de servicios de salud mental comunitarios, por sexo y por área de atención.

Todos los análisis se llevaron a cabo con SPSS 21.

## RESULTADOS

### Análisis por áreas, sexo y edad

Por áreas, se observaron diferencias notables en la intensidad de uso de servicios hospitalarios, siendo mayor en el Área 9 ( $p < 0,001$ ) (Tabla 2):

			Intensidad				Total
			Nula	Leve	Moderada	Intensa	
Área	3	Recuento	933	107	122	343	1505
		% dentro de Área	62,0%	7,1%	8,1%	22,8%	100,0%
		% Intensidad	60,2%	69,5%	66,3%	37,4%	53,6%
		Residuos corregidos	7,7	4,1	3,6	-12,0	
	9	Recuento	618	47	62	574	1301
		% dentro de Área	47,5%	3,6%	4,8%	44,1%	100,0%
		% Intensidad	39,8%	30,5%	33,7%	62,6%	46,4%
		Residuos corregidos	-7,7	-4,1	-3,6	12,0	
Total		Recuento	1551	154	184	917	2806

	% dentro de Área	55,3%	5,5%	6,6%	32,7%	100,0%
	% Intensidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 2. Intensidad de uso de servicios hospitalarios por área sanitaria.

Por sexos, la intensidad de uso de servicios hospitalarios fue mayor en hombres que en mujeres ( $p < 0,0001$ ):

		Intensidad_Usos_Serv_Hosp				Total	
		Nula	Leve	Moderada	Intensa		
Sexo	M	Recuento	797	41	45	294	1177
		% dentro de Sexo	67,7%	3,5%	3,8%	25,0%	100,0%
		% Intensidad	51,4%	26,6%	24,5%	32,1%	41,9%
		Residuos corregidos	11,3	-4,0	-5,0	-7,4	
	V	Recuento	754	113	139	623	1629
		% dentro de Sexo	46,3%	6,9%	8,5%	38,2%	100,0%
		% Intensidad	48,6%	73,4%	75,5%	67,9%	58,1%
		Residuos corregidos	-11,3	4,0	5,0	7,4	
Total		Recuento	1551	154	184	917	2806
		% dentro de Sexo	55,3%	5,5%	6,6%	32,7%	100,0%
		% Intensidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 3. Intensidad de uso de servicios hospitalarios por sexo.

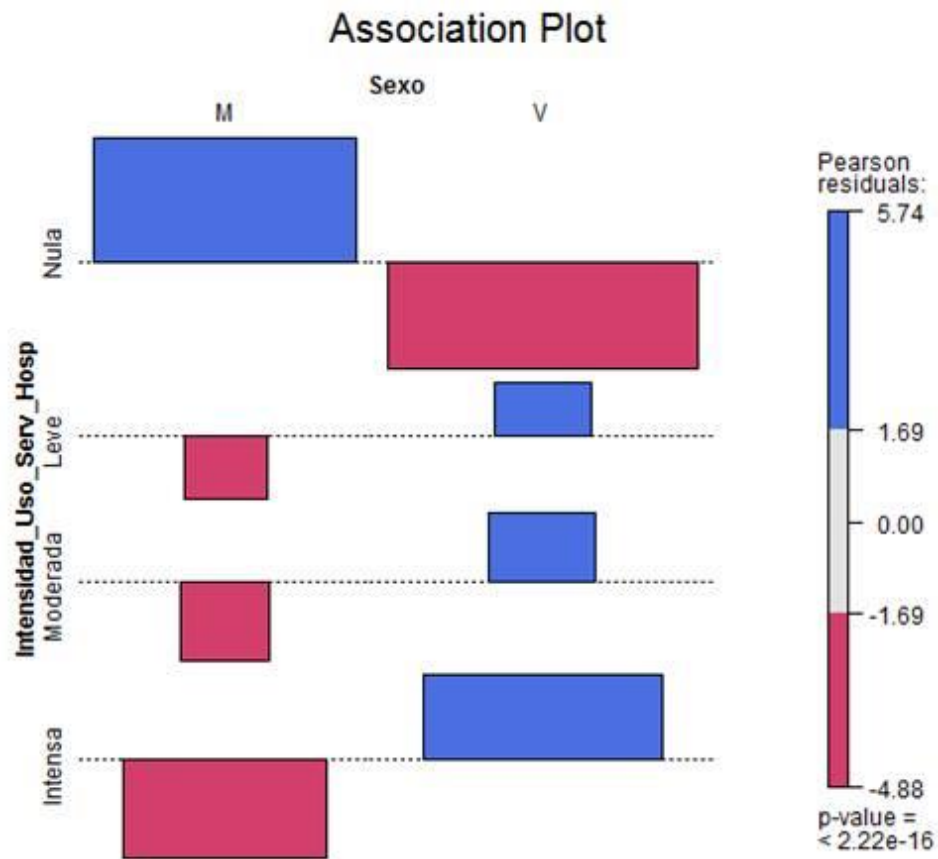


Gráfico 3: Intensidad de uso de servicios hospitalarios por sexo

La intensidad de uso de los servicios hospitalarios mostró un patrón asociado a la edad, siendo mayor en los sujetos más jóvenes. En la Tabla 4 puede observarse cómo la media de edad es siete años menor en los que tienen una utilización intensa ( $p < 0,0001$ ):

	N	Media	Desviación típica	IC95%	
				Inf	Sup
Nula	1551	43,80	16,33	42,98	44,61
Leve	154	29,24	8,05	27,96	30,52
Moderada	184	33,07	11,53	31,39	34,74
Intensa	917	36,86	12,18	36,07	37,65
Total	2806	40,03	15,12	39,47	40,59

Tabla 4: Edad y utilización de servicios hospitalarios

Salvo en los recursos hospitalarios, según el tipo de episodio y servicio, fue de mayor utilización en el Área 3, de forma significativa, es decir, se usaron más los servicios ambulatorios, mixtos y recursos especiales en este área ( $p < 0,0001$ ):

			Area		Total
			3	9	
	AMBUL A	Recuento	933	618	1551
		% dentro de TIP_EPI_SERV	60,2%	39,8%	100,0%
		% dentro de Área	62,0%	47,5%	55,3%
		Residuos corregidos	7,7	-7,7	
	HOSPIT	Recuento	343	574	917
		% dentro de TIP_EPI_SERV	37,4%	62,6%	100,0%
		% dentro de Área	22,8%	44,1%	32,7%
		Residuos corregidos	-12,0	12,0	
	MIXTO	Recuento	122	62	184
		% dentro de TIP_EPI_SERV	66,3%	33,7%	100,0%
		% dentro de Área	8,1%	4,8%	6,6%
		Residuos corregidos	3,6	-3,6	
	RECESP	Recuento	107	47	154
		% dentro de TIP_EPI_SERV	69,5%	30,5%	100,0%
		% dentro de Área	7,1%	3,6%	5,5%
		Residuos corregidos	4,1	-4,1	
Total	Recuento	1505	1301	2806	
	% dentro de TIP_EPI_SERV	53,6%	46,4%	100,0%	
	% dentro de Área	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 5: Tipo de servicio y áreas

Los ingresos agudos fueron más frecuentes en el Área 9 ( $p < 0,0001$ ):

			Área		Total
			3	9	
Ingresos agudos	No	Recuento	1215	856	2071
		% dentro de Ingresos agudos	58,7%	41,3%	100,0%
		% dentro de Área	80,7%	65,8%	73,8%
		Residuos corregidos	9,0	-9,0	
	Sí	Recuento	290	445	735
		% dentro de Ingresos agudos	39,5%	60,5%	100,0%
		% dentro de Área	19,3%	34,2%	26,2%
		Residuos corregidos	-9,0	9,0	
Total		Recuento	1505	1301	2806
		% dentro de Ingresos agudos	53,6%	46,4%	100,0%
		% dentro de Área	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 6: Ingresos agudos por áreas

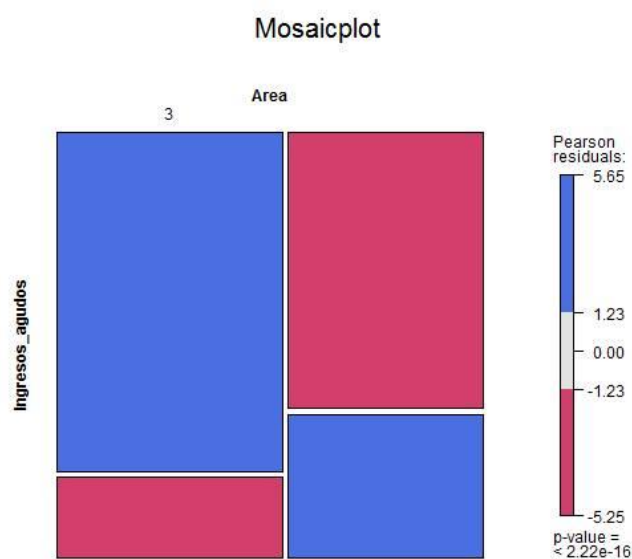


Gráfico 4: Ingresos agudos por áreas

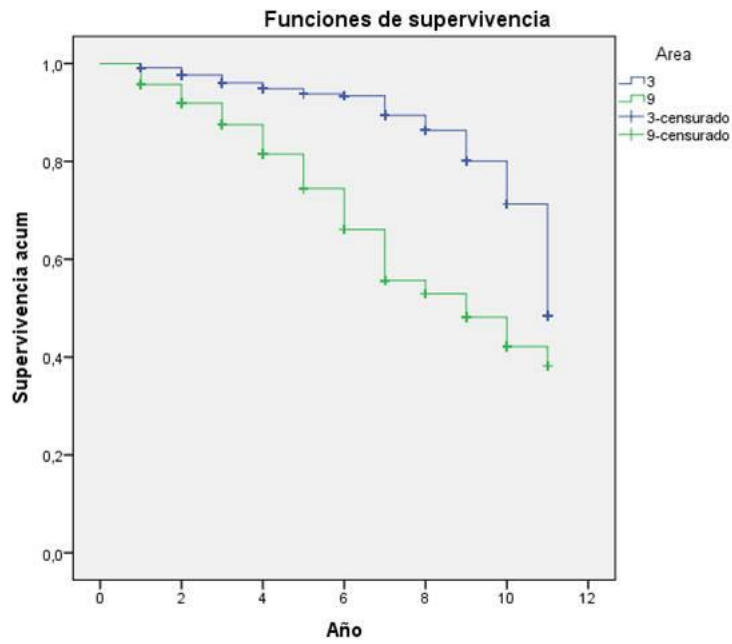
Por sexos, el riesgo de ingreso agudo era superior en los hombres. OR: 1,63 (IC95%; 1,37 a 1,95) ( $p < 0,0001$ ):

			Sexo		Total
			M	V	
Ingresos agudos	No	Recuento	932	1139	2071
		% dentro de Ingresos agudos	45,0%	55,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	79,2%	69,9%	73,8%
		Residuos corregidos	5,5	-5,5	
	Sí	Recuento	245	490	735
		% dentro de Ingresos agudos	33,3%	66,7%	100,0%
		% dentro de Sexo	20,8%	30,1%	26,2%
		Residuos corregidos	-5,5	5,5	
Total		Recuento	1177	1629	2806
		% dentro de Ingresos agudos	41,9%	58,1%	100,0%
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

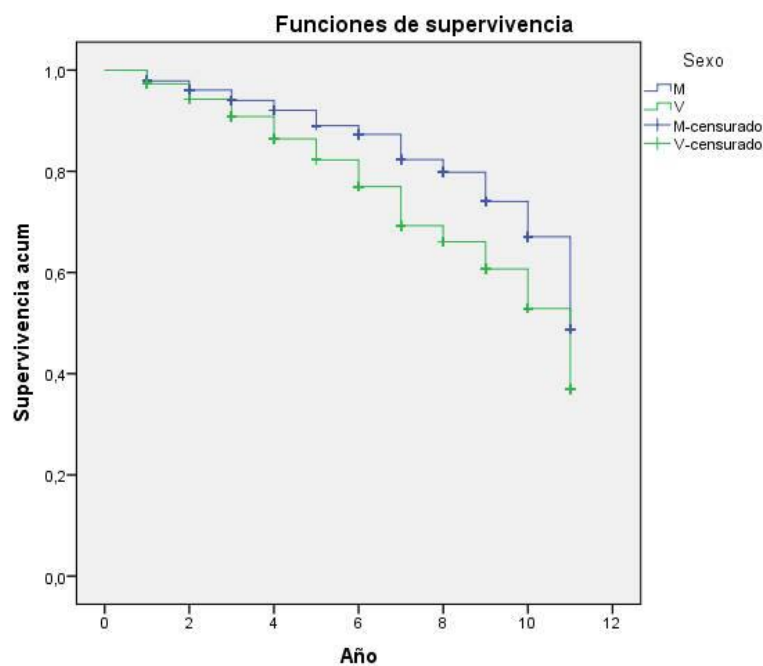
*Tabla 7: Ingresos agudos por sexo*

La edad media de los sujetos que tenían ingresos agudos era algo menor (37,31 años versus 40,99), significativamente ( $p < 0,0001$ ), aunque con diferencias clínicamente poco relevantes. El análisis longitudinal comparado de ingresos agudos por áreas mostró una clara diferencia significativa entre el Área 3 y el Área 9, en detrimento de la segunda (prueba de Log-Rank,  $p < 0,0001$ ):

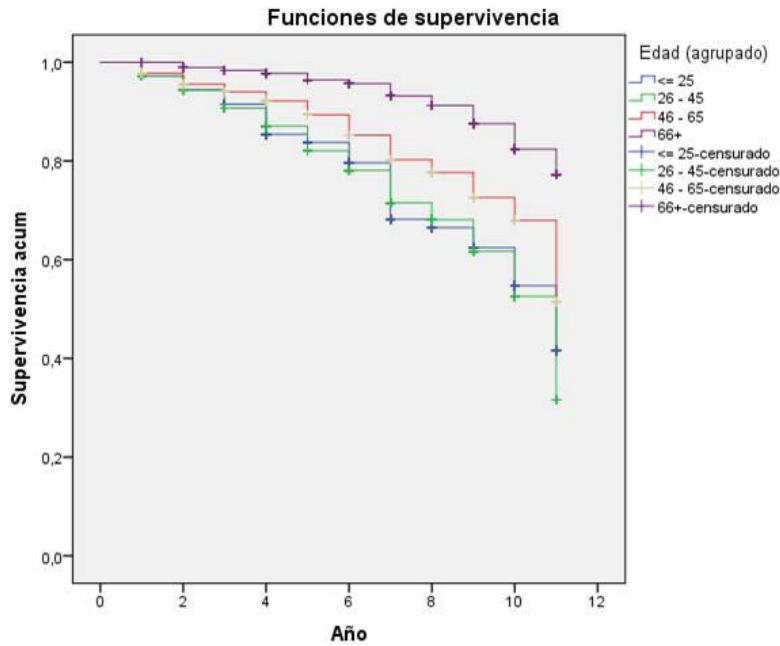




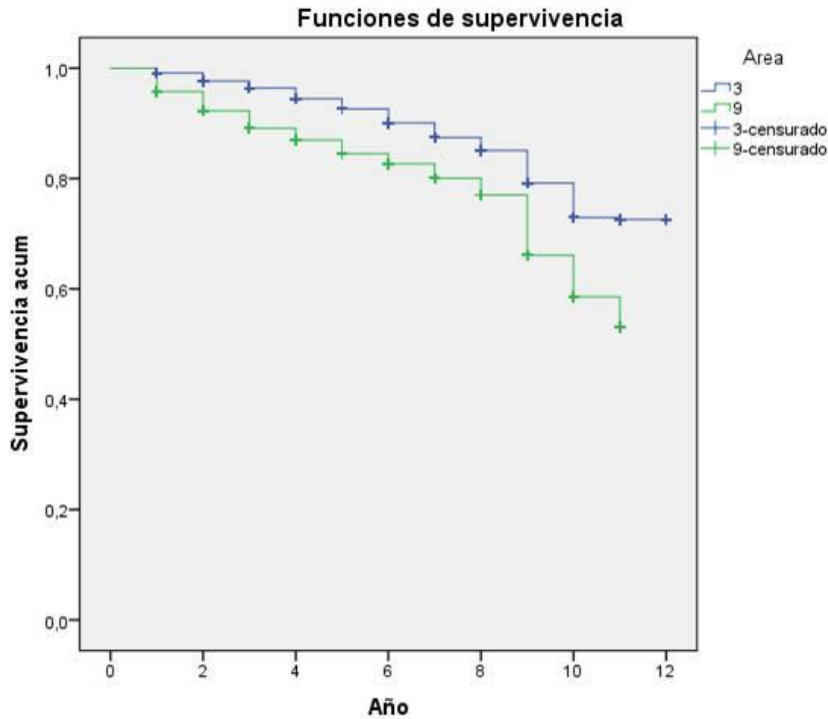
Por sexos, también el análisis longitudinal de ingresos agudos mostró diferencias, teniendo menos ingresos agudos las mujeres (prueba de Log-Rank,  $p < 0,0001$ ):



Por grupos de edad, también pudieron verificarse las diferencias en ingresos agudos, obteniendo los grupos etarios más jóvenes los peores resultados (prueba de Log-Rank,  $p < 0,0001$ ):



La práctica totalidad de aquellos episodios que se dieron en centros de salud mental (CSM) han dado lugar a una utilización nula de servicios hospitalarios, mientras que aquellos episodios que se dieron en el servicio de urgencias o en la propia unidad de hospitalización breve (UHB) han dado lugar a un uso intenso de los servicios hospitalarios en un 63,8% y 32,5% respectivamente. Por áreas, el Área 9 mostraba un patrón de menor utilización de servicios comunitarios, de forma significativa (prueba de Log-Rank,  $p < 0,0001$ ):



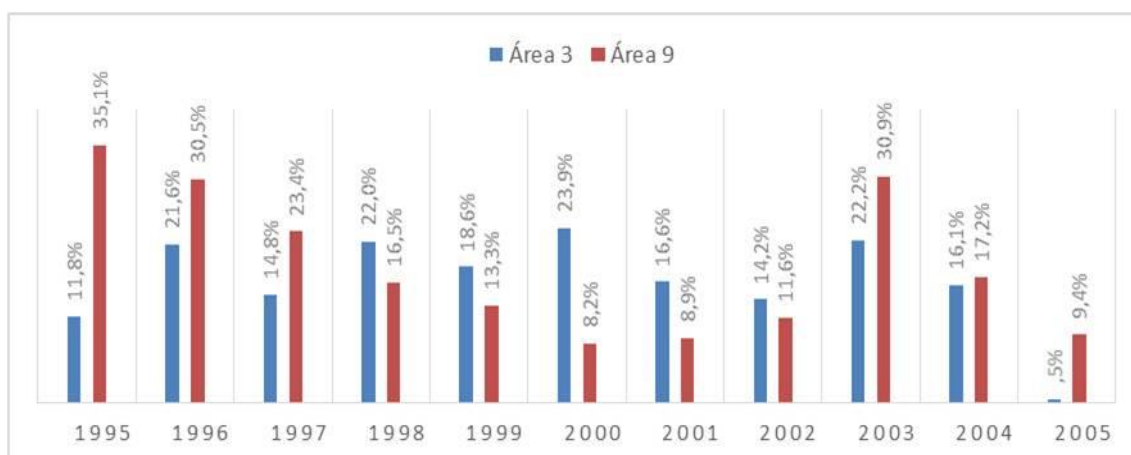
No obstante, de forma agregada, el Área 9 presentaba una mayor utilización de servicios comunitarios:

			Utilización Servicios Comunitarios		Total
			No	Sí	
Area	3	Recuento	1277	239	1516
		% dentro de Area	84,2%	15,8%	100,0%
		% dentro de Utilización_Serv_Co munitarios	55,9%	49,9%	54,8%
		Residuos corregidos	2,4	-2,4	
	9	Recuento	1009	240	1249
		% dentro de Area	80,8%	19,2%	100,0%
		% dentro de Utilización_Serv_Co munitarios	44,1%	50,1%	45,2%
		Residuos corregidos	-2,4	2,4	

Total	Recuento	2286	479	2765
	% dentro de Area	82,7%	17,3%	100,0%
	% dentro de Utilización_Serv_Co munitarios	100,0%	100,0%	100,0%

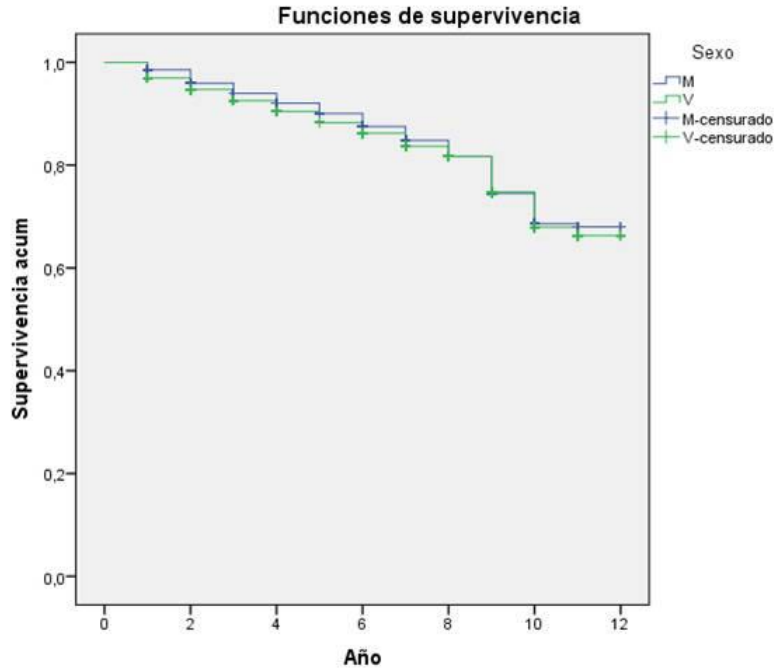
Tabla 8: Utilización de servicios comunitarios por áreas

Pero, un análisis más detallado por años, permitía explicar esta aparente paradoja, en la medida en que en el período 2000-2001, el Área 3 tuvo una significativa mayor utilización de servicios comunitarios, mientras que en 1995 y 2005 el Área 9 fue la que más utilización significativa obtuvo.

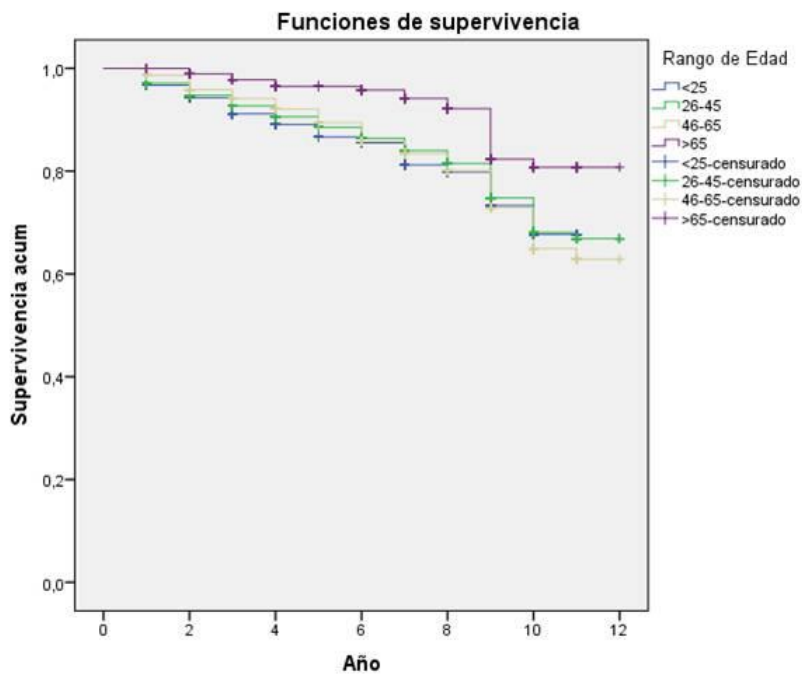


Evolución de utilización de servicios comunitarios por áreas

No se encontraron diferencias en la evolución de la utilización de servicios comunitarios por sexos (prueba de Log-Rank,  $p=0,426$ ):



Por rangos de edad, los sujetos de mayor edad tenían una utilización significativamente mayor de servicios comunitarios (prueba de Log-Rank,  $p=0,005$ ):



## DISCUSIÓN

Esta investigación ha permitido un análisis de factores que han mostrado tener relación con el consumo de recursos sanitarios. Los resultados de este estudio muestran cómo los patrones de uso de recursos sanitarios varían en función de variables propias del sujeto como la edad o el sexo. Este aspecto ha sido señalado por múltiples autores de estudios en materia de salud pública y epidemiología (27). En lo referido a los estudios realizados en el ámbito de la salud mental, coincidiendo con nuestros resultados, se señala una proporción superior de hombres en el consumo intenso de recursos sanitarios (28–30), apuntando también a un mayor riesgo de sufrir un ingreso agudo por parte de éstos. Los resultados también son coincidentes con múltiples estudios que señalan un cambio en el consumo de recursos en los servicios de salud mental en función de la edad del sujeto (28,29,31–33), encontrándose siempre una mayor intensidad de uso de los servicios hospitalarios en sujetos jóvenes.

Especialmente significativos son los resultados hallados en lo referido al área sanitaria, que según nuestro análisis determina en buena medida el consumo de recursos sanitarios. Las diferencias halladas son coherentes con los resultados publicados en el Atlas de Variaciones de la Práctica Médica que se describían en la introducción del trabajo (21), pues vemos que variables que de naturaleza no clínica, influyen en el desarrollo de la salud de las personas y en la utilización que éstas hacen de los recursos sanitarios. Esto puede ser explicado por las diferencias a nivel sociodemográfico existentes entre ambas áreas sanitarias, que determinan un distinto patrón de uso y consumo de recursos sanitarios (34). Así, encontramos una serie de factores que, sin ser de tipo clínico, determinan el comportamiento en salud de las personas, el consumo de recursos sanitarios que realizan. Esta perspectiva es coherente con las definiciones de salud más recientes y con el modelo de determinantes sociales de la salud expuesto por Whitehead y Dahlgren en 1992 (35). En concordancia con la bibliografía existente, encontramos que existen determinados factores que condicionan el uso de recursos hospitalarios, resultando unos niveles de hospitalización diferentes en función del área. Los diferentes programas de CDC han demostrado tener resultados diferentes entre sí en lo referido a las hospitalizaciones y la prevención de las mismas, aunque siempre superiores a aquellos abordajes que no contemplan estos programas (5,7,11,36,37), lo cual es coherente con los resultados analizados en el presente.

Así, se señala un conjunto de factores que, tras el estudio de la cohorte, han demostrado una significación importante en el consumo de recursos sanitarios, y dado que este consumo está en parte determinado por las necesidades, sentidas (demandadas) o no, que presenta la población atendida, sería necesario adecuar la oferta de servicios a estos factores para una correcta

satisfacción de esas necesidades, que en definitiva están presentes y a las que se está dando una respuesta incompleta o con un coste innecesariamente alto en el mejor de los casos.

## CONCLUSIONES

- Existen factores de tipo asistencial y sociodemográfico que afectan al consumo de recursos sanitarios y han de ser tenidos en cuenta en la planificación de los cuidados.
- El área sanitaria y las características de la misma determinan el nivel de consumo y el patrón de utilización de recursos sanitarios en general y hospitalarios en particular que realizan las personas diagnosticadas de esquizofrenia.
- El sexo del sujeto es determinante en el patrón de uso de los servicios sanitarios, demostrándose que los hombres hacen un uso más intenso de los recursos asistenciales en salud mental.
- La edad del sujeto es determinante en el patrón de uso de los servicios sanitarios, demostrándose que a medida que avanza se hace un uso menos intenso de los recursos asistenciales en salud mental.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. La Reforma Psiquiátrica en España, evolución y futuro de los cuidados enfermeros en salud mental. Madrid: ANESM; 2009.
2. Pacheco Borrella G. Elementos implicados en la construcción social enfermo mental. In: Pacheco Borrella G, editor. La construcción social enfermo mental Su repercusión en el individuo, familia y en los cuidados de salud mental. 1st ed. Editorial Académica Española; 2013. p. 52–174.
3. Megías Lizancos F, Pacheco Borrella G. Intervenciones enfermeras en el ámbito de la salud mental comunitaria. In: Megías Lizancos F, Serrano Parra MD, editors. Enfermería en psiquiatría y salud mental. España: DAE; 2009. p. 348–467.
4. Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 1985;V(13):204–22.
5. Prince JD. Practices preventing rehospitalization of individuals with schizophrenia. J Nerv Ment Dis. Rutgers: The State University of New Jersey, School of Social Work, New Brunswick, New Jersey 08901-1167, USA.;

2006;194(6):397–403.

6. Hendrie HC, Lindgren D, Hay DP, Lane KA, Gao S, Purnell C, et al. Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. *Am J Geriatr Psychiatry*. Indiana University School of Medicine, Indianapolis; Indiana University Center for Aging Research, Indianapolis; Regenstrief Institute Inc., Indianapolis; Indiana University Department of Psychiatry, Indianapolis. Electronic address: hhendri@iupui.edu.: American Association for Geriatric Psychiatry. Published by Elsevier Inc; 2013;21(12):1267–76.
7. Hendrie HC, Tu W, Tabbey R, Purnell CE, Ambuehl RJ, Callahan CM. Health outcomes and cost of care among older adults with schizophrenia: a 10-year study using medical records across the continuum of care. *Am J Geriatr Psychiatry*. Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN; Indiana University Center for Aging Research, Indianapolis, IN; Regenstrief Institute, Inc., Indianapolis, IN; Department of Psychiatry, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN. Elec: American Association for Geriatric Psychiatry. Published by Elsevier Inc; 2014;22(5):427–36.
8. Valenstein M, Copeland LA, Blow FC, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L, et al. Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. *Med Care*. From the Department of Veterans Affairs, Serious Mental Illness Treatment, Research, and Evaluation Center (SMITREC), Health Services Research and Development (HSR&D) Center for Excellence, Ann Arbor, MI 48113-0170, USA. marciav@umich.edu; 2002;40(8):630–9.
9. Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Steiner E, Schmitz M. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Kuratorium fur Psychosoziale Dienste, Mariannengasse 1/15, 1090 Vienna, Austria. psd-quasi@netway.at; 2002;37(6):276–82.
10. Hunt GE, Bergen J, Bashir M. Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophr Res*. Department of Psychological Medicine, University of Sydney, Rozelle Hospital, P.O. Box 1, N.S.W., 2039, Rozelle, Australia. ghunt@mail.usyd.edu.au; 2002;54(3):253–64.
11. Maples NJ, Copeland LA, Zeber JE, Li X, Moore TA, Dassori A, et al. Can medication management coordinators help improve continuity of care after psychiatric hospitalization? *Psychiatr Serv*. Department of Psychiatry, Division of Schizophrenia and Related Disorders, UT Health Science Center San Antonio, 7703 Floyd Curl Dr., MS 7797, San Antonio, TX 78229, USA. maplesn@uthscsa.edu; 2012;63(6):554–60.



12. Brekke JS, Ansel M, Long J, Slade E, Weinstein M. Intensity and continuity of services and functional outcomes in the rehabilitation of persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv. School of Social Work, University of Southern California, Los Angeles 90089-0411, USA. brekke@usc.edu*; 1999;50(2):248–56.
13. Craig TJ, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Bromet EJ. Rapid versus delayed readmission in first-admission psychosis: quality indicators for managed care? *Ann Clin Psychiatry. Bronx Veterans Administration Medical Center, New York, USA.*; 2000;12(4):233–8.
14. Druss BG, Rosenheck RA, Stolar M. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatr Serv. Veterans Administration Northeast Program Evaluation Center, West Haven, CT 06516, USA. benjamin.druss@yale.edu*; 1999;50(8):1053–8.
15. Gupta S, Hendricks S, Kenkel AM, Bhatia SC, Haffke EA. Relapse in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse? *Schizophr Res. Omaha VA Medical Center, NE 68105, USA.*; 1996;20(1-2):153–6.
16. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh Jr JL, Davis JM, Lewis DA. Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry. Department of Psychiatry, Rush-Presbyterian-St. Luke’s Medical Center, Chicago, Ill.*; 1995;152(6):856–61.
17. Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S. Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care. *Psychiatr Serv. Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York State Psychiatric Institute 10032, USA. olfsonm@child.cpmc.columbia.edu*; 1998;49(7):911–7.
18. Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S, Walkup J, Weiden PJ. Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis. New York State Psychiatric Institute/Department of Psychiatry, College of Physicians & Surgeons of Columbia University, New York 10032, USA.*; 1999;187(12):721–9.
19. Ries RK, Russo J, Wingerson D, Snowden M, Comtois KA, Srebnik D, et al. Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorders. *Psychiatr Serv. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, The University of Washington School of Medicine at Harborview Medical Center, Seattle, Washington 98104, USA. rries@u.washington.edu*; 2000;51(2):210–5.

20. Papageorgiou G, Canas F, Zink M, Rossi A. Country differences in patient characteristics and treatment in schizophrenia: data from a physician-based survey in Europe. *Eur Psychiatry*. France; 2011 Mar;26(1 Suppl 1):17–28.
21. Aizpuru F, Latorre K, Pérez de Arriba J, Mosquera F, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. *Atlas Variaciones la Práctica Médica*. 2008;3(1):199–216.
22. Ministerio de Sanidad PS e I. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. 2009.
23. Hafner H, Maurer K, Loffler W, Riecher-Rossler A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany.; 1993;162:80–6.
24. Adair CE, McDougall GM, Mitton CR, Joyce AS, Wild TC, Gordon A, et al. Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. Department of psychiatry, University of Calgary, 3330 Hospital Drive, N.W., Calgary, Alberta, Canada T2N 4N1. ceadair@ucalgary.ca; 2005;56(9):1061–9.
25. Bachrach LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry*. UNITED STATES; 1981;138(11):1449–56.
26. World Health Organization. *Psychiatric case registers. Report on a working group*. Copenhagen; 1983.
27. Beguiristain JM, Arrazola A, Elizalde B, Alkiza ME. [Singularization processes: a proposal for continuity between clinical activity and health policy objectives]. *Gac Sanit*. Spain; 2005;19(2):168–71.
28. Hansson L, Sandlund M. Utilization and patterns of care in comprehensive psychiatric care organizations. A review of studies and some methodological considerations. *Acta Psychiatr Scand*. DENMARK; 1992 Oct;86(4):255–61.
29. Hobbs P, Deavoll B, Abernethy P. Psychiatric service use: a cohort study of first attenders. *Acta Psychiatr Scand*. DENMARK; 1992 Oct;86(4):313–9.
30. Sajatovic M, Vernon L, Semple W. Clinical characteristics and health resource use of men and women veterans with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. UNITED STATES; 1997 Nov;48(11):1461–3.

31. Friedman JI, Harvey PD, Coleman T, Moriarty PJ, Bowie C, Parrella M, et al. Six-year follow-up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: a comparison with Alzheimer's disease and normal aging. *Am J Psychiatry*. United States; 2001 Sep;158(9):1441–8.
32. Horan WP, Goldstein G. A retrospective study of premorbid ability and aging differences in cognitive clusters of schizophrenia. *Psychiatry Res*. Ireland; 2003 Jun;118(3):209–21.
33. Ginsberg G, Lerner Y, Mark M, Popper M. Prior hospitalization and age as predictors of mental health resource utilization in Israel. *Soc Sci Med*. ENGLAND; 1997 Mar;44(5):623–33.
34. Fontanella CA, Guada J, Phillips G, Ranbom L, Fortney JC. Individual and contextual-level factors associated with continuity of care for adults with schizophrenia. *Adm Policy Ment Health*. Department of Psychiatry, The Ohio State University, 1670 Upham Drive, Columbus, OH, 43210, USA, fontanella.4@osu.edu.; 2014;41(5):572–87.
35. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. UNITED STATES; 1992;22(3):429–45.
36. Novakovic V, Barkin RL, Hamner MB, LeClear O'Connell K. Schizophrenia: improving the continuity of care to ensure optimal patient outcomes. *Dis Mon*. Department of Psychiatry, James J. Peters VA Medical Center, Mount Sinai School of Medicine, Bronx, New York, USA.; 2012;58(7):395–409.
37. Van Duin D, Franx G, Van Wijngaarden B, Van Der Gaag M, Van Weeghel J, Slooff C, et al. Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the Netherlands: the Schizophrenia Quality Improvement Collaborative. *Int J Qual Health Care*. Trimbos-instituut, PO Box 725, 3500 AS Utrecht, The Netherlands. dduin@trimbos.nl.; 2013;25(6):626–32.



---

REVISTA DIGITAL PRESENCIA

ISSN: 1885-0219

INDEXADA EN LA BASE DE DATOS **CUIDEN**, ÍNDICE DE CITAS **CUIDEN CITACION**, EN LA **HEMEROTECA CANTARIDA** Y EN EL FONDO DE REVISTAS A TEXTO COMPLETO **SUMMA CUIDEN**.

INCLUIDA EN EL **DIRECTORIO DULCINEA**, DEL CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS.

---

### CERTIFICADO DE PUBLICACIÓN

**Autores:** Daniel Cuesta Lozano, José Miguel Morales Asencio, Alberto Fernández Liria, Carlos González Juárez, Ana Carralero Montero, Raquel Ruiz-Íñiguez

**Título:** Análisis de la utilización de servicios de salud mental en función de las características sociodemográficas de personas diagnosticadas de esquizofrenia

**Sección:** Original

**Año:** 2015

**Volumen:** 11

**Número:** 22

**Número de páginas:** 17

**Disponible en:** <http://www.index-f.com/presencia/n22/sumario.php>

Madrid a 25 de noviembre de 2015

Francisco Javier Castro Molina  
Phd RN MH SN



Director de *Presencia Revista de Enfermería de Salud Mental*  
[revistadigitalpresencia@email.com](mailto:revistadigitalpresencia@email.com)

