

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON REINGRESO
TEMPRANO EN EL HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA EN
LOS AÑOS 2011 A 2013

INGRID SAUDADE ORDÓÑEZ BETANCOURT
DIEGO ALONSO PEÑA

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA
2015

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON REINGRESO
TEMPRANO EN EL HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA EN
LOS AÑOS 2011 A 2013

INGRID SAUDADE ORDÓÑEZ BETANCOURT
DIEGO ALONSO PEÑA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:
Especialista en Gerencia en Sistemas de Salud

Asesora:
DORA CARDONA GIRALDO
Médica Especialista en Psiquiatría

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA
2015

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	9
3. OBJETIVOS.....	11
4. MARCO REFERENCIAL.....	12
4.1 MARCO TEÓRICO.....	12
4.2 MARCO GEOGRÁFICO Y POBLACIONAL.....	14
4.3 FUENTES DE INFORMACION.....	14
5. METODOLOGÍA.....	15
5.1 Tipo de estudio.....	15
5.2 Población.....	15
5.3 Muestra.....	15
5.4 Variables.....	16
5.5 Unidad de análisis.....	17
5.6 Criterios de inclusión.....	17
5.7 Criterios de exclusión.....	17
5.8 Técnicas de recolección de información.....	17
6. PLAN DE ANÁLISIS.....	18
6.1 Captura de la Información.....	18
6.2 Procesamiento de información.....	18
6.3 Codificación y análisis de datos.....	18
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	18
8. ASPECTOS MEDIO AMBIENTALES.....	18
9. RESULTADOS.....	19
10. DISCUSIÓN.....	32
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	39

ANEXOS.....45

13.1 Anexo 1. Instrumento de Tabulación de Información. 45

RESUMEN

Introducción: En la reestructuración de los Sistemas de Salud mental, se propone la desinstitucionalización del paciente psiquiátrico para dar paso a modelos de atención en redes primarias de salud. En la mayoría de los países occidentales, estos programas resultan poco eficientes para proveer seguimiento adecuado. Las altas tasas de reingreso hospitalario han llevado a plantear que el modelo tradicional esté siendo reemplazado por el de múltiples hospitalizaciones breves, con altos niveles de ocupación hospitalaria y repercusiones importantes en el Sistema de Salud. Cuando la rehospitalización se da en un plazo de 3 meses se denomina “reingreso temprano”. La literatura describe múltiples factores intervinientes, relacionados con el comienzo y curso de la enfermedad, las características del cuadro psicopatológico, el tratamiento y el apoyo social. El reducido número de camas psiquiátricas del departamento de Risaralda hace necesario identificar la frecuencia de este fenómeno y los factores contribuyentes, para implementar estrategias de abordaje adecuadas que permitan la optimización de los recursos. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de reingresos e identificar los factores asociados en pacientes del Hospital Mental Universitario de Risaralda mediante la revisión de historias clínicas de los años 2011 a 2013. **Materiales y métodos:** Investigación cuantitativa descriptiva y evaluativa de corte transversal retrospectiva. Población: Registros de pacientes con reingreso temprano al Hospital Mental Universitario de Risaralda. Muestra 77 pacientes. Variables: características sociodemográficas, clínicas, comorbilidades, número y duración de hospitalizaciones, seguimiento ambulatorio, entrega de medicamentos, adherencia al tratamiento, características de la red de apoyo, tipo de ingreso y egreso. **Resultados:** Se estudiaron 77 pacientes con reingreso temprano. De estos, 60% (n=46) eran de sexo masculino, y 95% (n=73) provenía de área urbana. La mayoría se ubicó en edades entre los 20 y 39 años (65% de las mujeres y 61% de los hombres). Los diagnósticos más frecuentes fueron los Trastornos Afectivos Bipolares 47% (n=33). De los que recibieron segundo diagnóstico 50% (n=12) estuvo relacionado con consumo de sustancias psicoactivas. El 74% (n=57) tuvo seguimiento ambulatorio, 64% (n=49) por Psiquiatra. La mayoría de los pacientes tuvo adherencia parcial (30%) o nula (32%) al tratamiento. La red de apoyo, cuando estuvo presente, fue de regular a mala calidad en el 64% de los casos (n=49). El tipo de ingreso fue mayoritariamente involuntario 58% (n=45), y el egreso por decisión médica en mayor porcentaje 99% (n=76). **Conclusión:** Las variables con asociación estadísticamente significativa con alto número de reingresos fueron: Edad entre 30 y 39 años, sexo masculino e ingreso involuntario (significancia del 5%) y procedencia urbana, red de apoyo – dependiente de la variable red de apoyo de regular calidad- y adherencia al tratamiento (significancia del 10%). **Palabras clave:** Desinstitucionalización, trastornos mentales, atención primaria en salud, reingreso temprano, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

En el modelo de salud occidental se ha establecido la tendencia hacia la desinstitucionalización del paciente psiquiátrico. La Declaración de Caracas, adoptada en 1990 durante la Conferencia sobre la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina, constituyó un importante hito en el proceso de reforma de los servicios de salud mental al proponer integrarlos en la atención primaria y en los sistemas locales de salud. Aboga por la descentralización de la atención, replanteando el papel del hospital psiquiátrico, postulando que el aislar al enfermo de su medio genera mayor discapacidad social y crea condiciones desfavorables que ponen en peligro sus derechos humanos y civiles. Propone una reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria en salud, en los marcos de los sistemas locales de salud, con promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y las redes sociales (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 1990).

Sin embargo, en la mayoría de los países occidentales, estos programas, insuficientes y fragmentados, resultan poco eficientes para proveer seguimiento adecuado a pacientes con trastornos severos y persistentes que producen marcada discapacidad. Las altas tasas de reingreso hospitalario han llevado a plantear que el modelo tradicional de hospitalizaciones a largo plazo esté siendo reemplazado por el de múltiples hospitalizaciones breves, que se traducen a su vez en altos niveles de ocupación hospitalaria, con repercusiones importantes en el Sistema de Salud. Cuando la rehospitalización se da en un plazo de 3 meses, tiene lugar el denominado "reingreso temprano". La literatura describe múltiples factores que intervienen en las rehospitalizaciones tempranas, relacionados con el comienzo y curso de la enfermedad, las características del cuadro psicopatológico, el tratamiento, el apoyo social y las experiencias vitales.

El reducido número de camas psiquiátricas y los altos niveles de ocupación hospitalaria el departamento de Risaralda, hacen necesario, primero, identificar la frecuencia de este fenómeno, y, segundo, intentar la comprensión de los posibles factores contribuyentes.

En este trabajo, de tipo cuantitativo descriptivo y evaluativo, de corte transversal retrospectivo, se pretende establecer, por medio de la revisión de las bases de datos de egresos hospitalarios y de las historias clínicas, el número de pacientes recidivantes en los servicios de internación del Hospital Mental Universitario de Risaralda durante el periodo de tiempo establecido. Además, identificar los factores asociados y si estos coinciden con los reportados en la literatura nacional e internacional, para plantear recomendaciones ajustadas a nuestra población que puedan contribuir al desarrollo de estrategias de abordaje adecuadas, en aras de la optimización de los recursos humanos, físicos y económicos.

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La desinstitucionalización ha generado una situación compleja, en la que los enfermos mentales con trastornos severos y persistentes han pasado a desenvolverse en entornos familiares y sociales que no pocas veces carecen de recursos para garantizar la cobertura de sus necesidades, de forma accesible y continuada.

Este fenómeno se ha venido abordando en Estados Unidos y Europa desde la década de los setenta, a raíz de la observación del incremento en la prevalencia de enfermos mentales en las prisiones, explicado por casos de pacientes altamente vulnerables que fueron dados de alta y transferidos a servicios comunitarios que resultaron insuficientes para proveer un seguimiento adecuado, terminando así en “otro tipo de institucionalización”(Torres-González 2013).²

La creación de redes de servicios de salud mental con orientación comunitaria ha intentado zanjar la brecha. Sin embargo, la mayoría de los países occidentales tiene actualmente servicios comunitarios insuficientes y fragmentados, con escaso desarrollo de programas dirigidos a las necesidades asistenciales propias de patologías complejas que generan marcada discapacidad(Vázquez-Bourgon, Salvador-Carulla y Vázquez-Barquero 2012).³

Se han propuesto dos modelos de trabajo en la comunidad: el Case Management (Manejo de casos) y el TAC (Tratamiento Asertivo Comunitario). El Case Management se basa en la multidisciplinariedad de los servicios comunitarios, los casos de difícil tratamiento en la comunidad son adjudicados a un miembro del equipo para que los siga como profesional responsable. EL TAC se origina en Madison, EEUU en 1973, como un “programa para la prevención de la institucionalización” donde se incorporan abordajes de índole psicosocial para ayudar a los pacientes a mantenerse en la comunidad (Martínez Jambrina 2007).⁴

Este abordaje incluye como elementos clave la aproximación multidisciplinar, las estrategias de seguimiento dirigidas a garantizar la adherencia terapéutica, la provisión de programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención social, y el desarrollo de estrategias de intervención en la comunidad, garantizando la accesibilidad a los recursos asistenciales a lo largo de todo el día (Vázquez-Bourgon, Salvador-Carulla, y Vázquez-Barquero 2012).³ En España el denominado “Modelo Avilés” es referencia para esta modalidad de intervención. El equipo de trabajo está compuesto por Psiquiatras, Enfermeros y Trabajadores sociales, que llevan a cabo actividades que incluyen consultas, atención domiciliaria e intervención en crisis. Se han obtenido resultados de costo-efectividad que consideran que el TAC no es una inversión demasiado costosa y que se “paga a sí misma” en la medida en que lleva a la disminución de hospitalizaciones tanto en número como en duración (Martínez Jambrina 2007).⁴

En Latinoamérica, se describen experiencias desarrolladas en Chile antes y después de la dictadura militar (Programa Intracomunitario Integral de Salud Mental del Área Sur de Santiago, Programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital de Temuco, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar) que no lograron continuidad en el tiempo por cuestiones políticas (Torres 2001).⁵ Con el retorno a la democracia en 1990 se produjo una modificación de las políticas de salud, con medidas para el reforzamiento de la red pública. Sin embargo, las acciones de promoción de salud mental y prevención de enfermedades mentales planteadas en el plan nacional han tenido un bajo nivel de implementación, debido a la falta de apoyo político y financiero. Desde el año 2000 se inicia el proceso de integración de la Salud Mental a la Atención Primaria en Salud (APS), llegando ésta a ser parte oficial de las políticas de Salud Pública. La expansión del Programa Integral de Salud Mental en la Atención Primaria a partir del 2006 incorpora atención en depresión, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y otras drogas, trastornos hipercinéticos, maltrato infantil, y trastornos emocionales o conductuales de la infancia y adolescencia. La mayor parte de los fondos para APS se han destinado a psicólogos, quienes han sido contratados en los centros urbanos y en muchos de los equipos de salud móviles, así como al mejoramiento de acceso a medicamentos, incorporando, por ejemplo, Fluoxetina, Sertralina, y Venlafaxina. Alrededor de un tercio de las consultas de salud mental que se realizan en APS son efectuadas por médicos generales, y los psicólogos se han responsabilizado de la atención psicosocial (Minoletti, Rojas, y Horvitz-Lennon 2012).⁶

En Brasil la aprobación de la ley 10-216 de Abril de 2001 definió las disposiciones sobre protección y derechos de las personas con diagnóstico de Trastornos Mentales. Las acciones de salud mental fueron orientadas por directrices de descentralización e integralidad, dando prioridad a actividades preventivas, servicios asistenciales y con participación en la comunidad. Los servicios de acompañamiento, ambulatorios - centros de atención psicosocial y núcleos de atención en salud mental ofrecen la continuidad del tratamiento, actuando como intermediarios entre la internación y la red básica de salud (Regina y Furegato 2001).⁷

En Colombia se promulga en el año 2013 la Ley de Salud Mental (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social 2013)⁸, en la que se fija la adopción de un modelo de atención integral e integrada en el marco de la Atención Primaria en Salud, con inclusión de acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa. Se establece además que los entes territoriales y las empresas administradoras de planes de beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada como parte de la red de servicios generales de salud. En el año 2014 se publica la Propuesta de Ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud 2014)⁹, que tiene como visión para el año 2021 el goce

efectivo del derecho a la salud mental mediante su posicionamiento en la agenda pública y la respuesta social organizada desde diferentes sectores, bajo la responsabilidad del Estado. Plantea como objetivos la Promoción y protección de derechos, la Promoción y Prevención en la Salud Mental y la Atención Integral. Incluye las siguientes actividades de articulación entre los procesos comunitarios del componente de salud mental en Atención Primaria en Salud (D. Rodríguez 2009)¹⁰: 1. Servicios Amigables para Jóvenes y Adolescentes (SAAJ), con reorientación a servicios de salud y promoción de procesos participativos, buscando generar competencias y habilidades en salud mental y en temáticas de salud pública. 2. Atención Integral a las Enfermedades de Prevalencia en la Infancia (AIEPI). 3. Estrategias denominadas Zonas de Orientación Escolar (ZOE), Centros de Escucha (CE) y Escuelas Saludables.

No obstante, en la red hospitalaria colombiana, las instituciones de Salud Mental continúan orientadas básicamente al manejo de los cuadros agudos (aparición o exacerbación de sintomatología afectiva, conductual o psicótica que altere la funcionalidad del paciente de manera significativa o suponga un riesgo para sí mismo o los demás). Dentro de los criterios de ingreso hospitalario se incluyen: intento o ideación suicida, conductas que generen riesgo para otros, presencia de síntomas psicóticos, enfermedad médica grave o compromiso del estado general (inanición, deshidratación, desnutrición), consumo de sustancias que pongan en riesgo la vida del paciente, ausencia de red de apoyo, difícil acceso a atención médica, o factores que dificulten el manejo ambulatorio como ser víctima de violencia, abuso o negligencia (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Colciencias. 2014) (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Colciencias. 2013) (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Colciencias. 2013).^{11,12,13}

La hospitalización pasa a constituirse en el mayor evento para el paciente y su familia, y se da por lo general cuando los síntomas han alcanzado un nivel intolerable (Lin et al. 2008).¹⁴ Una vez es estabilizada la fase aguda, el paciente es dado de alta, y se reintegra a su medio sociofamiliar, muchas veces sin que se cuente con sistemas “intermedios” entre la hospitalización y los programas ambulatorios. Queda entonces como único enlace con el Sistema de Salud la denominada “consulta externa programada” (que hace referencia a consultas de seguimiento y control), que tiene lugar en las Instituciones Prestadoras de Salud. La dificultad para el acceso a dichas consultas, por el alto volumen de pacientes en relación con el número de especialistas, se constituye en una importante barrera que impide no solo un seguimiento adecuado con detección temprana de signos de recaída y manejo de problemas en la adherencia al tratamiento, sino también brindar educación y orientación pertinente a las familias.

Los programas de Hospital Día (también denominados de hospitalización parcial), que pueden cumplir un importante papel de enlace entre la hospitalización y el manejo ambulatorio, se han venido aboliendo en el territorio colombiano. Dichos

programas se enfocan en la atención de pacientes que no precisan de una contención de su sintomatología, y están diseñados para brindar tratamiento farmacológico, psicoterapéutico (individual o grupal) y realizar interconsultas a otras especialidades médicas según sea pertinente. Pueden utilizarse como alternativa a la hospitalización total para aquellos pacientes con trastorno psicótico incipiente o fases agudas que no presentan un riesgo para sí mismos o para otros, y que pueden responder favorablemente a una atención ambulatoria intensiva. También pueden ser una opción en la fase de estabilización después de un episodio agudo, o como medida en la prevención de recaídas en pacientes con historia de alto número de ingresos hospitalarios.

Se estima que la tasa de reingreso para los individuos que son usuarios habituales de los servicios de hospitalización psiquiátrica es de aproximadamente 40% a 50% en el plazo de 1 año del alta hospitalaria (Montgomery and Kirkpatrick 2002).¹⁵ En un estudio realizado en el año 2013 en la Clínica Nuestra Señora de la Paz de Bogotá en el que se analizaron 311 eventos de hospitalización se estableció que 49,5 % cumplía con criterios para rehospitalización temprana (fenómeno que también ha sido llamado de “puerta giratoria”) y que hace referencia a la hospitalización que ocurre en los tres meses siguientes al egreso (Sánchez Pedraza, Jaramillo y Herazo 2012).¹⁶ Se ha planteado entonces, que el modelo tradicional de hospitalizaciones a largo plazo esté siendo reemplazado por el de múltiples hospitalizaciones breves, que se traducen en altos niveles de ocupación hospitalaria (Moss et al. 2014).¹⁷ Este fenómeno genera repercusiones importantes en el sistema de salud, máxime si se tiene en cuenta que las enfermedades mentales y neurológicas causan una carga de morbilidad significativa en todo el mundo, y solo los trastornos mentales representan el 13% de la carga global de enfermedad (Rodríguez, Kohn y Aguilar 2010).¹⁸

En el departamento de Risaralda no existen estudios que den cuenta del fenómeno de reingreso temprano, cuya ocurrencia es palpable en cada una de las instituciones de salud mental. Los altos niveles de ocupación hospitalaria y el reducido número de camas psiquiátricas, como se expondrá más adelante, hacen necesaria la optimización de los recursos a través de la comprensión y el abordaje de los diferentes factores contribuyentes. De lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia y características de los pacientes con reingreso temprano en el Hospital Mental Universitario de Risaralda en los años 2001 a 2013?

2. JUSTIFICACIÓN

Con el advenimiento de la desinstitucionalización, el número de camas psiquiátricas ha disminuido drásticamente alrededor del mundo. En Sao Paulo, Brasil, se calcula que existen 13.2 camas por cada 100.000 habitantes (Alexandre A. Loch 2010),¹⁹ con una disminución del 30% en el territorio nacional en la última década. Los datos de otros países latinoamericanos siguen igual tendencia a la disminución: Chile, -35,6%; Paraguay, -40%; Perú, -2,20%; Uruguay, -40%; Venezuela, -10% y Colombia -8% (Larrobla 2000).²⁰

Si según la OMS “una de cada cuatro personas necesitará atención en salud mental en algún momento de su vida, pero en muchos países solo se invierte en los servicios de salud mental el 2% del total de los recursos destinados al sector de la salud”, y “casi el 70% de los gastos en salud mental se destinan a las instituciones psiquiátricas, razón por la cual se debe invertir en atención primaria, para disminuir los costos por reingresos tempranos, mediante la implementación de servicios básicos de atención y promoción de la salud” (World Health Organization 2011),²¹ es imperativa la utilización eficiente de los escasos recursos destinados al tratamiento de las enfermedades mentales. Los pacientes con una alta frecuencia de hospitalizaciones representan un ejemplo de alta inversión con bajo rendimiento terapéutico y financiero (Juven-Wetzler et al. 2012).²²

Se estima que para el año 2012, la población del Departamento de Risaralda ascendió a 935.910 habitantes, doblando durante un lapso de 35 años la población calculada por el censo de población del año 1973 de 455.887 habitantes (cifras poblacionales que corresponden a las proyecciones para el año 2012 de los datos preliminares del censo 2005 – 2006, efectuadas por el DANE) (Gobernación de Risaralda 2012).²³

En nuestro departamento, se cuenta con dos instituciones especializadas en Salud Mental. Solo una de ellas, el Hospital Mental Universitario de Risaralda, es de carácter público. Brinda atención a pacientes de cuatro Entidades Prestadoras de Salud (EPS) del régimen contributivo, y a la totalidad de los pacientes con enfermedades mentales de los Regímenes subsidiado y vinculado (que carecen de capacidad de pago). Extiende su área de influencia al Norte del Valle y límites con el departamento del Chocó. Para el año 2013, el hospital contaba con 80 camas habilitadas, con un porcentaje ocupacional del 87.14 %, y un promedio de estancia hospitalaria de 17.1 días (Baron 2015).²⁴

Empíricamente, es posible identificar un grupo de pacientes relativamente estable que reingresa con regularidad a las diferentes áreas de hospitalización. Se propone en este trabajo la medición de la frecuencia de los reingresos que ocurren en los tres meses siguientes al alta hospitalaria y la identificación de las características asociadas, con el objetivo a mediano plazo de implementar estrategias costo-efectivas que permitan mejores abordajes desde las redes de

servicios en salud mental. Dichas redes, deben procurar no solo por la satisfacción de las necesidades de la población, que incluyen tratamientos, procesos de rehabilitación, realización de actividades de promoción y prevención; sino también facilitar el acceso al sistema de salud y garantizar el intercambio adecuado de información.

Las acciones en Salud Mental deben desarrollarse en coordinación con otros sectores, para fortalecer estrategias que permitan la continuidad de cuidados, la cooperación y corresponsabilidad con los pacientes, asegurando así el respeto de sus derechos y la calidad de los servicios prestados a través de planes estratégicos que respondan a las características demográficas y epidemiológicas, con suficientes y calificados recursos humanos, terapéuticos, financieros y de infraestructura.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la frecuencia de reingresos e identificar los factores asociados en pacientes del Hospital Mental Universitario de Risaralda mediante la revisión de historias clínicas de los años 2011 a 2013.

Objetivos específicos

- Calcular la frecuencia de reingresos hospitalarios según diagnóstico.
- Identificar factores asociados al reingreso.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Establece además que los trastornos mentales representan aproximadamente el 12% del total de la carga global de las enfermedades, y en el año 2020 representará aproximadamente el 15% de la discapacidad ajustada a los años de vida perdidos por enfermedad. En los E.E.U.U., se estima que los costos directos de los tratamientos en salud mental son anualmente de 148 billones de dólares, representando el 2.5% del producto nacional bruto (Organización Mundial de la Salud OMS 2003).²⁵

En un estudio publicado en la Revista Paramericana de Salud Pública en el año 2005, se estableció que las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada durante el año precedente de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9%; y el abuso o la dependencia del alcohol de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general (Kohn et al. 2005).²⁶

Se ha calculado que en Latinoamérica la enfermedad mental es responsable del 8,2% de la carga de los DALY (disability adjusted life years), es decir, los años de vida ajustados por discapacidad, y del 33,2% de los YLD (years lived with disability), o los años vividos con discapacidad (Vicente et al. 2005).²⁷

Por lo menos 40,1% de la población de Colombia ha padecido alguna vez en su vida de algún trastorno mental, y la prevalencia anual es de 16,0%. Los trastornos de ansiedad y los relacionados con el estado de ánimo son los más frecuentes en las mujeres, y los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, en los hombres (Organización Panamericana de la Salud 2012).²⁸

En la mayoría de los países, las familias soportan una proporción significativa de estos costos económicos por la ausencia de redes integrales de servicios de salud mental financiadas con fondos públicos. También incurren en costos sociales, tales como la carga emocional de cuidar a los miembros discapacitados de la familia, la disminución de calidad de vida de los cuidadores, la exclusión social, la estigmatización y la pérdida de oportunidades futuras para el desarrollo personal (Organización Mundial de la Salud OMS 2003).²⁵

Aunque no existe un consenso, la mayoría de los estudios definen los pacientes con reingreso frecuente como los que están siendo admitido al menos una vez en 6 meses, en promedio, durante el un período de uno a dos años (Juven-Wetzler et al. 2012).²² Cuando la rehospitalización se da en el plazo de 3 meses posterior al egreso, tiene lugar el denominado **reingreso temprano** en psiquiatría o también rehospitalización a corto plazo (Sánchez Pedraza, Jaramillo y Herazo 2012).¹⁶

En el fenómeno del reingreso intervienen múltiples factores relacionados con el comienzo y curso de la enfermedad, las características del cuadro psicopatológico, el tratamiento, el apoyo social y las experiencias vitales (Doering et al. 1998).²⁹

Una historia de ingresos previos parece ser un predictor importante de readmisión. Desde la perspectiva de la atención, se han mencionado la breve duración de la hospitalización y el acceso al seguimiento ambulatorio. Otros factores relativos al paciente tienen que ver con el diagnóstico (trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad), el abuso de sustancias psicoactivas, la no adherencia al tratamiento, la presencia de comorbilidad médica; variables demográficas (sexo masculino, estado civil) y sociales (falta de vivienda, desempleo), el ingreso inicial involuntario y la salida del hospital en contra del consejo médico (alta voluntaria) (Moss et al. 2014) (Korkeila, Karlsson, and Kujari 1998).^{17,30}

En un estudio realizado en Brasil, se menciona además el papel importante que juega la familia que desea la institucionalización del paciente o su internación prolongada (Alexandre A. Loch 2010).¹⁹

Dos estudios realizados en Colombia encontraron asociación significativa con las variables estado civil separado (tienen mayor riesgo que los casados), diagnóstico relacionado con uso de sustancias, diagnóstico secundario a condición médica (tienen menor riesgo que los pacientes con enfermedad maníaco-depresiva) y salida por remisión. La duración de la estancia (mayor a 15 días) y el número de episodios previos también se asociaron con la rehospitalización (Sánchez Pedraza, Jaramillo, and Herazo 2012) (Jaramillo, Sánchez, and Herazo 2011).^{16,31}

Se ha considerado además la " brecha administrativa y / o clínica" entre servicios hospitalarios y ambulatorios como una posible causa contribuyente al "fenómeno de la puerta giratoria", pues un número considerable de pacientes psiquiátricos no están vinculados con éxito a la atención ambulatoria después de una hospitalización aguda: las estimaciones van desde 22 hasta 90% (Juven-Wetzler et al. 2012).²²

Las diferencias demográficas y socioculturales con los países desarrollados y con otras regiones del país donde se han realizado la mayoría de las investigaciones que arrojan los datos citados plantean la necesidad de valorar este fenómeno en nuestra región para establecer, ya sea la generalización de estos hallazgos, o la existencia de factores idiosincráticos, y plantear así en un futuro estrategias de

intervención pertinentes y costo-efectivas que permitan prevenir la rehospitalización temprana.

4.2 MARCO GEOGRÁFICO Y POBLACIONAL

Marco Geográfico: Departamento de Risaralda y área de influencia del Hospital Mental Universitario de Risaralda.

El departamento está dividido administrativamente en 14 municipios, 19 corregimientos, numerosos caseríos y centros poblados.

Marco Poblacional: La población urbana y rural del departamento de Risaralda, Norte del Valle y límites con Chocó.

4.3 FUENTES DE INFORMACION

Registros Hospital Mental Universitario de Risaralda (HOMERIS) años 2011, 2012 y 2013.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Investigación cuantitativa descriptiva y evaluativa de corte transversal retrospectiva.

5.2 Población

Registros de pacientes con reingreso temprano al Hospital Mental Universitario de Risaralda.

5.3 Muestra

La población objeto de estudio se extrajo de la consolidación de la base de datos de los pacientes que ingresaron por hospitalización durante el periodo 2011-2013. Se identificó el número de pacientes con más de 2 reingresos durante el periodo y al menos un reingreso con menos de 90 días transcurridos desde el egreso. Se excluyeron los pacientes identificados como inimputables y de larga estancia.

En total se identificaron 159 pacientes que cumplían con las condiciones para el análisis de las historias clínicas. Para efectos de realizar un análisis completo de las historias clínicas se calculó una muestra, utilizando un muestreo aleatorio simple proporcional y se consideró que la proporción esperada de pacientes que reingresan en menos de 90 días es del 50%, un error de precisión del 8% y un nivel de confianza del 95%. El tamaño de la muestra fue de 77 pacientes.

Método de selección: se listaron y se enumeraron los 159 pacientes, se escogieron aleatoriamente mediante la generación de 77 números aleatorios entre 1 y 159.

Calculo del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(1 - P)}{\varepsilon^2(N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}$$

Ecuación 1: Fórmula para calcular el tamaño de la muestra con un muestro aleatorio simple proporcional.

Dónde:

P=0.5: es el porcentaje de los pacientes con reingreso antes de 90 días.

N=159: Total de la población

$Z_{\alpha/2} = 1.96$: Valor de tabla de la normal cuando el nivel de confianza es del 95%

$\varepsilon = 0.08$: Error de precisión

$$n = \frac{1.96^2 * 159 * 0.5(1 - 0.5)}{0.8^2 * (158) + 1.96^2 * 0.5(1 - 0.5)} = \frac{152.7}{1.9716} = 77.44 = 77$$

5.4 Variables

Edad

Sexo

Procedencia

Estado civil

Número de hijos

Escolaridad

Actividad laboral

Régimen de Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud

Entidad Prestadora de Salud (EPS)

Diagnóstico

Total de Ingresos en el periodo
Duración de cada hospitalización
Seguimiento ambulatorio
Quien realiza el seguimiento
Adherencia al tratamiento
Entrega oportuna del medicamento
Comorbilidad médica
Presencia de red de apoyo
Calidad de la red de apoyo
Tipo de ingreso
Tipo de egreso

5.5 Unidad de análisis

Registro que contiene la información de pacientes con reingreso temprano.

5.6 Criterios de inclusión

Registros intrahospitalarios años 2011-2013 de pacientes con reingreso temprano.

5.7 Criterios de exclusión

Reingreso en un período mayor a 3 meses en el periodo de observación.

5.8 Técnicas de recolección de información

- a) Revisión de historias clínicas del Hospital Mental Universitario de Risaralda.
- b) Instrumento de tabulación de información. (Anexo 1).

6. PLAN DE ANÁLISIS

6.1 Captura de la Información

Base de datos de egresos hospitalarios de los meses Enero a Diciembre de los años 2011, 2012 y 2013 respectivamente.

6.2 Procesamiento de información

Se procedió a la revisión de las historias clínicas de los 77 pacientes y al diligenciamiento del instrumento mediante el Instructivo diseñado para tal fin.

6.3 Codificación y análisis de datos

Se procesó la información con el programa SPSS y se aplicó un análisis descriptivo, además de tablas de contingencia, para verificar la significancia de las variables en relación con el fenómeno de reingreso temprano.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

Según la resolución 8430 de 1993, esta se considera una investigación sin riesgo, pues no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de ningún individuo, ya que los datos se tomaron de bases de datos existentes. Por lo tanto, no requiere consentimiento informado.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Mental Universitario de Risaralda (HOMERIS).

8. ASPECTOS MEDIO AMBIENTALES

Todos los aspectos relacionados con el estudio se manejaron en medio magnético para contribuir al cuidado del medio ambiente.

9. RESULTADOS

De los 2319 pacientes que egresaron durante el periodo comprendido entre los años 2011 y 2013, 320 (13.8%) fueron hospitalizados nuevamente en los 3 meses siguientes al alta, cumpliendo los criterios para reingreso temprano. Estos 320 pacientes tuvieron en total 1434 hospitalizaciones.

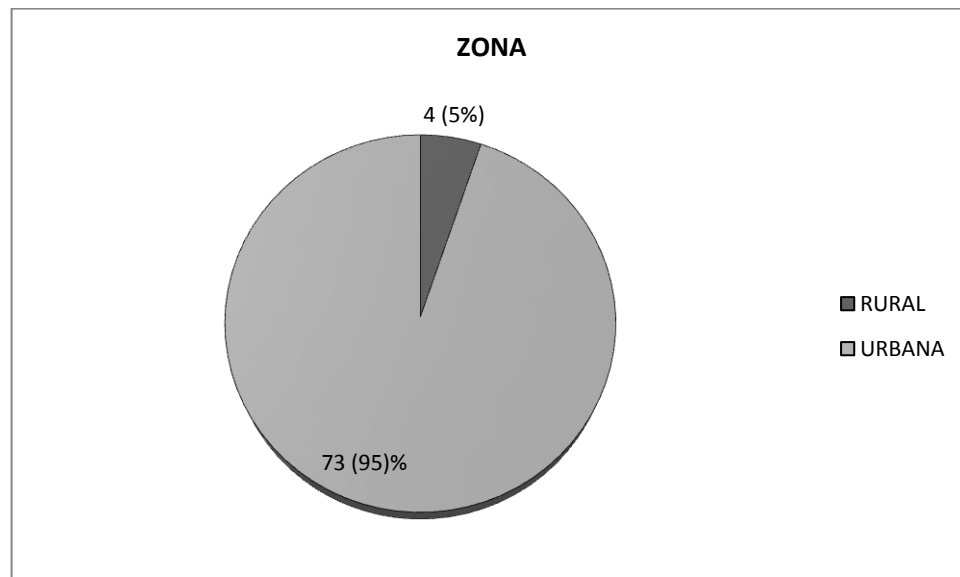
De la muestra obtenida, correspondiente a 77 casos, más de la mitad de los pacientes eran de sexo masculino (60%).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según sexo.

SEXO	TOTAL	%
FEMENINO	31	40%
MASCULINO	46	60%
TOTAL GENERAL	77	100%

La mayoría de los pacientes de la muestra procedía del área urbana.

Gráfica 1. Distribución de los pacientes según procedencia.



La mayoría de las edades estuvieron comprendidas entre los 20 y 39 años al momento del primer ingreso. La tendencia por grupos de edad fue similar para ambos sexos.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según sexo y edad.

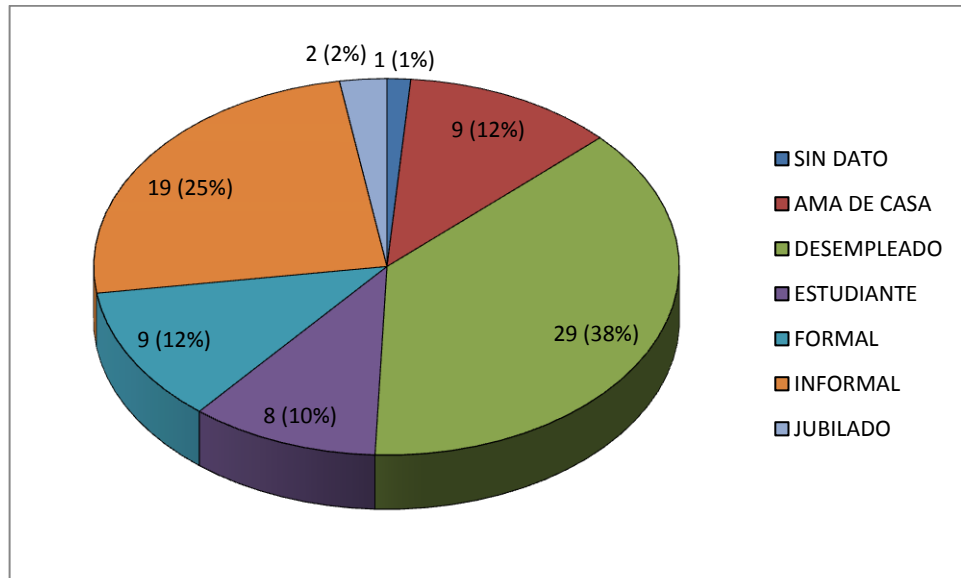
GRUPO EDAD	SEXO				Total General	
	FEMENINO		MASCULINO			
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
De 10 a 19 años	2	6%	5	11%	7	9%
De 20 a 29 años	8	26%	13	28%	21	27%
De 30 a 39 años	12	39%	15	33%	27	35%
De 40 a 49 años	7	23%	7	15%	14	18%
Mayor de 50 años	2	6%	6	13%	8	10%
Total general	31	100%	46	100%	77	100%

El 62.3% de los pacientes solo realizó estudios de básica primaria, y al momento del primer ingreso la mayoría de los pacientes (38%) se encontraba desempleado.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según escolaridad.

ESCOLARIDAD	TOTAL	%
BASICA PRIMARIA	48	62,3%
SECUNDARIA	25	32,5%
SIN DATO	2	2,6%
UNIVERSITARIO	2	2,6%
TOTAL GENERAL	77	100%

Gráfica 2. Distribución de los pacientes según la actividad laboral.



El 75% de los pacientes no tenía relación de pareja vigente al momento del primer ingreso (58% de los pacientes eran solteros y 17% divorciados). Sin embargo, al discriminar por sexo, se encontró que mayor número de mujeres se encontraban casadas o en unión libre en comparación con los hombres.

Tabla 4. Distribución según estado civil.

ESTADO CIVIL	SEXO		Total general
	FEMENINO	MASCULINO	
CASADO (A)	5	5	10 (13%)
DIVORCIADO (A)	7	6	13 (17%)
SOLTERO (A)	12	33	45 (58%)
UNIÓN LIBRE	7	2	9 (12%)
Total general	31	46	77

Si bien 51% de los pacientes tiene hijos, esta cifra está representada mayoritariamente por las mujeres (22 tenían hijos al momento del ingreso, versus 17 hombres), con un solo hijo en el mayor porcentaje de los casos.

Tabla 5. Distribución según número de hijos.

NUMERO HIJOS	FEMENINO	MASCULINO	Total general/%
0 HIJOS	9	29	38 (49%)
1 HIJO	13	8	21 (27%)
2 HIJOS	6	6	12 (16%)
3 HIJOS	3	2	5 (7%)
6 HIJOS		1	1 (1%)

Respecto al tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en salud, el 60% de los pacientes pertenecían al régimen subsidiado.

Gráfica 3. Distribución de los pacientes según afiliación al Sistema de Salud.

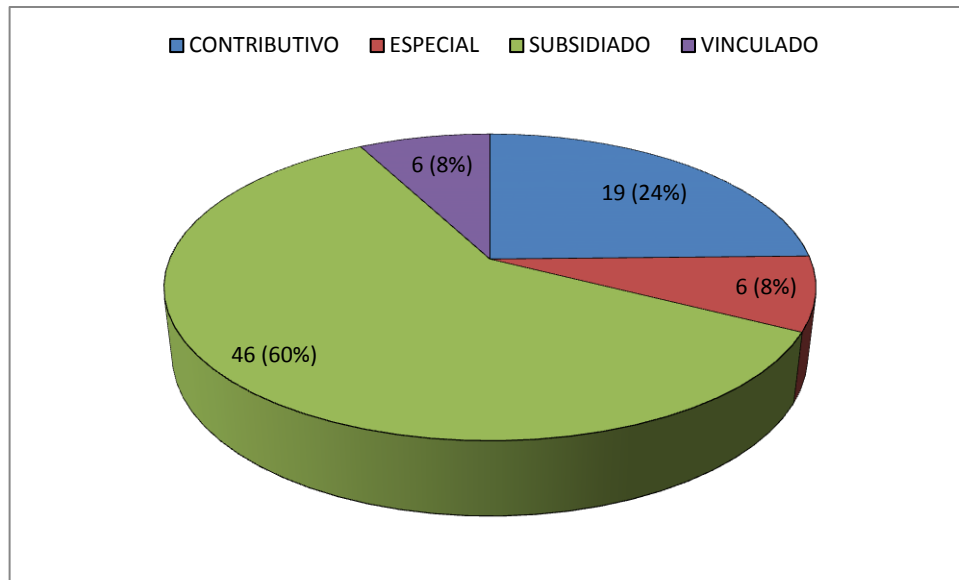


Tabla 6. Resumen según el sexo del paciente

VARIABLES		SEXO		TOTAL GENERAL	% GENERAL
		FEMENINO	MASCULINO		
		TOTAL	TOTAL		
PROCEDENCIA	RURAL	2	2	4	5,2%
	URBANA	29	44	73	94,8%
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	5	5	10	13,0%
	DIVORCIADO (A)	7	6	13	16,9%
	SOLTERO (A)	12	33	45	58,4%
	UNIÓN LIBRE	7	2	9	11,7%
ESCOLARIDAD	BASICA PRIMARIA	20	28	48	62,3%
	SECUNDARIA	10	15	25	32,5%
	SIN DATO	0	2	2	2,6%
	UNIVERSITARIO	1	1	2	2,6%
ACTIVIDAD LABORAL	AMA DE CASA	8	1	9	11,7%
	DESEMPLEADO	12	17	29	37,7%
	ESTUDIANTE	4	4	8	10,4%
	FORMAL	3	6	9	11,7%
	INFORMAL	3	16	19	24,7%
	JUBILADO	1	1	2	2,6%
	SIN DATO	0	1	1	1,3%
REGIMEN	CONTRIBUTIVO	11	8	19	24,7%
	ESPECIAL	2	4	6	7,8%
	SUBSIDIADO	17	29	46	59,7%
	VINCULADO	1	5	6	7,8%

El diagnóstico más frecuente en el primer ingreso hospitalario fue el de TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS (n=17), equivalente al 22% del total. Asimismo, este fue el diagnóstico principal en los pacientes que reingresaron más de 9 veces a la institución de salud durante el periodo en estudio (n=6), y en los que permanecieron más tiempo hospitalizados (más de 16 días). La tabla 7 muestra la distribución de los pacientes por diagnóstico principal según el sexo.

Tabla 7. Diagnósticos.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	sexo		TOTAL
	FEM	MAS	
F311: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	10	7	17
F192: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE MULTIPLES DROGRAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: SÍNDROME DE DEPENDENCIA	2	3	5
F203: ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	1	4	5
F318: OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES	2	3	5
F711: RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCIÓN O TRATAMIENTO	1	4	5
F200: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	1	2	3
F312: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS	2	1	3
F316: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO MIXTO PRESENTE	1	2	3
F319: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR NO ESPECIFICADO	2	1	3
F919: TRASTORNO DE CONDUCTA, NO ESPECIFICADO	1	2	3
F112: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE OPIACEOS: SINDROME DE DEPENDENCIA	1	1	2
F39X: TRASTORNO DEL HUMOR NO ESPECIFICADO	1	1	2
F608: OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	1	2	3
F201: ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA		1	1
F205: ESQUIZOFRENIA RESIDUAL		1	1
F063: TRASTORNO DEL HUMOR AFECTIVO ORGANICO		1	1
F122: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDROME DE DEPENDENCIA		1	1
F125: TRASTORNO MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE CANABINOIDES, EPISODIO PSICÓTICO		1	1
F314: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS		1	1
F315: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS		1	1
F321: EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	1		1
F330: TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EPISODIO LEVE PRESENTE	1		1
F39X: TRASTORNO DEL HUMOR AFECTIVO ORGANICO		1	1
F412: TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	1		1
F419: TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	1		1
F429: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO NO ESPECIFICADO		1	1
F432: TRASTORNO DE ADAPTACION		1	1
F602: TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD		1	1
F719: RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	1		1
F062: TRASTORNO DELIRANTE ORGÁNICO		1	1
F339: TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE SIN ESPECIFICACION		1	1
Total general	31	46	77

Los trastornos bipolares, agrupados como gran entidad clínica, ocupan el primer lugar dentro de todos los diagnósticos, por encima de las psicosis crónicas, la dependencia a sustancias, el retraso mental, los trastornos depresivos y de ansiedad y los trastornos de personalidad. Es, además, el trastorno más relacionado con el alto número de reingresos, como se puede evidenciar en la tabla 8.

Tabla 8. Diagnósticos en pacientes con mayor número de reingresos.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL EN PACIENTES CON MÁS DE 9 REINGRESOS	TOTAL
F311: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	6
F318: OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES	2
F201: ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA	1
F200: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	1
F203: ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	1
F316: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO MIXTO PRESENTE	1
F419: TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	1
F711: RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCIÓN O TRATAMIENTO	1
F719: RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	1

Del total de 77 pacientes, 24 fueron diagnosticados con más de una patología, con predominio de los Trastornos relacionados con uso y abuso de sustancias (Tabla 8).

Tabla 9. Distribución por segundo diagnóstico.

DIAGNOSTICO 2	TOTAL
F122 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDROME DE DEPENDENCIA	3
F192 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE MULTIPLES DROGRAS Y AL USO E OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: síndrome de dependencia	3
F125 TRASTORNO MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE CANABINOIDES, EPISODIO PSICÓTICO	2
F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE	4
F709 RETRASO MENTAL LEVE	1

Tabla 9. (Continuación).

F102 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	2
F311 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	1
F438 OTRAS REACCIONES AL ESTRÉS GRAVE	1
F602 TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	1
F607 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE	1
F608 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	1
F609 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO	1
F606 TRASTORNO EVITATIVO DE LA PERSONALIDAD	1
Z864 HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	2
Total general	24

En 21 casos se detectaron comorbilidades, con diagnósticos distribuidos por sistemas así:

Tabla 10. Comorbilidades discriminadas por sistema.

COMORBILIDAD		TOTAL
CARDIOVASCULAR	HTA	3
	VALVULOPATÍA	1
ENDOCRINO	DIABETES MELLITUS	5
	HIPOTIROIDISMO	4
GENITOURINARIO	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	1
NERVIOSO	ENFERMEDAD DE PARKINSON	2
	EPILEPSIA	2
	TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO	1
PATOLOGÍAS INFECCIOSAS	TUBERCULOSIS	1
	VIH	1

La tabla 11 muestra el cálculo de la frecuencia de ingresos por paciente durante el periodo analizado. Se evidencia que la mayoría de pacientes tuvo entre 3 y 7 reingresos.

Tabla 11. Frecuencia de ingresos.

NÚMERO DE INGRESOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	20	26,0
4	13	16,9
5	11	14,3
6	8	10,4
7	7	9,1
8	3	3,9
9	3	3,9
10	3	3,9
11	2	2,6
12	2	2,6
13	3	3,9
14	1	1,3
15	1	1,3
Total	77	100,0

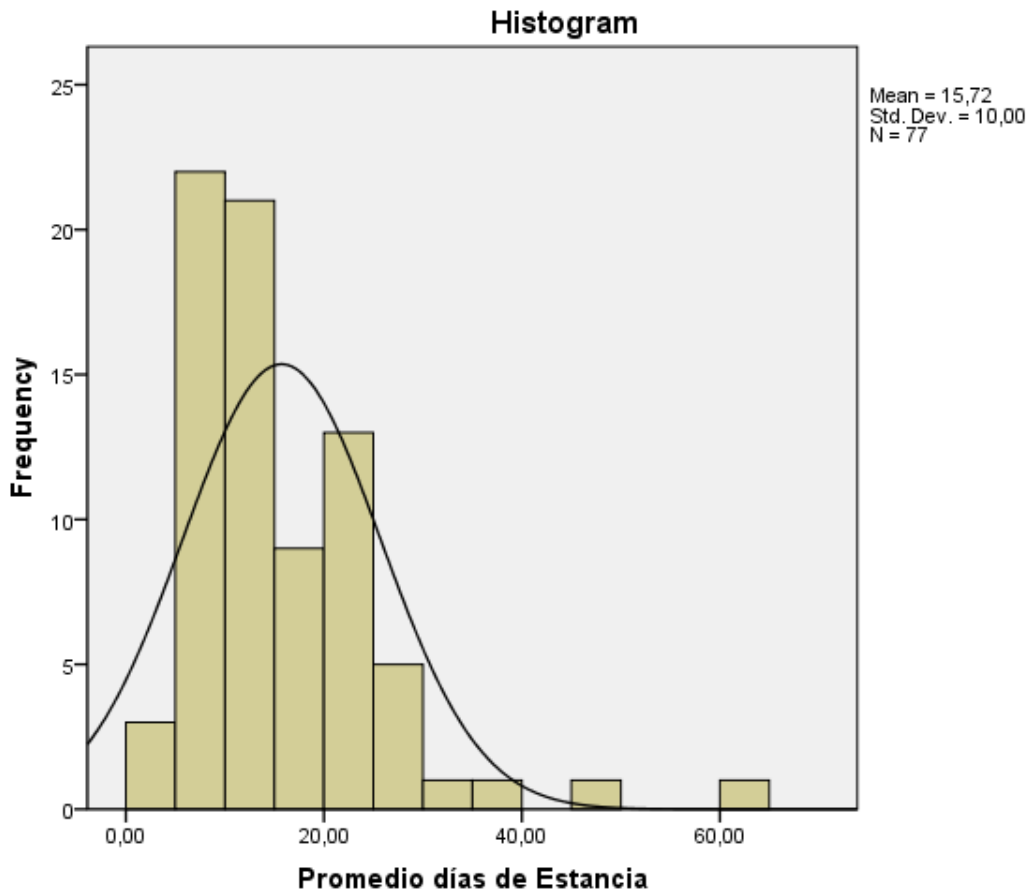
En promedio, los pacientes reingresaron durante el periodo analizado 6 veces. El 26% de los pacientes (n=20) reingresó 3 veces (equivalente a la MODA=3) y solo un paciente reingreso 15 veces.

Tabla 12. Promedio de reingresos.

Estadísticos Descriptivos	
Promedio	5,96
Mediana	5,00
Moda	3
Mínimum	3
Máximum	15

Para los días de estancia se calculó el promedio de los días de hospitalización sobre el número de reingresos durante el periodo de los 77 pacientes, En promedio los pacientes estuvieron aproximadamente 16 días hospitalizados.

Gráfica 4. Días de estancia.



Si bien la mayoría de los pacientes tuvo seguimiento ambulatorio por parte de Médico Psiquiatra, con entrega oportuna de medicamentos, los porcentajes de abandono total o parcial de tratamiento alcanzaron el 62%. El 94% de los pacientes contaba con red de apoyo, pero esta fue calificada como buena solo en el 31% de los casos.

Respecto a si el primer ingreso hospitalario fue voluntario o no, encontramos que la hospitalización involuntaria se registró en la mayor parte de los casos (58%). Solo el 1% de los pacientes egresó de la institución en contra del consejo médico (alta voluntaria).

Tabla 13. Resumen variables Seguimiento y Adherencia al tratamiento, Red de Apoyo, Tipo de Ingreso/Egreso.

VARIABLE		TOTAL	PORCENTAJE
SEGUIMIENTO AMBULATORIO	SIN DATO	3	4%
	NO	17	22%
	SI	57	74%
QUIEN REALIZA EL SEGUIMIENTO	SIN DATO	20	26%
	MEDICO GENERAL	8	10%
	PSIQUIATRA	49	64%
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	SIN DATO	3	4%
	NO	25	32%
	PARCIAL	23	30%
	SI	26	34%
ENTREGA DE MEDICAMENTOS	SIN DATO	12	16%
	NO	6	8%
	SI	59	77%
RED DE APOYO	AUSENTE	5	6%
	PRESENTE	72	94%
CALIDAD RED DE APOYO	SIN DATO	4	5%
	BUENA	24	31%
	MALA	9	12%
	REGULAR	40	52%
TIPO DE INGRESO	INVOLUNTARIO	45	58%
	VOLUNTARIO	32	42%
TIPO EGRESO	ALTA VOLUNTARIA	1	1%
	POR DECISIÓN MEDICA	76	99%

Las variables Grupo de edad (de 30 a 39 años), Sexo (masculino) y Tipo de ingreso (involuntario) tuvieron un nivel de significancia del 5%, en relación con mayor número de ingresos (>6). Las variables Procedencia (urbana), Adherencia al tratamiento (mala), y Red de apoyo tuvieron un nivel de significancia del 10%, como puede apreciarse en la tabla 13. Se estableció la relación de la variable Red de Apoyo con la de Calidad de la red de apoyo. El el impacto de la red de apoyo

en el reingreso es estadísticamente significativo cuando la calidad de esta es regular.

Tabla 14. Niveles de significancia estadística.

VARIABLE		Numero de reingresos		Pearson Chi-Square Tests
		Bajo <6	Alto>6	Sig.
Grupos de edad	De 10 a 19 años	6	1	0,036
	De 20 a 29 años	13	8	
	De 30 a 39 años	15	12	
	De 40 a 49 años	4	10	
	Mayor de 50años	7	1	
Sexo	FEMENINO	14	17	0,050
	MASCULINO	31	15	
Procedencia	RURAL	4	0	0,083
	URBANA	41	32	
Estado civil	CASADO (A)	5	5	0,873
	DIVORCIADO (A)	7	6	
	SOLTERO (A)	27	18	
	UNIÓN LIBRE	6	3	
Escolaridad	sin dato	1	1	0,968
	BASICA PRIMARIA	29	19	
	SECUNDARIA	14	11	
	UNIVERSITARIO	1	1	
Actividad laboral	sin dato	0	1	0,501
	AMA DE CASA	4	5	
	DESEMPLEADO	18	11	
	ESTUDIANTE	6	2	

	FORMAL	4	5	
	INFORMAL	11	8	
	JUBILADO	2	0	
Régimen	CONTRIBUTIVO	10	9	0,797
	ESPECIAL	3	3	
	SUBSIDIADO	29	17	
	VINCULADO	3	3	
Adherencia al tratamiento	sin dato	1	2	0,060
	NO	20	5	
	PARCIAL	11	12	
	SI	13	13	
Red de apoyo	AUSENTE	1	4	0,071
	PRESENTE	44	28	
Calidad red de apoyo	sin dato	1	3	0,465
	BUENA	16	8	
	MALA	5	4	
	REGULAR	23	17	
Tipo de ingreso	INVOLUNTARIO	45	0	0,001
	VOLUNTARIO	0	32	
Egreso	ALTA VOLUNTARIA	1	0	0,396
	POR DECISIÓN MEDICA	44	32	

10. DISCUSIÓN

En total, 320 pacientes presentaron al menos un reingreso temprano al Hospital Mental de Risaralda durante los años 2011 a 2013. Esta cifra, que corresponde al 13.8% del total ingresos de la institución, está dentro de lo reportado por la literatura, que registra porcentajes que van del 4 al 50% (dependiendo de los criterios que se usen en la población estudiada) (Sánchez Pedraza, Jaramillo, and Herazo 2012) (Vogel and Huguelet 1997) (Gastal et al. 2000).^{16,32,33}

Sin embargo, al contemplar los eventos de hospitalización, encontramos que estos 320 pacientes aportaron 1434 ingresos, que representan el 38% del total de 3746 hospitalizaciones registradas en los 3 años que analiza el estudio.

La mayoría de los pacientes fueron de sexo masculino (significancia estadística del 5% en relación con riesgo de mayor número de ingresos), dato que concuerda con los reportes internacionales pero no con estudios realizados en el país, donde la mayor parte de reingresos correspondieron a mujeres (Sánchez Pedraza, Jaramillo, and Herazo 2012) (Moss et al. 2014) (Korkeila, Karlsson, and Kujari 1998) (Jaramillo, Sánchez, and Herazo 2011).^{16,17,30,31} Este hallazgo puede tener relación con el que las mujeres cuenten con mayor acompañamiento familiar, como se analizará más adelante. Es probable que la idiosincrasia de la cultura cafetera, con el papel de la mujer como eje central en la adhesión familiar se traduzca en mayor cuidado, reflejándose en un menor número de hospitalizaciones.

La predominancia de pacientes procedentes del área urbana (95%) no guarda relación con los reportes de distribución de patología mental en nuestro país. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015, la prevalencia para toda la vida de cualquier trastorno mental en adultos alcanza en zonas urbanas el 10% y en zonas rurales el 6.1%, cifra que no es despreciable³⁴(Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social 2015). Se plantea que la escasa

representación de la población rural en la muestra estudiada puede estar relacionada ya sea con la falta de capacitación en los primeros niveles de atención que impide un diagnóstico oportuno, o con las dificultades para el acceso a niveles de mayor complejidad con atención especializada como el Hospital Mental Universitario de Risaralda.

La edad de la mayoría de los pacientes al momento del primer ingreso, entre 20 y 39 años, y sin diferencias respecto al sexo, probablemente corresponda a la coincidencia con la edad de inicio de síntomas del Trastorno Afectivo Bipolar, que fue el diagnóstico más frecuente en la muestra (American Psychiatric Association 2013)³⁵. Estos hallazgos son consistentes con otros reportes, que establecen que por lo general los pacientes con alto número de reingresos tienden a ser jóvenes (Vogel and Huguelet 1997) (Hofmann et al. 1992) (Morlino et al. 2011).^{32,36,37} En el análisis, se estableció riesgo estadísticamente significativo para un mayor número de reingresos para el grupo de edad de 30 a 39 años.

Los hallazgos respecto a altos niveles de desempleo e informalidad laboral coinciden con otros reportes (Moss et al. 2014) (Gastal et al. 2000) (Morlino et al. 2011) (Oyffe et al. 2009)^{17,33,37,38} y se relacionan también con características per se de la población atendida en la institución, en su gran mayoría perteneciente a los regímenes subsidiado y vinculado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El no tener relación de pareja vigente al momento de la primera hospitalización se constituyó en un factor predominante en la muestra en general. Este hallazgo coincide con los de otros estudios, en los que se relaciona el estado civil soltero o separado con mayor número de ingresos (Sánchez Pedraza, Jaramillo, and Herazo 2012) (Alexandre A. Loch 2010) (Hofmann et al. 1992) (Morlino et al. 2011).^{16,19,36,37} Sin embargo, al comparar ambos sexos, un mayor número de mujeres permanecía casada o en unión libre al momento del primer ingreso. Igual tendencia se evidencia respecto a la presencia de hijos, mayor número de mujeres

tenían al menos un hijo al momento del primer ingreso en comparación con los hombres. Este hallazgo refuerza el planteamiento respecto a que, en nuestra región, por cuestiones culturales, las mujeres cuentan con mayor acompañamiento familiar.

Agrupados por grandes entidades clínicas, los diagnósticos más frecuentes son los Trastornos Afectivos bipolares con un porcentaje del 47% (Trastorno Afectivo Bipolar Episodio Maniaco sin síntomas psicóticos, Episodio Maniaco con síntomas psicóticos Episodio Mixto, Episodio Depresivo grave sin síntomas psicóticos, Episodio Depresivo grave con síntomas psicóticos, No especificado , Otros trastornos bipolares), seguidos por las Esquizofrenias con 13% (Esquizofrenia Indiferenciada, Paranoide, Hebefrénica, Residual), los Trastornos relacionados con consumo de sustancias con 12% (Múltiples sustancias, Opiáceos, Cannabis) y Retraso Mental con 8%. Del total de pacientes, 24 recibieron un segundo diagnóstico, siendo el 50% relacionado con consumo de sustancias psicoactivas y el 38% con Trastornos de Personalidad. En síntesis, 20 pacientes tenían como primer o segundo diagnóstico el relacionado con consumo de sustancias. En los estudios realizados en Colombia, los hallazgos respecto a la predominancia del Trastorno Afectivo Bipolar fueron similares, y se encontró igualmente el consumo de sustancias como predictor de rehospitalización temprana (Sánchez Pedraza, Jaramillo, and Herazo 2012) (Jaramillo, Sánchez, and Herazo 2011).^{16,31}

En 21 casos se detectaron comorbilidades médicas, siendo las más frecuentes las Endocrinológicas (Diabetes Mellitus e Hipotiroidismo, 5 y 4 casos respectivamente). Se plantea que este hallazgo, que no se establece en la literatura revisada como predictor de reingreso hospitalario, puede tener relación con las reacciones secundarias de los medicamentos usados para las patologías más frecuentes encontradas en el estudio. El Carbonato de litio, indicado para el manejo del Trastorno Afectivo Bipolar, puede ser causante de Hipotiroidismo en 5 a 35% de los pacientes tratados, sin que ello se constituya en una contraindicación para su uso. Los anticonvulsivantes (ácido valpróico, carbamazepina) y los

antipsicóticos atípicos (clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina) que hacen parte del tratamiento de varias patologías psiquiátricas, dentro de las que se cuentan el Trastorno Afectivo Bipolar, los Trastornos Psicóticos y los Trastornos relacionados con consumo de sustancias, están asociados a aumento de peso e hiperglicemia (American Psychiatric Association 2002).³⁹

Respecto a la duración de la hospitalización, con un promedio de 16 días, puede anotarse que esta es ligeramente menor a la reportada para la población total de pacientes de la Institución en el periodo analizado (16,6 días en el año 2011, 17,5 días en el año 2012, 17,1 días en el año 2013) (Baron 2015) (Baron 2013).^{24,40} Los datos de los estudios revisados son contradictorios, algunos encuentran hospitalizaciones más cortas en los pacientes que reingresan frecuentemente (Botha et al. 2010),⁴¹ y otros una historia de hospitalizaciones prolongadas en pacientes recidivantes (Jaramillo, Sánchez, and Herazo 2011) (Gastal et al. 2000).^{31,33} Otro trabajo reporta que el número de días de hospitalización va disminuyendo a medida que se van sucediendo los reingresos (Oyffe et al. 2009).³⁸ Es posible que la leve menor duración de las hospitalizaciones de la muestra analizada, se relacione con que los ingresos estén motivados más por una serie de factores externos (sociales, familiares) que por la severidad de los síntomas, permitiendo una estabilización pronta con egreso algo más temprano.

La mayoría de los pacientes asistió a controles ambulatorios por Psiquiatría, con entrega oportuna de medicamentos. Establecer si la accesibilidad y oportunidad de estas consultas fueron las adecuadas, teniendo en cuenta las dificultades de nuestro Sistema de Salud, escapa a los alcances de este trabajo, y se constituye en un punto importante para analizar posteriormente dada la importante relación que se ha establecido entre las dificultades del seguimiento ambulatorio y la alta frecuencia de reingresos (Juven-Wetzler et al. 2012) (Hofmann et al. 1992).^{22,36} Es llamativo, además, que si la mayoría de los pacientes tuvo acceso al seguimiento ambulatorio y a la medicación se registren tan altos porcentajes de abandono total o parcial del tratamiento, variable asociada por otros trabajos con mayor riesgo de

rehospitalización (Jaramillo, Sánchez, and Herazo 2011) (Sullivan et al. 1995),^{31,42} y que en este estudio tiene una significancia estadística del 10% para mayor número de reingresos.

La baja calidad de la red de apoyo (regular a mala en 64% de los casos) coincide con los hallazgos de otros estudios que registran la relación entre las dificultades relativas al entorno del paciente (falta de soporte social, estigma, búsqueda de institucionalización) y el alto número de reingresos (Alexandre A. Loch 2010) (Morlino et al. 2011) (Sullivan et al. 1995) (Alexandre A. Loch 2012).^{19,37,42,43}

Respecto al tipo de ingreso, los porcentajes de hospitalización voluntaria e involuntaria fueron similares, con un ligero predominio de la segunda modalidad, probablemente en relación con la severidad de los síntomas al momento de la consulta a los servicios de urgencias, que altera la capacidad del individuo de reconocer la necesidad de la internación. Se estableció riesgo estadísticamente significativo de mayor número de reingresos para aquellos que ingresaron involuntariamente.

Aunque la mayoría de los ingresos fueron involuntarios, solo en uno de los casos analizados el egreso se dio por retiro voluntario. En este punto, es necesario aclarar que en el caso de pacientes psiquiátricos con alteraciones en el juicio y en la capacidad de autodeterminarse, como ocurre en casos de Episodios afectivos Graves o Episodios Psicóticos, es la familia la que debe tramitar esta solicitud. Como se analizó anteriormente, la baja calidad de las redes de apoyo probablemente hace que las familias no estén dispuestas a asumir el cuidado del paciente prematuramente, máxime cuando aún se encuentra sintomático y su egreso puede constituirse en un riesgo para su integridad y la de ellos mismos.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los pacientes que reingresaron tempranamente al Hospital Universitario de Risaralda representaron el 38% de los eventos totales de hospitalización para el periodo de tiempo analizado. La intervención de este grupo específico probablemente se traducirá en un alivio para la sobrecarga del sistema.
- Las variables con asociación estadísticamente significativa con alto número de reingresos: Edad entre 30 y 39 años, sexo masculino e ingreso involuntario (significancia del 5%) y procedencia urbana, red de apoyo –dependiente de la variable red de apoyo de regular calidad- y adherencia al tratamiento (significancia del 10%).
- La mayoría de los pacientes que reingresaron en los 3 meses posteriores al alta hospitalaria fueron hombres entre 20 y 39 años, procedentes de área urbana, con baja escolaridad y altos niveles de desempleo e informalidad laboral.
- Agrupados por entidades clínicas, los Trastornos del afecto, los Trastornos psicóticos y los Trastorno por consumo de sustancias fueron los más comunes.
- Los Trastornos por consumo de sustancias ocuparon un lugar preponderante, siendo los más frecuentes como segundo diagnóstico, constituyendo una patología dual.
- Las comorbilidades médicas más frecuentes podrían relacionarse con los efectos secundarios de los medicamentos utilizados para las patologías psiquiátricas más prevalentes. Establecer relación de causalidad escapa a los alcances de este trabajo.
- Los pacientes reportan en su mayoría seguimiento ambulatorio por Médico Psiquiatra y entrega oportuna de medicamentos, contrastando con el alto porcentaje de abandono total o parcial del tratamiento. Indagar por la causa de la mala adherencia puede ser objeto de investigaciones posteriores.
- La deficiente calidad de la red de apoyo puede tener relación con muchas otras variables (informalidad laboral, desempleo, consumo de sustancias, mala adherencia terapéutica), reflejando condiciones sociales y familiares adversas que a su vez predisponen a recaídas. La intervención a nivel familiar respecto al conocimiento de la enfermedad mental y la elaboración de estrategias adecuadas de contención puede tener un impacto altamente

positivo en el paciente y su entorno, y a la vez en la disminución de la sobrecarga al sistema de salud.

- La implementación de estrategias como Hospital Día, que actúen como enlace entre la internación y la consulta ambulatoria puede ser de gran utilidad para facilitar el reintegro del paciente a su entorno, mejorar la adherencia al tratamiento e intervenir tempranamente en caso de exacerbaciones sintomáticas que no ameriten manejo intrahospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. 2002. "Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder Second Edition." *American Journal of Psychiatry* 159 (4): 1–82. doi:10.1176/appi.books.9780890423363.50051.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053.
- Baron, Alfredo. 2013. "Informe de Rendición de Cuentas Vigencia 2012 E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda."
- . 2015. "Informe de Rendición de Cuentas Vigencia 2014. E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda," 1–80.
- Botha, UllaA., Liezl Koen, JohnA. Joska, JohnS. Parker, Neil Horn, LindaM. Hering, and PietP. Oosthuizen. 2010. "The Revolving Door Phenomenon in Psychiatry: Comparing Low-Frequency and High-Frequency Users of Psychiatric Inpatient Services in a Developing Country." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45 (4). Springer-Verlag: 461–68. doi:10.1007/s00127-009-0085-6.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. "Ley 1616. (21 de Enero de 2013). Por Medio de La Cual Se Expide La Ley de Salud Mental Y Se Dictan Otras Disposiciones.," 1–17. http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY_1616_DEL_21_DE_ENERO_DE_2013.pdf.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. <http://www.psicosocialart.es/saludmental/saludmental.htm>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud. 2014. "Documento Propuesta de Ajuste de La Política Nacional de Salud Mental Para Colombia 2014," 1–18. <http://www.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/cnts/images/PLAN-NACIONAL-DE-SALUD-MENTAL.pdf>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Colciencias. 2013. *Guía de*

Práctica Clínica Para La Detección Temprana, Diagnóstico Y Tratamiento de La Fase Aguda de Intoxicación de Pacientes Con Abuso O Dependencia Del Alcohol.

———. 2014. *Guía de Práctica Clínica Para El Diagnóstico, Tratamiento E Inicio de La Rehabilitación Psicosocial de Los Adultos Con Esquizofrenia.* [http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Documents/Esquizofrenia/GPC Esquizofrenia Completa \(1\).pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Documents/Esquizofrenia/GPC_Esquizofrenia_Completa_(1).pdf).

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Colciencias. 2013. *Guía de Práctica Clínica Detección Temprana Y Diagnóstico Del Episodio Depresivo Y Trastorno Depresivo Recurrente En Adultos.* http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Depresion/GPC_Comple_Depre.pdf.

Doering, S., E. Muller, W. Kopcke, A. Pietzcher, W. Gaebel, M. Linden, P. Muller, F. Muller-Spahn, J. Tegeler, and G. Schussler. 1998. "Predictors of Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder." *Schizophrenia Bulletin* 24 (1): 87–98. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033316.

Gastal, Fábio L, Sérgio B Andreoli, Maria Inês S Quintana, Maurício Almeida Gameiro, Sérgio O Leite, and John McGrath. 2000. "Predicting the Revolving Door Phenomenon among Patients with Schizophrenic, Affective Disorders and Non-Organic Psychoses." *Revista de Saúde Pública* 34 (3). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: 280–85. doi:10.1590/S0034-89102000000300011.

Gobernación de Risaralda. 2012. "Plan Departamental de Desarrollo 2012-2015: 'Risaralda, Unida, Incluyente Y Con Resultados,'" 1–96.

Hofmann, W, G Gougleris, M Panzer, E Tigiser, R Warken, and F P Zimmer. 1992. "[Multiple admissions to the psychiatric hospital--a study of the status of so-called 'revolving door patients']." *Psychiatrische Praxis* 19 (6). GERMANY: 217–24.

Jaramillo, Luis Eduardo, Ricardo Sánchez, and María Isabel Herazo. 2011. "Factores Relacionados Con El Número de Rehospitalizaciones En Pacientes Psiquiátricos." *Rev. Colomb. Psiquiat* 40 (3): 409–19.

- Juven-Wetzler, A, D Bar-Ziv, S Cwikel-Hamzany, A Abudy, N Peri, and J Zohar. 2012. "A Pilot Study of the 'Continuation of Care' Model in 'Revolving-Door' Patients." *European Psychiatry* 27 (4). Elsevier Masson SAS: 229–33. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.05.003.
- Kohn, Robert, Itzhak Levav, José Miguel Caldas de Almeida, Benjamín Vicente, Laura Andrade, Jorge J. Caraveo-Anduaga, Shekhar Saxena, and Benedetto Saraceno. 2005. "Los Trastornos Mentales En América Latina Y El Caribe: Asunto Prioritario Para La Salud Pública." *Revista Panamericana de Salud Pública* 18 (4-5). Organización Panamericana de la Salud: 229–40. doi:10.1590/S1020-49892005000900002.
- Korkeila, J A, H Karlsson, and H Kujari. 1998. "Readmitted Nonpsychotic Patients and Their Eventual Diagnoses. A Retrospective Study on 64 First-Timers of Inpatient Care in the Psychiatric Clinic of Turku, Finland." *European Psychiatry* 13 (5): 267–69. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L28417068> [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(98\)80033-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80033-3) [http://hz9pj6fe4t.search.serialsolutions.com?sid=EMBASE&issn=09249338&id=doi:10.1016/S0924-9338\(98\)80033-3&atitle=Readmit](http://hz9pj6fe4t.search.serialsolutions.com?sid=EMBASE&issn=09249338&id=doi:10.1016/S0924-9338(98)80033-3&atitle=Readmit).
- Larrobla C. 2000. "Las Políticas de Asistencia Psiquiátrica Y Desinstitucionalización En América Del Sur."
- Lin, Chieh-Hsin, Cheng-Chung Chen, Shing-Yaw Wang, Shih-Chi Lin, Ming-Chao Chen, and Ching-Hua Lin. 2008. "Factors Affecting Time to Rehospitalization in Han Chinese Patients with Schizophrenic Disorder in Taiwan." *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 24 (8). Elsevier: 408–14. doi:10.1016/S1607-551X(08)70164-5.
- Loch, Alexandre A. 2010. "Early-Rehospitalization Rates of Individuals With Psychotic Disorder and Bipolar Disorder in São Paulo, Brazil." *Schizophrenia Research* 117 (2-3). Elsevier B.V.: 525–26. doi:10.1016/j.schres.2010.02.1012.
- Loch, Alexandre Andrade. 2012. "Stigma and Higher Rates of Psychiatric Re-Hospitalization: São Paulo Public Mental Health System." *Revista Brasileira de Psiquiatria* 34 (2). Elsevier: 185–92. doi:10.1590/S1516-44462012000200011.

- Martínez Jambrina, Juan José. 2007. "El Modelo Avilés Para La Implantación Del Tratamiento Asertivo Comunitario: Un Pacto Con La Realidad." *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 7 (2): 147–59. <http://www.oh.aen.es/web/docs/Cuadernos7.2.pdf#page=38>.
- Minoletti, Alberto, Graciela Rojas, and Marcela Horvitz-Lennon. 2012. "Salud Mental En Atención Primaria En Chile: Aprendizajes Para Latinoamérica." *Cad. SaudePública, Rio de Janeiro* 20 (4): 440–47. doi:10.1590/S1414-462X2012000400006.
- Montgomery, Phyllis, and Helen Kirkpatrick. 2002. "Understanding Those Who Seek Frequent Psychiatric Hospitalizations." *Archives of Psychiatric Nursing* 16 (1): 16–24. doi:10.1053/apnu.2002.30494.
- Morlino, M, a Calento, V Schiavone, G Santone, a Picardi, and G de Girolamo. 2011. "Use of Psychiatric Inpatient Services by Heavy Users: Findings from a National Survey in Italy." *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 26 (4): 252–59. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.11.005.
- Moss, Jay, Abby Li, James Tobin, Izak S. Weinstein, Tetsuhiro Harimoto, and Krista L. Lanctôt. 2014. "Predictors of Readmission to a Psychiatry Inpatient Unit." *Comprehensive Psychiatry* 55 (3). Elsevier B.V.: 426–30. doi:10.1016/j.comppsy.2013.11.019.
- Organización Mundial de la Salud OMS. 2003. *El Contexto de La Salud Mental*. http://www.who.int/mental_health/policy/Maqueta_OMS_Contexto_Ind.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. 2012. "Salud En Las Americas 2012." *Salud En Las Americas*, 202–21. http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=30&Itemid=30&lang=es.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1990. "Declaración de Caracas." *Declaración de Caracas*.
- Oyffe, Igor, Rena Kurs, Marc Gelkopf, Yuval Melamed, and Avi Bleich. 2009. "Revolving-Door Patients in a Public Psychiatric Hospital in Israel: Cross Sectional Study." *Croatian Medical Journal* 50 (6): 575–82. doi:10.3325/cmj.2009.50.575.

- Regina, Antonia, and Ferreira Furegato. 2001. "Políticas de Salud Mental de Brasil." http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/es_a01v43n2.pdf.
- Rodríguez, Asesor Principal de Salud, R Kohn, and S Aguilar. 2010. "Epidemiología de Los Trastornos Mentales En América Latina Y El Caribe." *Facultad Nacional de Salud Pública* 28 (2).
- Rodríguez, DM. 2009. "El Trabajo En Red Como Estrategia Para La Implementación de Los Procesos Comunitarios Del Componente de Salud Mental En La Atención Primaria En Salud." *Ministerio de La Protección Social, Dirección General de Salud Pública. República de Colombia*, 1–38.
- Sánchez Pedraza, Ricardo, Luis Eduardo Jaramillo, and María Isabel Herazo. 2012. "Factores Asociados a Rehospitalización Temprana En Psiquiatría." *Biomédica* 33 (2). doi:10.7705/biomedica.v33i2.705.
- Sullivan, G, K B Wells, H Morgenstern, and B Leake. 1995. "Identifying Modifiable Risk Factors for Rehospitalization: A Case-Control Study of Seriously Mentally Ill Persons in Mississippi." *Am J Psychiatry*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8526241>.
- Torres, Rosa. 2001. "Experiencias de Psiquiatría Comunitaria En Chile," 1–30.
- Torres-González, F. 2013. "Trastornos Psiquiátricos Severos : Criterios de Calidad (Con Especial énfasis En El Tratamiento Asertivo Comunitario) 1." *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 9 (1): 75–80.
- Vázquez-Bourgon, Javier, Luis Salvador-Carulla, and José L. Vázquez-Barquero. 2012. "Alternativas Comunitarias a La Hospitalización de Agudos Para Pacientes Psiquiátricos Graves." *Actas Espanolas de Psiquiatría* 40 (6): 323–32.
- Vicente, Benjamín, Pedro Rioseco, Sandra Saldivia, Robert Kohn, and Silverio Torres. 2005. "Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos En Latinoamérica: Revisión Crítica." *Revista Colombiana de Psiquiatría* 34. scieloco: 506–14.
- Vogel, S, and P Huguelet. 1997. "Factors Associated with Multiple Admissions to a Public Psychiatric Hospital." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95 (3). Blackwell

Publishing Ltd: 244–53. doi:10.1111/j.1600-0447.1997.tb09627.x.

World Health Organization. 2011. “Mental Health Atlas 2011.” *World Health Organization*, 1–81. doi:10.1093/bja/aes067.

ANEXOS

13.1 Anexo 1. Instrumento de Tabulación de Información.

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON REINGRESO TEMPRANO EN EL HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA EN LOS AÑOS 2011 A 2013			
No.	2		
Numero de Identificación:	xxxx	EDAD:	xx
SEXO	FEMENINO	PROCEDENCIA	URBANA
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	NUMERO DE HIJOS	x
ESCOLARIDAD	BASICA PRIMARIA	ACTIVIDAD LABORAL	FORMAL
RÉGIMEN	SUBSIDIADO		
EPS	xx		
DIAGNOSTICO 1	OTRO		
DIAGNOSTICO 2	OTRO		
DIAGNOSTICO 3	OTRO		
DIAGNOSTICO 4	OTRO		
DIAGNOSTICO 5	OTRO		
OTRO DIAGNOSTICO	xx		
TOTAL INGRESOS EN EL PERIODO	x		
DURACIÓN DE CADA HOSPITALIZACIÓN	x		
SEGUIMIENTO AMBULATORIO	SI		
QUIEN REALIZA EL SEGUIMIENTO	MEDICO GENERAL		
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	SI		
ENTREGA OPORTUNA DEL MEDICAMENTO	SI		
COMORBILIDAD MÉDICA			
SISTEMA RESPIRATORIO	OTRO		
CARDIOVASCULAR	OTRO		
ENDOCRINOLÓGICO	OTRO		
GASTROINTESTINAL	OTROS		
OSTEOMUSCULAR	OTRO		
GENITOURINARIO	OTRO		

13.1 Anexo 1 (Continuación)

AUTOINMUNE	OTRO		
NERVIOSO			
SISTEMA HEMÁTICO	OTRO		
PATOLOGÍAS INFECCIOSAS	OTRO		
TUMORES Y NEOPLASIAS	xx		
OTROS	FIEBRE		
RED DE APOYO	PRESENTE	CALIDAD DE LA RED DE APOYO	EXCELENTE
TIPO DE INGRESO	VOLUNTARIO		
EGRESO	POR DECISIÓN MEDICA		

Guardar registro Agregar nuevo registro

Eliminar registro