

Reinternaciones psiquiátricas: Determinantes clínicos, sociales y demográficos en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires

Psychiatric rehospitalizations: Clinical, social and demographic determinants in a hospital of the City of Buenos Aires

Sergio Damián Chebar¹, Diego Javier Martino²

Resumen

Objetivo: Este trabajo busca determinar las variables asociadas a las rehospitalizaciones múltiples en una sala de internación de mujeres, del Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. **Método:** El presente es un estudio analítico, de tipo transversal, en el que se incluyeron consecutivamente 350 pacientes de entre 18 y 65 años, hospitalizadas desde 2013 hasta diciembre de 2017 en la sala de internación de mujeres de dicho hospital. Al momento del alta se recabaron datos sociodemográficos, clínicos y sobre las condiciones de externación de todas las pacientes. Se definió internaciones múltiples al haber tenido 3 o más internaciones previas al momento de la actual internación. Para variables continuas se realizó test t o el análisis de varianza (ANOVA) en casos de distribución normal, y test de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis en casos de distribución asimétrica. Las variables cualitativas se analizaron a través del test de chi-cuadrado con corrección de continuidad. La asociación entre variables se evaluó a través de los coeficientes de correlación de Pearson o Spearman según corresponda. **Resultados:** Las variables asociadas con reinternaciones múltiples fueron: el diagnóstico de Trastorno Bipolar, encontrarse realizando tratamiento al ingreso, así como la precariedad habitacional, la falta de trabajo y de autonomía económica. **Conclusión:** Las variables representativas de vulnerabilidad social y económica se asociaron con la utilización de camas de internación psiquiátrica. Son necesarias políticas públicas que permitan interrumpir la relación entre pobreza y patología mental.

Palabras clave: internaciones múltiples, puerta giratoria, desempleo, pobreza, trastorno bipolar

Abstract

Objective: This study aims to determine variables associated with multiple rehospitalizations in a women's hospitalization unit in a Psychiatric Emergency Hospital in the City of Buenos Aires, Argentina. **Method:** In this an analytical, cross-sectional study 350 patients between 18 and 65 years of age, hospitalized from 2013 to December 2017 in the women's hospitalization room of the Psychiatric Emergency Hospital “Torcuato de Alvear” were included. At the time of discharge, sociodemographic, clinical and discharge conditions data were collected from all patients. Multiple hospitalizations were defined as having had 3 or more prior life-time. For continuous variables, t-test or analysis of variance (ANOVA) was performed in cases of normal distribution, and Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test in cases of asymmetric distribution. The qualitative variables were analyzed through the chi-square test with continuity correction. The association between variables was evaluated through Pearson or Spearman correlation coefficients as appropriate.

RECIBIDO 7/8/2023 - ACEPTADO 5/11/2024

¹Médico especialista en psiquiatría, Mg. en Salud Pública, especialista en Medicina Legal. Hospital de Emergencias Psiquiátricas “T. de Alvear”. ORCID: 0009-0002-7246-419X

²Médico especialista en psiquiatría; Doctor en Medicina. Investigador independiente Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0002-8608-9346

Autor correspondiente:

Sergio Damián Chebar

damianchebar@gmail.com

Lugar de realización de la investigación: Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Results: *The variables associated with multiple rehospitalizations were: the Bipolar Disorder diagnosis, being under treatment at the time of admission, as well as housing precariousness, lack of work and economic autonomy. Conclusion: Representative variables of social and economic vulnerability were associated with the use of psychiatric inpatient beds. Public policies are needed to interrupt the relationship between poverty and mental pathology.*

Key words: *multiple hospitalizations, revolving door, unemployment, poverty, bipolar disorder*

Introducción

Las internaciones psiquiátricas constituyen una importante herramienta terapéutica al mantener al paciente en crisis en un ambiente seguro y controlado, permitir un abordaje terapéutico intensivo e interdisciplinario, y establecer una distancia momentánea con su entorno. A pesar de sus beneficios, no dejan de ser una interrupción de la trayectoria vital que se asocia a estigmatización, disminución de la autoestima, pérdida de empleo y dificultades en la reinserción comunitaria, entre otras consecuencias indeseadas (Carlsson, 2010; Duhig et al. 2017; Klinkenberg & Calsyn, 1996; Sullivan et al. 1995). Asimismo, la estigmatización de las personas con padecimientos mentales promueve internaciones más largas y frecuentes (Loch, 2012). Desde una perspectiva sanitaria, estas internaciones aumentan considerablemente los costos directos e indirectos de la salud al tiempo que quitan recursos a los tratamientos ambulatorios (Frick et al., 2013; World Health Organization, 2018).

Existe consenso en que las reinternaciones han aumentado desde mitad del siglo pasado a la actualidad (Sullivan et al., 1995; Frick et al., 2013; Oiesvold et al., 2000; Silva et al., 2009). Al respecto, Jeppesen y colaboradores (Jeppesen et al., 2016) estudiando la utilización de los hospitales psiquiátricos daneses por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia desde 1970 a 2012, describen una reducción del 68 % en la cantidad total de camas y un aumento de las admisiones para este diagnóstico del 220 %, que se vincularían con una disminución en la duración de las internaciones y un aumento de las reinternaciones del 51 % al 70 %. De modo similar, en Canadá, Martin y colegas (Martin et al., 1976) registran un aumento del 200 % en las admisiones entre 1941 y 1971. Para ese año, las reinternaciones ya representaban el 55 % de todas las admisiones en los hospitales psiquiátricos y el 44 % en los hospitales generales en un contexto de disminución de camas psiquiátricas y de los tiempos de internación.

El incremento en las reinternaciones ocurrido en las últimas décadas es consistente en los diferentes es-

tudios contemporáneos. En su revisión, Lin y Li las ubican, en Taiwan, en 47 % al año y en forma retrospectiva encontraron tasas del 6 %, 9 % y 12 % a los 14, 30 y 60 días del egreso respectivamente (Lin & Li, 2008). En Israel el 37,8 % de las admisiones estudiadas durante un período de dos años correspondió a internaciones de pacientes con reinternaciones múltiples (Oyffe et al., 2009). En Brasil, Silva y col., encontraron tasas de reinternación del 30 % al 59 % al año (Silva et al., 2009). En relación a estudios realizados en nuestro país, Serrani y col. en un Hospital público del Área Metropolitana de Buenos Aires tuvieron una tasa de reinternaciones al año del 8 % (Serrani et al., 2017), mientras que la tasa de Strejilevich y col. fue del 30 % en 5 años en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires (Strejilevich et al., 2002). En una organización de medicina prepaga, Nemirovsky y col. encontraron una tasa del 17 % anual (Nemirovsky et al., 2003), en una clínica privada de Bahía Blanca, Buedo y Fiadarón reportaron una tasa de reinternación del 20 % anual (Buedo & Fiadarón, 2016), mientras que Sacco y Rodríguez del 22,5 % en el mismo periodo en una obra social (Sacco & Rodríguez, 2001). Un estudio realizado en nuestro mismo hospital en el año 1993 por Agrest y col. describe una tasa de reinternación del 63,8 % y de internaciones múltiples de 27,6 % (Agrest et al., 1993).

Al hecho de las reinternaciones en múltiples oportunidades se lo ha llamado “fenómeno de la puerta giratoria”. Otros términos que se han utilizado para designar a estos pacientes son: “usuarios frecuentes”, o en la nomenclatura anglosajona “heavy user”, “frequent user”, o “high frequency user” (Beck et al., 2016). Si bien muchos autores observan en los cambios del sistema de salud (disminución del número de camas, menores tiempos de internación y derivación a dispositivos comunitarios) un papel causal en la producción del “fenómeno de la puerta giratoria”, otros investigadores buscan las respuestas en los cambios sociales. En este sentido, la falta de contención por parte de la familia, la estigmatización de la enfermedad mental, la pérdida del capital social de la comuni-

dad y las dificultades en la inserción laboral, son todas variables que también podrían estar involucradas. Desde el punto de vista del financiamiento sanitario, estudios internacionales muestran que las reinternaciones múltiples generan que un porcentaje minoritario de entre un 30 y un 35 % de los pacientes consuma alrededor del 80 % de los recursos (Fisher & Stevens, 1999).

Diferentes variables sociodemográficas, clínicas, y terapéuticas han sido vinculadas al riesgo de reinternación. Entre los hallazgos más consistentemente asociados a rehospitalizaciones se encuentran el *número de internaciones previas* (Donisi et al., 2016; Frick et al., 2013; Klinkenberg & Calsyn, 1996; Olfson et al., 1999; Perlman et al., 2015; Schmutte et al., 2009; Stein et al., 2014; Voineskos & Denault, 1978), la edad menor a 35 años (Donisi et al., 2016; Gastal et al. 2000; Machado et al., 2012; Oiesvold et al., 2000), y *los diagnósticos de esquizofrenia* (Frick et al., 2013;; Oiesvold et al., 2000; Perlman et al., 2015; Saarento et al., 1997; Schmutte et al., 2009; Silva et al., 2009; Strejilevich et al., 2002), *trastorno de la personalidad* (Machado et al., 2012; Madi et al. 2007; Saarento et al. 1997) y *consumo problemático de sustancias* (Frick et al., 2013; Jaramillo-Gonzalez et al., 2014; Lerner & Zilber, 2010; Machado et al., 2012; Madi et al., 2007; Olfson et al., 1999; Perlman et al., 2015). Asimismo, aspectos sociales como el *bajo nivel educativo* (Donisi et al., 2016; Frick et al., 2013; Jaramillo-González et al., 2014; Schmutte et al., 2009; World Health Organization, 2018), *el bajo nivel socioeconómico* (Donisi et al., 2016; Klinkenberg & Calsyn, 1996; Silva et al., 2009; ,25; Stein et al., 2014; Voineskos & Denault, 1978), *vivir en un entorno urbano* (Frick et al., 2013; Silva et al., 2009), *vivir en soledad* (Frick et al., 2013; Gastal et al. 2000; Jaramillo-Gonzalez et al., 2014; Machado et al., 2012; Oiesvold et al., 2000; Oyffe et al., 2009; Silva et al., 2009; Voineskos & Denault, 1978), *falta de contención familiar* (Donisi et al., 2016; Durbin et al., 2007; Olfson et al., 1999), *estar desempleado* (Donisi et al., 2016; Machado et al., 2012; Perlman et al., 2015; Oiesvold et al., 2000; Schmutte et al., 2009) y *haber abandonado voluntariamente el tratamiento* (Oyffe et al., 2009) también se asociaron a reinternaciones. Por el contrario, *vivir en residencias protegidas, un buen funcionamiento previo* (Donisi et al., 2016; Frick et al., 2013), *tener empleo* (Frick et al., 2013; Oyffe et al., 2009) y *las internaciones compulsivas* (Frick et al., 2013; Olfson et al., 1999) se asociaron a un mayor tiempo vivido en la comunidad. Tanto el *género* del paciente (Bernardo & Forchuk, 2001; Donisi et al., 2016; Frick et al., 2013; Haywood et al., 1995;

Jaramillo-Gonzalez et al., 2014; Lerner & Zilber, 2010; Lichtenberg et al., 2008; Madi et al., 2007; Oiesvold et al., 2000; Olfson et al., 1999; Perlman et al., 2015; Schmutte et al., 2009; Silva et al., 2009), como la *duración de la internación* (Fisher & Stevens, 1999; Jaramillo-Gonzalez et al., 2014; Lerner & Zilber, 2010; Machado et al., 2012; Madi et al., 2007; Olfson et al., 1999; Oyffe et al., 2009; Perlman et al., 2015; Saarento et al., 1997; Silva et al., 2009) presentan resultados contradictorios en relación al riesgo de reinternarse.

Sin embargo, no existen en nuestro medio estudios que hayan abordado el problema de las reinternaciones múltiples. Actualmente la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) no cuenta con estadísticas sobre este problema, ni con programas específicos para pacientes con internaciones múltiples. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo general describir las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas en pacientes que tienen múltiples internaciones (más de 4 internaciones a lo largo de su vida) ingresadas en un Hospital de Emergencias Psiquiátricas de la CABA.

Material y métodos

El presente es un estudio analítico, de tipo transversal, en el que se incluyeron consecutivamente pacientes de entre 18 y 65 años hospitalizadas entre el 2013 y el 2018 en la sala de internación de mujeres del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "T. de Alvear" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para cada paciente se relevaron variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de la historia clínica. Se definieron como pacientes con internaciones múltiples a aquellas que tenían antecedentes de tres internaciones previas a la actual del estudio a lo largo de su vida en cualquier efector. Las pacientes ingresan a la sala luego de un tiempo variable de permanencia en la guardia, según el cuadro clínico y la disponibilidad de camas. Es importante mencionar que un porcentaje minoritario de las pacientes, que se recuperan rápidamente o cuentan con una red de contención robusta son externadas en forma directa desde la guardia.

Los diagnósticos fueron realizados por médicos del servicio con más de 10 años de experiencia clínica, según los criterios de la CIE-10. Los datos relacionados con la situación habitacional y laboral fueron organizados con criterios similares a los utilizados en el último censo nacional, aunque con algunas modificaciones realizadas por los autores vinculadas a la experiencia de trabajo. En aquellos casos que presentaron más de una internación en el hospital durante el

período de estudio, sólo se consignaron los datos de la última con la finalidad de que todas las observaciones puedan ser consideradas independientes. Todas las pacientes (o sus representantes legales) firmaron un consentimiento informado al momento del alta, previo al relevamiento de los datos del estudio y luego de haber sido adecuadamente informadas acerca del alcance del mismo. Si bien no se cuentan con datos en relación a la pérdida de casos, se considera a los mismos marginales en la medida que los datos se relevaban de las historias clínicas.

Respecto al análisis estadístico, la normalidad de las variables se evaluó mediante métodos analíticos (Kolmogorov-Smirnov). Dada la distribución asimétrica de la mayoría de las variables, la comparación entre grupos de variables continuas se realizó utilizando el test de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Incluso en el caso de variables no paramétricas, se utilizaron la media y desvío estándar como medidas descriptivas para facilitar la comprensión. Las variables cualitativas se analizaron a través del test de chi-cuadrado con corrección de continuidad. La asociación entre variables se evaluó a través de los coeficientes de correlación de Spearman.

Resultados

Durante el período de estudio se incluyeron 350 pacientes con una edad media de 36.59 años (Desvío Estándar=11,67) y 11.26 (2,2) años promedio de educación. El 41,5 % no tenía hijos, mientras que entre aquellas que si tenían el promedio fue de 2.14 (1,13). Las mismas estuvieron internadas durante 97.37 (67,89) días en el hospital incluyendo los primeros días de estadía en guardia (13,64±12,53), predominando las internaciones involuntarias (67,9 %) sobre las voluntarias (32,1 %). Las características sociodemográficas adicionales se muestran en la *Tabla 1*.

El 66 % de la muestra (n=231) tenían antecedentes de internaciones psiquiátricas previas (m=2,12, DE=2,74), habiendo transcurrido un promedio de 25,14 (32,35) meses desde su última admisión. Los diagnósticos principales de las pacientes internadas fueron esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (27,7 %), depresión unipolar (12,6 %), trastorno bipo-

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes al momento de la hospitalización

VARIABLE	Porcentaje válido %
Nacionalidad argentina	90.8
Estado civil	
Soltera	57.0
Casada/Conviviente	18.7
Separada	20.8
Viuda	3.5
Lugar de vivienda	
CABA	45.0
Gran Buenos Aires	52.1
Otros	2.9
Tipo de vivienda	
Material	90.7
Casilla precaria	1.2
Pensión/Institución	7.2
Situación de calle	0.9
Situación de vivienda	
Propia	35.5
Alquilada	19.9
Familiar/Prestada	39.0
Otras	5.6
Trabajo	
Trabajo formal/Tiempo completo	12.0
Trabajo precario/A tiempo parcial	14.6
No busca trabajo (ama de casa)	29.8
Desocupada	43.6
Autonomía económica	
Autónoma/No recibe ayuda	16.6
Ama de casa	10.8
Recibe ayuda de pareja o familia	48.3
Recibe pensión o plan social	21.5
Otros	2.9
Tipo de cobertura de salud	
Obra social/Prepaga/Incluir Salud	22.8
Ninguna	72.2
Certificado de discapacidad	28.7
Pensión por discapacidad	22.8

lar –incluyendo tanto depresión como manía– (27,1 %), y trastornos de la personalidad (22,9 %). El resto de los pacientes (9,7 %) tuvieron diagnósticos menos frecuentes como trastornos de ansiedad, demencias, o discapacidad intelectual, entre otros. El 18,7 % de la muestra presentó comorbilidad con abuso de sustancias, mientras que el 15,0 % presentó comorbilidad con abuso de alcohol.

Factores asociados a las reinternaciones múltiples

De las 350 pacientes incluidas, 121 (34,5 %) se encontraron cursando una reinternación múltiple, definida como aquella que ocurría en el contexto de 3 o más internaciones previas (las restantes 229 pacientes se utilizaron como controles en los siguientes análisis). No hubo diferencias entre estos grupos respecto de la duración de la internación (Mann-Whitney $Z=-1,16$; $p=0,25$), ni de los meses transcurridos desde la última internación –considerando las pacientes sin reinternaciones múltiples pero con antecedentes de alguna hospitalización previa ($n=110$)– (Mann-Whitney $Z=-0,96$; $p=0,34$). Tampoco hubo diferencias entre grupos en relación al carácter voluntario o involuntario de la internación ($X^2=1,97$, $gl=1$, $p=0,16$). Las pacientes con reinternaciones múltiples se encontraban realizando tratamiento al momento del ingreso con más frecuencia que aquellas con menor número de internaciones previas (72,47 % vs. 57,7 %) ($X^2=4,38$; $gl=1$; $p=0,036$).

Entre las variables sociodemográficas, las reinternaciones múltiples no se asociaron a la edad (Mann-Whitney $Z=-1,44$; $p=0,15$), ni al nivel educacional (Mann-Whitney $Z=-1,24$; $p=0,21$). Tampoco se observó relación entre las reinternaciones múltiples con el estado civil, ni con el grupo conviviente al ingreso. En cambio, las pacientes que vivían en casas de material tenían menor tasa de reinternaciones múltiples (31,95 %) respecto de aquellas que vivían en casillas precarias, instituciones, o en situación de calle (59,37 %) ($X^2=11,00$, $gl=3$, $p=0,012$). Asimismo, las pacientes con trabajo a tiempo completo (23,81 %) o parcial (19,61 %) tenían menos reinternaciones múltiples respecto de aquellas que no buscaban trabajo (40,38 %) o que se encontraban desocupadas (38,81 %) ($X^2=9,95$, $gl=3$, $p=0,019$). De modo semejante, las pacientes que recibían pensiones/planes sociales tenían mayor frecuencia de reinternaciones múltiples (60,81 %) comparadas con aquellas que eran autónomas económicamente (21,05 %), que recibían ayuda (28,31 %), o que eran amas de casa (35,13 %) ($X^2=30,94$,

$gl=4$, $p<0,001$). No hubo diferencias en las tasas de reinternación múltiple respecto del tipo de cobertura de salud de las pacientes, aunque aquellas con certificado de discapacidad tuvieron tasas mayores que las que no lo tenían (56,00 % vs 25,70 %; $X^2=29,03$, $gl=1$, $p<0,001$). Las reinternaciones múltiples fueron similares entre las pacientes que vivían en la CABA, GBA, u otras localidades ($X^2=1,68$, $gl=2$, $p=0,43$).

Los diagnósticos psiquiátricos mostraron una relación con la tasa de reinternación múltiple ($X^2=10,09$, $gl=4$, $p=0,039$), siendo mayor en los casos de trastorno bipolar (45,26 %), intermedia en los trastornos psicóticos (34,02 %) y de personalidad (28,75 %), y menor en la depresión unipolar (20,45 %). Por el contrario, la comorbilidad con abuso de alcohol ($X^2=0,56$, $gl=1$, $p=0,45$) y sustancias ($X^2=0,056$, $gl=1$, $p=0,81$) no mostró relación con las reinternaciones múltiples.

Con el objetivo de evaluar cuáles de las variables surgidas del análisis univariado fueran predictoras independientes de reinternaciones múltiples, se construyó un modelo de regresión logística. Las potenciales variables predictoras surgidas del análisis univariado fueron dicotomizadas con la finalidad de simplificar el modelo, de modo tal que coeficientes positivos indicaran un incremento en el odds de reinternación múltiple. Estas variables independientes fueron incluidas por bloque; primero las sociodemográficas y luego las clínicas. El modelo final incluyó 4 variables que fueron predictores independientes del odds de padecer reinternaciones múltiples: no tener vivienda de material ($\beta=0,823$; $gl=1$; $p=0,029$), estar desocupado o sin buscar trabajo ($\beta=0,707$; $gl=1$; $p=0,018$), tener menor autonomía económica (como receptores de pensiones/planes sociales) ($\beta=1,283$; $gl=1$; $p<0,001$), y tener diagnóstico de trastorno bipolar ($\beta=0,775$; $gl=1$; $p=0,004$).

Discusión y conclusiones

Las definiciones de internaciones múltiples continúan sin ser claras a pesar de la multiplicidad de trabajos publicados al respecto. La definición utilizada en el presente trabajo (tres internaciones previas) permite delimitar una población con una importante utilización de las camas de internación y se encuentra en línea con las utilizadas en la mayoría de los trabajos y las definiciones de “trastorno mental severo” (United Kingdom Department of Health, 1999). En nuestro estudio aproximadamente un tercio de la muestra cumplió con esta definición de internaciones múltiples.

Los factores de riesgo socioeconómicos como vivir en una vivienda precaria, estar desocupado o no ser autónoma económicamente se asociaron a tener

antecedentes de internaciones múltiples en nuestra muestra. Estos resultados son consistentes con reportes previos respecto de la relación entre dificultades habitacionales y desempleo con riesgo de reinternaciones o incluso con el fenómeno de puerta giratoria (Fonseca Barbosa & Gama Marques, 2023). Respecto de las variables clínicas, las mayores tasas de internaciones múltiples se observaron en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Algunos estudios previos han reportado que los trastornos bipolares son los más asociados a internaciones múltiples, aunque otros encuentran que se asocia más estrechamente a trastornos psicóticos (y en particular a esquizofrenia) (Vigod et al. 2013). Por otra parte, no encontramos asociación con el consumo de alcohol y sustancias, lo cual podría deberse a que se utilizaron los criterios del CIE-10 para trastorno por abuso de sustancias, no quedando representado el uso excesivo de estas sustancias en una población vulnerable. Asimismo, el hecho de que haya sido una muestra constituida exclusivamente por mujeres también podría haber contribuido a este hallazgo negativo.

El patrón general de resultados destaca el estrecho vínculo existente entre las patologías mentales y las condiciones de vida de los pacientes. En este sentido, puede hipotetizarse cómo solucionando situaciones habitacionales y laborales de los pacientes podría redundar en una reducción de las reinternaciones. Ofrecer a los pacientes los medios simultáneos para obtener atención y ayuda para encontrar empleo, como programas de empleo protegido o con apoyo, podrían contribuir a una mejor calidad de vida (Dias Neto & Silva, 2008; Frederick & VanderWeele, 2019). Asimismo, con el fin de mejorar la calidad de la atención, estimular la adherencia a los tratamientos y reducir las reinternaciones en los pacientes con trastornos mentales severos (TMS), se han propuesto diversos dispositivos en varios países. Algunos se basan en reforzar la continuidad de los cuidados entre los equipos de la internación y aquellos del seguimiento ambulatorio en forma previa al alta, mediante encuentros, comunicaciones telefónicas o con la inclusión de un profesional que facilita la transición (“transition manager”) (Nelson et al., 2000). Asimismo, se han utilizado charlas de psicoeducación, de adherencia farmacológica y de necesidades para el alta. En el post-alta se utilizaron las visitas domiciliarias, los seguimientos telefónicos y la psicoeducación con el paciente y su familia. Otros, como los esquemas de “seguimiento intensivo”, se diferencian de los anteriores por ser esquemas de

seguimiento a mediano y largo plazo, y no solo intervenciones focalizadas en la transición. Si bien existen varios de estos esquemas, todos coinciden en brindar un seguimiento personalizado mediante un equipo interdisciplinario de profesionales, que siguen un grupo reducido de pacientes (<15), y los acompañan a lo largo de las diferentes instancias de su tratamiento, incluyendo su inserción comunitaria. Suele haber un profesional referente que articula con el resto del equipo y coordina sus interconsultas. Muchos de estos dispositivos cuentan también con líneas de emergencias las 24 Hs., los 7 días de la semana y algunos se caracterizan por la inclusión de pares (pacientes externados) (Kidd et al., 2016; Chinman et al., 2001; Forchuk et al., 2007; Steffen et al., 2009). En una revisión sistemática, Smith y Newton remarcaron que en relación a la posibilidad de reducir las reinternaciones, los resultados aún son contradictorios por la heterogeneidad de los dispositivos, la poca casuística de los estudios y la imposibilidad de realizar un esquema de doble ciego. De todos modos, en la evaluación subjetiva por parte de los pacientes que recibieron el tratamiento intensivo, estos manifestaron sentirse mejor en áreas como estado general de salud, trabajo, relaciones familiares y actividades del hogar, diferencia que fue estadísticamente significativa (Smith & Newton, 2007).

Si bien en nuestro estudio no obtuvimos datos que avalen una correlación entre el núcleo conviviente y las reinternaciones múltiples, Zanardo y colaboradores en Puerto Alegre encuentran una asociación inversa entre las reinternaciones múltiples (definidas como 2 o más internaciones en los últimos 12 meses) y la cantidad de personas con las que los usuarios sienten que pueden contar (media=2,03; mediana=2,00) vs. (media = 3,31; mediana = 3,00; $p = 0,016$) (Zanardo et al., 2017).

En la Ciudad de Buenos Aires y el Área Metropolitana, no contamos a la fecha con dispositivos de seguimiento intensivo para esta población de alta demanda y utilización de recursos de salud mental. Las necesidades de los usuarios por fuera de las consultas con los psiquiatras tratantes son cubiertas por los equipos de guardia de los diferentes hospitales. De este modo se fomenta una atención impersonal, hospitalocéntrica y basada en la urgencia, que dificulta la permanencia de los usuarios fuera de las instituciones.

Los resultados de este estudio deben interpretarse teniendo en cuenta ciertas limitaciones. En primer lugar, el haber sido realizado exclusivamente en mujeres dificulta su extrapolación a la población de hombres, principalmente en lo referente a la autonomía

y trabajo. En segundo lugar, la muestra no incluye a aquellas pacientes que se internaron y fueron dadas de alta desde la guardia, sin pasar a sala de internación. Esta situación podría generar una subestimación de la tasa de reinternaciones al excluir a usuarias que, por sus problemas psiquiátricos, socioeconómicos, o familiares presentan internaciones breves a repetición. Finalmente, como se mencionó antes, otra limitación pudo haber sido la evaluación del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas; ya que la definición del CIE-10 establece criterios diagnósticos estrictos, quedando sub-representadas todas aquellas pacientes que utilizan sustancias, pero con menor intensidad. Consideramos importante para nuevas investigaciones ampliar las perspectivas de los pacientes en relación a las sucesivas internaciones mediante un abordaje cualitativo que complemente los datos aportados por este trabajo.

No obstante estas limitaciones, el presente estudio brinda una caracterización inicial de la población internada en un Hospital de la CABA donde se ponen de manifiesto los factores vinculados a internaciones frecuentes. Es importante destacar la influencia de las características socioeconómicas del paciente y su entorno en el uso de los dispositivos de internación y remarcar la necesidad que se desarrollen programas adecuados que promuevan la integración social de los usuarios. En este sentido, podrían ser relevantes políticas públicas que interrumpan el círculo pobreza - enfermedad mental, y que brinden sostén al paciente y su familia. Asimismo, consideramos necesario que se implementen estrategias asistenciales específicas para esta población con utilización intensiva de los recursos de salud.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

Agrest, M., Lopez, G., Nemirovsky, M., Rosenberg, F. (1993) Factores asociados con la hospitalización de pacientes psicóticos. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 5(17) 167-175.

Beck, A., Harris, V., Newman, L., Evans, L. J., Lewis, H., & Pegler, R. (2016). Statistical approaches for identifying heavy users of inpatient mental health services. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 25(5), 455-460. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207221>

Bernardo, A. C., & Forchuk, C. (2001). Factors associated with readmission to a psychiatric facility. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(8), 1100-1102. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.8.1100>

Buedo, P. E., & Fiadaron, R. (2016). Descripción de las internaciones en salud mental de una institución monovalente de la ciudad de bahía blanca, argentina [description of mental health hospitalization in a monovalent institution in the city of bahía blanca, argentina.]. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 26(2), 36-42.

Carlsson G. F. (2010). Validez de los criterios de internación en conductas

suicidas: por qué, cuándo, cómo [Validity of hospitalization criteria in suicide behaviors: why, when, how?]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 21(89), 35-41.

Chinman, M. J., Weingarten, R., Stayner, D., & Davidson, L. (2001). Chronicity reconsidered: improving person-environment fit through a consumer-run service. *Community mental health journal*, 37(3), 215-229. <https://doi.org/10.1023/a:1017577029956>

Di Lorenzo, R., Sagona, M., Landi, G., Martire, L., Piemonte, C., & Del Giovane, C. (2016). The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward: A 5-Year Retrospective Analysis of the Potential Risk Factors. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(9), 686-692. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000540>

Dias Neto, D., & da Silva, A. C. (2008). Characterization of readmissions at a Portuguese psychiatric hospital: An analysis over a 21 month period. *The European Journal of Psychiatry*, 22(2), 69-76. Recuperado en 07 de diciembre de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632008000200002&lng=es&tlng=en.

Donisi, V., Tedeschi, F., Wahlbeck, K., Haaramo, P., & Amaddeo, F. (2016). Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC psychiatry*, 16(1), 449. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1114-0>

Duhig, M., Gunasekara, I., & Patterson, S. (2017). Understanding readmission to psychiatric hospital in Australia from the service users' perspective: a qualitative study. *Health & social care in the community*, 25(1), 75-82. <https://doi.org/10.1111/hsc.12269>

Durbin, J., Lin, E., Layne, C., & Teed, M. (2007). Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care?. *The journal of behavioral health services & research*, 34(2), 137-150. <https://doi.org/10.1007/s11414-007-9055-5>

Fisher, S., & Stevens, R. F. (1999). Subgroups of frequent users of an inpatient mental health program at a community hospital in Canada. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 50(2), 244-247. <https://doi.org/10.1176/ps.50.2.244>

Fonseca Barbosa, J., & Gama Marques, J. (2023). The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *The International journal of social psychiatry*, 69(5), 1075-1089. <https://doi.org/10.1177/00207640221143282>

Forchuk, C., Reynolds, W., Sharkey, S., Martin, M. L., & Jensen, E. (2007). Transitional discharge based on therapeutic relationships: state of the art. *Archives of psychiatric nursing*, 21(2), 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.11.002>

Frederick, D. E., & VanderWeele, T. J. (2019). Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PloS one*, 14(2), e0212208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212208>

Frick, U., Frick, H., Langguth, B., Landgrebe, M., Hübner-Liebermann, B., & Hajak, G. (2013). The revolving door phenomenon revisited: time to readmission in 17'145 [corrected] patients with 37'697 hospitalisations at a German psychiatric hospital. *PloS one*, 8(10), e75612. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075612>

Gastal, F. L., Andreoli, S. B., Quintana, M. I., Almeida Gameiro, M., Leite, S. O., & McGrath, J. (2000). Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Revista de saude publica*, 34(3), 280-285. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910200000300011>

Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L., Jr, Davis, J. M., & Lewis, D. A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *The American journal of psychiatry*, 152(6), 856-861. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.6.856>

Jaramillo-Gonzalez, L. E., Sanchez-Pedraza, R., & Herazo, M. I. (2014). The frequency of rehospitalization and associated factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study. *BMC psychiatry*, 14, 161. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-161>

Jeppesen, R. M., Christensen, T., & Vestergaard, C. H. (2016). Changes in the utilization of psychiatric hospital facilities in Denmark by patients diagnosed with schizophrenia from 1970 through 2012: The advent of 'revolving door' patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 133(5), 419-425.

<https://doi.org/10.1111/acps.12549>

Kidd, S. A., Virdee, G., Mihalakakos, G., McKinney, C., Feingold, L., Collins, A., Davidson, L., Weingarten, R., Maples, N., & Velligan, D. (2016). The welcome basket revisited: Testing the feasibility of a brief peer support intervention to facilitate transition from hospital to community. *Psychiatric rehabilitation journal*, 39(4), 335–342. <https://doi.org/10.1037/prj0000235>

Klinkenberg, W. D., & Calsyn, R. J. (1996). Predictors of receipt of after-care and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 47(5), 487–496. <https://doi.org/10.1176/ps.47.5.487>

Lerner, Y., & Zilber, N. (2010). Predictors of cumulative length of psychiatric inpatient stay over one year: a national case register study. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 47(4), 304–307.

Lichtenberg, P., Levinson, D., Sharshevsky, Y., Feldman, D., Lachman, M. (2008). Clinical case management of revolving door patients - a semi-randomized study. *Acta Psychiatr Scand.*, 117(6):449-54. <https://doi.org/10.1176/ps.47.5.487>

Lin, C. M., & Li, C. Y. (2008). Hospital readmission and its correlates among psychiatric patients in Taiwan. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(9), 1064–1065. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.9.1064>.

Loch, A. A. (2012). Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 34(2), 185–192. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462012000200011>

Machado, V., Leonidas, C., Santos, M. A., Santos, M. A. (2012). Psychiatric readmission: an integrative review of the literature. *Int Nurs Rev*, 59(4):447-57.

Madi, N., Zhao, H., & Li, J. F. (2007). Hospital readmissions for patients with mental illness in Canada. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 10(2), 30–32. <https://doi.org/10.12927/hcq.2007.18818>

Martin, B. A., Kedward, H. B., & Eastwood, M. R. (1976). Hospitalization for mental illness: evaluation of admission trends from 1941 to 1971. *Canadian Medical Association journal*, 115(4), 322–325.

Nelson, E. A., Maruish, M. E., & Axler, J. L. (2000). Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 51(7), 885–889. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.7.885>

Nemirovsky, M., Guardo, G., Rosenstein, M., Agrest, M., Tkach, J., & Montanelli, R. (2003). Características epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Pre-paga en la Ciudad de Buenos Aires [Epidemiological features of admitted patients to a psychiatric unit in a Prepaid Medical Organization in Buenos Aires City]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatria*, 14(54), 292–298..

Oiesvold, T., Saarento, O., Sytema, S., Vinding, H., Göstas, G., Lönnberg, O., Muus, S., Sandlund, M., & Hansson, L. (2000). Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 101(5), 367–373. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101005367.x>

Olfson, M., Mechanic, D., Boyer, C. A., Hansell, S., Walkup, J., Weiden, P. J. (1999). Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.*, 187(12):721-9

Oyffe, I., Kurs, R., Gelkopf, M., Melamed, Y., & Bleich, A. (2009). Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: cross sectional study. *Croatian medical journal*, 50(6), 575–582. <https://doi.org/10.3325/cmj.2009.50.575>.

Perlman, C. M., Hirdes, J. P., & Vigod, S. (2015). Psychiatric Rehospitalization: Development of a Person-Level Indicator for Care Planning and Quality Assurance. *The primary care companion for CNS disorders*, 17(4), 10.4088/PCC.15m01784. <https://doi.org/10.4088/PCC.15m01784>

Saarento, O., Nieminen, P., Hakko, H., Isohanni, M., & Vaisanen, E. (1997). Utilization of psychiatric in-patient care among new patients in a comprehensive community-care system: a 3-year follow-up study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 95(2), 132–139. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb00386.x>

Sacco, M., Rodríguez, R. C. (2001). *Reingresos de pacientes esquizofrénicos a un año de su alta*; Alcmeón, XII, 10(1).

Schmutte, T., Dunn, C., & Sledge, W. (2009). Characteristics of inpatients with a history of recurrent psychiatric hospitalizations: a matched-control study. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(12), 1683–1685. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.12.1683>

Serrani, D., Galfetti, G., & Rodríguez, C. (2017). Factores asociados con la duración de estadía y riesgo de re-internación en un hospital psiquiátrico monovalente de agudos: estudio de cohortes [Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: A retrospective study]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatria*, 28(134), 260–270.

Silva, N. C., Bassani, D. G., & Palazzo, L. S. (2009). A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(6), 786–791. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.6.786>

Smith, L., & Newton, R. (2007). Systematic review of case management. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 41(1), 2–9. <https://doi.org/10.1080/00048670601039831>

Steffen, S., Kösters, M., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 120(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01373.x>

Stein, B. D., Pangilinan, M., Sorbero, M. J., Marcus, S. M., Donahue, S. A., Xu, Y., Smith, T. E., & Essock, S. M. (2014). Using claims data to generate clinical flags predicting short-term risk of continued psychiatric hospitalizations. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 65(11), 1341–1346. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300306>

Strejilevich, S., Chan, M., Triskier, F., & Orgambide, S. (2002). Datos operacionales de una unidad psiquiátrica de internación en un hospital general y público de la Ciudad de Buenos Aires [Operative data of a psychiatric internation unit in a general hospital of health public system in Buenos Aires City]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatria*, 13(48), 85–92.

Sullivan, G., Wells, K. B., Morgenstern, H., & Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *The American journal of psychiatry*, 152(12), 1749–1756. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.12.1749>

United Kingdom Department of Health. National Service Framework for Mental Health: modern standards and service models. London: United Kingdom National Health Service, 1999.

Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Dennis, C. L., Leszcz, T., Taylor, V. H., Blumberger, D. M., & Seitz, D. P. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 202(3), 187–194. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.115030>.

Voineskos, G., & Denault, S. (1978). Recurrent psychiatric hospitalization. *Canadian Medical Association journal*, 118(3), 247–250.

World Health Organization. Department Of Mental Health And Substance Abuse. (2018) Mental Health Atlas 2017. [Geneva: World Health Organization]

Zanardo, G. L. P., Silveira, L. H. C., Rocha, C. M. F., & Rocha, K. B. (2017). Psychiatric admission and readmission in a general hospital of Porto Alegre: sociodemographic, clinic, and use of Network for Psychosocial Care characteristics. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, 20(3), 460–474. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>