

VARIABLES PREDICTORAS DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

B. Moreno Küstner^a, J. F. Jiménez Estévez^b, J. F. Godoy García^a, F. Torres González^c y L. Pérez Costilla^d

^a Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. ^b Unidad de Rehabilitación de Área.

^c Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Granada. ^d Centro Asistencial San Juan de Dios. Málaga.

Predictors for hospitalization rates of patients with schizophrenia

Resumen

Introducción. El uso de servicios hospitalarios que realizan los pacientes con esquizofrenia es uno de los temas de preocupación más frecuente en el campo de la salud mental por parte de los clínicos y los gestores de los recursos asistenciales. El objetivo de este trabajo es determinar aquellas variables que están relacionadas con los ingresos hospitalarios en este grupo de pacientes.

Método. Para ello se ha realizado un seguimiento, durante un año, a un grupo de 83 pacientes con esquizofrenia, en contacto con los servicios de salud mental, para identificar las variables sociodemográficas, psicopatológicas y de necesidades asistenciales relacionadas con los ingresos hospitalarios.

Resultados. Como resultado de los modelos multivariantes aplicados, los pacientes que son varones, que presentan hiperactividad, experiencias de distorsión de la forma del pensamiento, delirios e interpretaciones extravagantes, comportamiento socialmente embarazoso y uso de drogas son los que tienen una probabilidad mayor de ser ingresados.

Palabras clave: esquizofrenia, ingresos hospitalarios, uso de servicios, epidemiología psiquiátrica.

Summary

Introduction. For clinicians and care providers, the use of hospital facilities by patients with schizophrenia is one of the areas of most concern in the field of mental health studies. The objective of this study is to determine those characteristics which relate to hospital admissions for this group of patients.

Method. A one year follow up study for a group of 83 patients with schizophrenia in contact with mental health services was carried out to identify the socio-demographic, clinical and care needs' variables related to hospital admissions.

Results. As a result of the multivariate models applied, male patients presenting hyperactivity, thought disturbance, deliria and exaggerated interpretation, socially embarrassing behaviour and use of drugs were shown to be those with a greater probability of hospital admission.

Key words: schizophrenia, hospitalization, use of hospital, psychiatric epidemiology.

INTRODUCCIÓN

El elevado y heterogéneo uso de servicios hospitalarios y ambulatorios es una de las fuentes de preocupación de clínicos y gestores. La reducción del número de pacientes ingresados ha sido considerada como un objetivo de los servicios de salud mental, convirtiéndose el índice de pacientes ingresados en el criterio de resultado más frecuentemente usado en la investigación de los servicios de salud mental, mientras la readmisión en el hos-

pital es un sinónimo de recaída. La tasa de reingresos, la duración total de éstos y el tiempo que se ha permanecido en la comunidad antes de la hospitalización son variables complementarias para una evaluación adecuada de la utilización de servicios hospitalarios^{1,2}. El curso y pronóstico de la esquizofrenia ha sido objeto de numerosos estudios. Dado que nos encontramos ante un proceso que tiende a prolongarse en el tiempo, para una mayoría de los pacientes afectados, es de crucial importancia conocer qué utilización de los mismos realizan este tipo de pacientes y si ésta es homogénea para todos ellos o varía dependiendo de la presencia o no de cierto tipo de variables².

Es un hecho que la utilización de servicios por los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, si bien representa una parte importante del uso de servicios de salud

CORRESPONDENCIA:

B. Moreno Küstner.
C/ Compositor Ruiz Aznar, 8 - 4º D.
18008 Granada.
Correo electrónico: bertamk@ugr.es.

mental^{3,4}, no es uniforme ni se puede predecir únicamente basándose en el diagnóstico de esquizofrenia. El porcentaje de rehospitalizaciones tras un diagnóstico inicial de esquizofrenia varía aproximadamente del 50% al 80% según la cohorte de estudio, cayendo las curvas de supervivencia abruptamente entre los dos y tres años, y persistiendo casi planas a los 20 años de seguimiento⁵.

Para las variables de resultado «recaída» y «rehospitalización» se han encontrado predictores significativos en varias áreas, no siempre coincidentes en los diferentes estudios. Así, Doering et al⁶ mencionan el tratamiento con neurolépticos, inicio y curso anterior (factores precipitantes, modo de comienzo, hospitalización en el año precedente, intentos de suicidio), psicopatológicas (tipo residual, trastornos esquizoafectivos), ajuste social (estado matrimonial, empleo, intensidad vital), experiencias vitales anteriores (experiencias traumáticas y trastornos psiquiátricos o del desarrollo en la infancia), y biológicas (género, edad). La edad temprana de comienzo predice un riesgo más alto para la rehospitalización. Cuando se incluye la edad de comienzo como una covariable, ni el género ni el estado matrimonial tiene efectos consistentes o estadísticamente significativos en el riesgo de rehospitalización⁵. Mortensen y Eaton⁷, en su estudio de seguimiento de una amplia muestra de pacientes desde el primer ingreso, hallaron una mayor probabilidad de reingresar en los pacientes varones jóvenes y en los diagnosticados de hebefrenia, aumentando la probabilidad de reingresos cuanto más ingresos hubieran tenido anteriormente; aunque estas variables dejaban de ser predictoras con el tiempo. Figuerido et al⁸ no encontraron significación en el tipo de síntomas, pero sí en las puntuaciones de la Lista de Comprobación de Grupos de Ítems del SCAN (*Items Groups Checklist*: IGC) y en el número de hospitalizaciones previas. En un estudio retrospectivo, Soni et al⁹ encontraron que las tasas de rehospitalización durante los 5 años precedentes estaban relacionadas con la edad de comienzo de la enfermedad, la intensidad de los síntomas positivos y negativos, la dosis de neurolépticos recibida y los síntomas extrapiramidales; no encontrándose que el cumplimiento pobre del tratamiento contribuyera de forma importante a la tasa de recaída. De otro lado, también se ha visto que la probabilidad de recaída disminuye cuando aumenta el tiempo de seguimiento^{5,7}, asimismo si se ajusta por el tiempo de evolución de la enfermedad, cada episodio adicional de hospitalización disminuye el riesgo de un ingreso futuro sobre el 10%^{8,10}.

Entre los factores exógenos más estudiados destaca la emoción expresada (EE) en el clima familiar. La alta EE (comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación) en la relación familiar con el paciente esquizofrénico ha sido relacionada significativa y consistentemente con una mayor incidencia de recaídas y rehospitalizaciones^{11,12}. En esta línea, Donat¹³ ha hallado que es la intrusividad/comentarios críticos el componente de EE relacionado con la rehospitalización. Linszen et al¹⁴ han encontrado que la EE es el mayor factor de riesgo para la recaída psicótica en pacientes con un primer episodio psicótico y que el abuso de cannabis es el mayor factor

de riesgo para la recaída en pacientes con familias de alta EE.

También se han propuesto otros factores exógenos como los organizativos y los determinados por el sistema de servicios asistenciales. La política hospitalaria de admisiones y disponibilidad de alternativas basadas en recursos no hospitalarios, o características del personal de admisión como el número de años de experiencia clínica, han sido señalados con relación a los ingresos hospitalarios^{2,3} o pueden inferirse de las diferencias en resultados obtenidos para diferentes áreas hospitalarias en algunos estudios¹⁵. De otro lado, los factores socioculturales como el nivel cultural de los pacientes también se han encontrado relacionados de forma inversa con el número de ingresos⁸.

El interés en la asociación entre el patrón de utilización de servicios de salud mental y las características sociodemográficas de los pacientes tiene una amplia tradición en la investigación psiquiátrica. Se ha confirmado que muchas variables sociodemográficas están asociadas individualmente al uso de servicios pero, en otras ocasiones, muchas de estas variables están muy interrelacionadas, por lo que resulta necesario aplicar modelos estadísticos multivariantes para analizar las interrelaciones entre un grupo de variables y el uso de servicios.

Conocer el perfil del paciente esquizofrénico, que es gran usuario de servicios de salud mental, tanto hospitalarios como ambulatorios, es necesario para identificar potenciales miembros de estos subgrupos de pacientes y para la discusión fundamentada acerca de las implicaciones clínicas y de planificación de servicios que requieran². El presente estudio pretende contribuir a un mayor conocimiento de las variables que condicionan los ingresos hospitalarios de estos pacientes, en orden a una planificación más efectiva de los recursos y una atención más adecuada de las necesidades diferenciales que los mismos presentan, para lo cual se van a analizar variables sociodemográficas, clínicas y de necesidades asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio de seguimiento durante 12 meses de una cohorte de pacientes esquizofrénicos. El ámbito del estudio corresponde a los distritos sanitarios Granada Sur y la Alpujarra (159.508 y 50.222 habitantes respectivamente), ambos pertenecientes al área Salud Mental Granada Sur. El universo para seleccionar la muestra del estudio fue un censo de pacientes esquizofrénicos que funcionaba en el área Salud Mental Granada Sur durante el año 1992. A partir del mismo se seleccionaron los pacientes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: *a*) estar diagnosticado clínicamente de esquizofrenia (código F20 según la CIE-10); *b*) tener entre 18 y 65 años; *c*) haber acudido a los servicios de la red pública de salud mental del área Granada Sur durante el año anterior al comienzo del estudio (junio 1994), y *d*) residir en los dos distritos sanitarios incluidos en el estudio.

TABLA 1. Ítems incluidos en instrumento de Evaluación de Necesidades Asistenciales: *Needs for Care Assessment* (NCA)

<i>Problemas clínicos (Sección A)</i>	<i>Problemas de destrezas y habilidades (Sección B)</i>
Síntomas psicóticos positivos	Higiene personal
Lentitud y baja actividad	Compras domésticas
Efectos secundarios de la medicación	Conseguir alimentos
Síntomas neuróticos	Tareas domésticas
Demencia o psicosis orgánica	Uso de transporte público
Síntomas físicos o enfermedades	Uso de establecimientos de ocio
Comportamiento peligroso o destructivo	Educación
Comportamiento socialmente embarazoso	Ocupación
Angustia	Habilidades de comunicación
Uso de alcohol	Manejo de dinero
Uso de drogas	Resolución de gestiones propias

La selección de los casos se realizó mediante muestreo aleatorio con reemplazamiento. Se consideró que una muestra de alrededor de 100 pacientes sería suficiente para alcanzar los objetivos del estudio. Finalmente, un total de 92 pacientes, clínicamente diagnosticados de esquizofrenia, fueron seleccionados y entrevistados con el SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia. En 8 casos no se confirmó dicho diagnóstico, por lo que estos pacientes fueron excluidos del estudio. Durante el seguimiento murió un caso, así que finalmente la cohorte estaba formada por 83 pacientes.

Instrumentos de recogida de la información y variables incluidas en el estudio

Para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia se ha utilizado el sistema SCAN^{16,17}. Éste consiste en un conjunto de instrumentos integrados en una entrevista psiquiátrica semiestructurada (PSE-10), dirigida a evaluar, medir y clasificar las alteraciones psicopatológicas y conductuales que se asocian, en el adulto, a los principales trastornos psiquiátricos, de forma precisa y operativa.

Para obtener información psicopatológica complementaria al diagnóstico se ha utilizado la IGC incluida en el sistema SCAN, la cual ofrece una aproximación numérica o dimensional sobre la intensidad de los síntomas. El uso de los Grupos de Ítems está indicado en proyectos de investigación en los que se requiere utilizar la mayor información posible, a partir de los datos obtenidos de la historia y/o informantes diferentes al entrevistado. Esta sección consta de 40 Grupos de Ítems que cubren las principales áreas psicopatológicas del PSE-10 y cada uno de ellos está compuesto por ítems seleccionados del PSE-10 proporcionando una guía general del contenido de cada Grupo de Ítems. La puntuación general, en cada Grupo de Ítems, está basada en el número de síntomas constitutivos presentes y

en la gravedad de la angustia (distrés) o incapacidad que los acompaña.

Las variables sociodemográficas estudiadas han sido: la edad, el género, el estado civil, el tipo de convivencia, el nivel de estudios, el tipo de ingresos económicos y la situación laboral.

Se han estudiado un grupo de variables clínicas previas al comienzo del estudio: edad de comienzo de la enfermedad, años de evolución de la enfermedad, número de ingresos psiquiátricos previos al comienzo del estudio, años de estancia en hospital por ingresos psiquiátricos previos.

Para recoger las necesidades asistenciales de los casos incluidos en el estudio se ha utilizado el Cuestionario de Evaluación de Necesidades (NCA: *Needs for Care Assessment*)^{18,19}. Este instrumento ha sido diseñado especialmente para investigación y fue desarrollado para medir las necesidades de los enfermos mentales crónicos que viven en la comunidad y que están en contacto con los servicios psiquiátricos. Las áreas incluidas en el mismo figuran en la tabla 1.

Debido al escaso número de pacientes ingresados (n=16) a lo largo del estudio, la variable de respuesta (número de ingresos hospitalarios) se dicotomizó en dos categorías: 0 (pacientes sin ingresos) y > 0 (pacientes con ingresos), convirtiéndose así en una variable categórica.

Se ha aplicado un análisis bivariante empleando la comparación de proporciones mediante la χ^2 o, cuando ésta no podía aplicarse, un método exacto de análisis de tablas de contingencia (usando el paquete STATXACT) que en el caso de tablas 2 x 2 era la prueba exacta de Fisher.

A continuación se llevó a cabo el análisis multivariante aplicando la técnica de regresión logística exacta (programa LOGXACT), pues los ajustes hechos por aproximaciones fallaban debido al tamaño de la muestra. En todos los casos se usó como parámetro para valorar la fuerza de la asociación la *odds ratio*, para la que se dio una estimación puntual y una estimación por intervalos.

TABLA 2. Distribución de la muestra según variables sociodemográficas

Variables	N	%	Variables	N	%
Género			Nivel de estudios		
Hombres	62	75	Sin estudios	7	8
Mujeres	21	25	Primarios	47	57
			Secundarios	21	25
			Superiores	8	10
Estado civil			Tipo de ingresos		
Solteros	68	82	Salario	8	10
Casados/en pareja	11	13	Mantenido por padres/pareja	18	22
Divorciados/separados	4	5	Pensión	55	67
			Otros	2	1
Tipo de convivencia			Situación laboral		
Solo	8	10	Empleo remunerado	8	10
Familia de origen	65	79	Empleo sin remunerar	10	12
Familia propia	8	10	Sin empleo	61	73
Alojamiento protegido	2	1	Desconocido	4	5

RESULTADOS

La descripción sociodemográfica de la cohorte es la que figura en la tabla 2. La edad media de los sujetos es de 35 años (DE = 8,6).

Respecto a las características clínicas al comienzo del estudio, se presenta un resumen de las mismas en la tabla 3.

El 99% de los pacientes estudiados está en tratamiento con neurolépticos.

Respecto al diagnóstico, obtenido a través de la entrevista PSE-10, de acuerdo con los criterios CIE-10, 56 casos presentan esquizofrenia de tipo paranoide, 4 hebefrénica, 1 catatónica, 18 indiferenciada, 2 casos residual y otros 2 esquizofrenia simple.

A partir de la entrevista SCAN, se seleccionaron aquellos Grupos de Ítems (IGC) incluidos en la sección II del PSE-10 relacionados con los síntomas psicóticos. Los Grupos de Ítems que se presentan más frecuentemente en los pacientes del estudio son los delirios misceláneos, la afectividad plana e incongruente y la pobreza del lenguaje (35%). Los delirios de referencia se presentan en el 34% de los casos y la negligencia hacia sí mismo en el 31%, otras anormalidades del lenguaje en el 28%, al igual que delirios e interpretaciones extravagantes, mientras que las alucinaciones no específicas aparecen en el 27%.

TABLA 3. Distribución de la muestra según variables clínicas

Variables	Media	DE	Rango
Edad de comienzo de la enfermedad	21,4	5,0	15-38
Años de evolución	12,9	8,2	1-44
Número de ingresos psiquiátricos previos	4,8	5,1	0-30
Número de años en hospital por ingresos psiquiátricos previos	1,0	5,2	0-41

El resto de los Grupos de Ítems se presentan con una frecuencia inferior al 25% de los casos.

Al analizar los resultados obtenidos a partir del NCA observamos que los problemas clínicos más frecuentes entre los pacientes de la cohorte son los síntomas psicóticos positivos (96%), seguido de lentitud y baja actividad (70%). No existe ningún paciente que presente problemas de demencia o psicosis orgánica y en muy baja frecuencia existen problemas relacionados con síntomas físicos o enfermedades (6%) o uso de drogas (7%).

En la sección destrezas y habilidades, los problemas más frecuentes están relacionados con la ocupación (42%), mantenimiento del hogar (tareas domésticas, conseguir alimentos y compras domésticas, con 41%, 40% y 40%, respectivamente) y resolución de gestiones propias (39%).

Respecto a si estas necesidades se encuentran cubiertas o atendidas por los servicios de salud mental, la mayoría de los problemas clínicos están atendidos (81%), mientras que en el área social este porcentaje desciende hasta el 40%. Pocos problemas del área clínica se presentan como no atendidos (12%) mientras que el 8% no tiene posibilidades de atenderse. Sin embargo, en el área social el 41% de los problemas está sin atender y el 19% de ellos no tiene posibilidades de atenderse.

Respecto a la variable de respuesta número de ingresos hospitalarios, el 26% de los pacientes tuvieron algún ingreso a lo largo del período de seguimiento.

Se realizó un análisis bivariante para analizar la asociación entre los ingresos hospitalarios en función de las variables sociodemográficas.

Los resultados indicaron que había asociación entre los ingresos hospitalarios y el género ($\chi^2=6,71$; $gl=1$; $p=0,0085$). Las diferencias radican en que los pacientes varones tienen mayor probabilidad de ser ingresados que las mujeres; de hecho todos los pacientes ingresados son varones.

Aparecieron indicios de significación en la variable edad ($\chi^2=4,95$; $gl=3$; $p=0,1757$) y tipo de convivencia

TABLA 4. Análisis bivariante de ingresos hospitalarios en función de los grupos de ítems

Grupos de ítems (SCAN)	gl	χ^2	p
Despersonalización-desrealización	1	4,52	0,0487*
Delirios y alucinaciones depresivas	1	0,24	0,7042
Delirios corporales	1	0,39	0,4786
Delirios y alucinaciones expansivas	1	4,92	0,0936#
Hiperactividad	1	2,92	0,0873#
Percepción alterada	1	0,06	0,8038
Alucinaciones no específicas	1	0,23	0,7535
Alucinaciones visuales inespecíficas	1	0,24	1,000
Psicosis inespecíficas	1	1,41	0,3008
Alucinaciones auditivas no afectivas	1	0,82	0,3262
Experiencias de distorsión de la forma del pensamiento	1	4,0	0,0610#
Delirios de control	1	0,19	0,6472
Delirios e interpretación extravagantes	1	8,06	0,0103*
Delirios misceláneos	1	3,96	0,0775#
Delirios de referencia	1	0,889	0,3857
Delirio de persecución	1	1,28	0,3650
Agitación emocional	1	0,00	1,000
Lenguaje incoherente	1	0,84	0,3970
Otras anormalidades del lenguaje	1	0,07	0,8193
Comportamiento socialmente embarazoso	1	1,28	0,3650
Afectividad plana e incongruente	1	1,98	0,2422
Pobreza del lenguaje	1	0,85	0,6821
Comunicación no verbal	1	0,00	1,000
Negligencia hacia sí mismo	1	2,32	0,1528#
Retardo motor	1	2,29	0,2132
Conducta catatónica	-	-	-

* Diferencias estadísticamente significativas. # Indicios de significación.

($\chi^2=8,52$; $gl=5$; $p=0,1831$). Las diferencias radican en que el grupo de pacientes mayores de 40 años presenta una probabilidad menor de tener ingresos hospitalarios que aquellos con 40 años o menos. En relación con la variable estado civil la diferencia radica en que los enfermos solteros tienen una mayor probabilidad de tener un ingreso hospitalario; sin embargo, todos los pacientes de la muestra estudiada estaban solteros en el momento de ocurrir el ingreso hospitalario (lo que corresponde al 24% del total de los pacientes solteros de la muestra), por lo que tal indicio de significación podría ser reflejo de la edad. Para la variable tipo de convivencia la diferencia radica en que los pacientes que viven con su familia de origen presentan un porcentaje menor de ingresos que el resto de los pacientes.

Por otro lado se realizó un análisis de asociación entre los ingresos hospitalarios y las variables clínicas previas al comienzo del estudio. Los resultados indicaron que había asociación estadísticamente significativa entre los ingresos hospitalarios y el número de años ingresado ($\chi^2=7,05$ $gl=2$; $p=0,0338$). Las diferencias radican en que los pacientes que han estado durante un período menor a un año en un hospital por ingresos psiquiátricos previos tienen menos probabilidades de ser ingresados durante el período de seguimiento que los que han pasado

más de un año ingresados. Aparecieron indicios de significación respecto a la variable número de ingresos psiquiátricos previos al comienzo del estudio ($\chi^2=3,34$ $gl=2$; $p=0,1881$). Las diferencias radican en que los pacientes que han tenido algún ingreso psiquiátrico previo tienen más probabilidades de ingresar durante el período de seguimiento que aquellos que no los han tenido. No aparecen diferencias estadísticamente significativas en ninguna otra variable clínica.

Se realizó un test de asociación entre los ingresos hospitalarios y los Grupos de Ítems (SCAN). Los resultados (tabla 4) indicaron que había una asociación estadísticamente significativa entre los ingresos hospitalarios y los Grupos de Ítems relacionados con despersonalización-desrealización ($\chi^2=4,52$ $gl=1$; $p=0,0487$) y delirios e interpretaciones extravagantes ($\chi^2=8,06$; $gl=1$; $p=0,0103$).

Las diferencias radican en que los pacientes que presentan los Grupos de Ítems despersonalización-desrealización y delirios e interpretaciones extravagantes tienen una probabilidad significativamente mayor de ser ingresados que los que no presentan dichos síntomas.

Aparecieron indicios de significación en los Grupos de Ítems delirios y alucinaciones expansivas ($\chi^2=4,92$ $gl=1$; $p=0,0936$), hiperactividad ($\chi^2=2,92$ $gl=1$; $p=0,0873$), experiencias de distorsión de la forma del pensamiento ($\chi^2=4$ $gl=1$; $p=0,0610$), delirios misceláneos ($\chi^2=3,96$; $gl=1$; $p=0,0775$) y negligencia hacia sí mismo ($\chi^2=2,32$; $gl=1$; $p=0,1528$). Las diferencias radican en que los enfermos que presentan estos grupos de ítems tienen mayor probabilidad de ser ingresados que los que no los presentan (tabla 4).

Al abordar el análisis de asociación entre los ingresos hospitalarios y las necesidades asistenciales, los resultados indicaron (tabla 5) que había asociación estadísticamente significativa entre los ingresos hospitalarios y las variables comportamiento socialmente embarazoso ($\chi^2=7,272$; $gl=1$; $p=0,0186$), uso de alcohol ($\chi^2=6,589$; $gl=1$; $p=0,0170$) y uso de drogas ($\chi^2=9,334$; $gl=1$; $p=0,0115$). En la sección destrezas y habilidades las diferencias estadísticamente significativas se presentan en la relación de ingresos hospitalarios y ocupación ($\chi^2=5,743$; $gl=1$; $p=0,0238$).

Las diferencias radican en que los pacientes con comportamiento socialmente embarazoso, uso de alcohol, de drogas y problemas con la ocupación tienen una mayor probabilidad de ingreso hospitalario que el resto.

Aparecen indicios de significación en la variable comportamiento peligroso o destructivo ($\chi^2=4,230$; $gl=1$; $p=0,0714$) y angustia (distrés) ($\chi^2=2,620$; $gl=1$; $p=0,1526$). Tal diferencia indica que aquellos pacientes que presentan un comportamiento peligroso o destructivo y angustia (distrés) tienen mayor probabilidad de tener un ingreso hospitalario.

Una vez conocidas las diferencias entre los grupos de variables con respecto a los ingresos hospitalarios, a continuación se presenta un análisis de regresión logística. En este modelo están incluidas las variables que dieron diferencias significativas o que mostraron indicios de sig-

TABLA 5. Análisis bivariante de los ingresos hospitalarios en función del nivel de funcionamiento

<i>Síntomas y comportamiento</i>	<i>gl</i>	χ^2	<i>p</i>
Síntomas psicóticos positivos	1	0,743	1,0000
Lentitud y baja actividad	1	0,247	0,7660
Efectos secundarios de la medicación	1	2,545	0,1283
Síntomas neuróticos	1	0,050	1,0000
Demencia o psicosis orgánica**	-	-	-
Síntomas físicos o enfermedades	1	0,002	1,0000#
Comportamiento peligroso o destructivo	1	4,230	0,0714
Comportamiento socialmente embarazoso	1	7,272	0,0186*
Angustia	1	2,620	0,1526 #
Uso de alcohol	1	6,589	0,0170*
Uso de drogas	1	9,334	0,0115*
<i>Destrezas y habilidades</i>	<i>gl</i>	χ^2	<i>p</i>
Higiene personal	1	0,015	1,0000
Compras domésticas	1	0,599	0,5730
Conseguir alimentos	1	1,803	0,2573
Tareas domésticas	1	0,098	1,0000
Uso de transporte público	1	1,593	0,2851
Uso de establecimientos de ocio	1	0,310	0,7500
Educación	1	1,271	0,5776
Ocupación	1	5,743	0,0238*
Habilidades de comunicación	1	0,997	0,3763
Manejo de dinero	1	0,126	0,7726
Resolución de gestiones propias	1	1,096	0,3925

* Diferencias estadísticamente significativas. # Indicios de significación.
 ** No se ha analizado debido a que no hay ningún paciente que presente estos síntomas.

nificación en los análisis univariados realizados previamente.

A partir del Modelo II se puede observar que hay un efecto muy claro de la variable uso de drogas, en el sentido de que los pacientes que usan drogas tienen una probabilidad 10,9 veces mayor de tener un ingreso hospitalario durante el año de seguimiento que aquellos que no las utilizan (tabla 6).

El género también muestra una fuerte asociación en el sentido de que los varones tienen mayor probabilidad de ser ingresados durante el año de seguimiento que las mujeres; la *odds ratio* para el grupo de riesgo es de 9,4, lo que indica la fuerza de la asociación.

También presentan un efecto claro los síntomas referidos a experiencias de distorsión de la forma del pensamiento, en el sentido de que si estos síntomas están presentes es mucho más probable que el paciente ingrese, al menos una vez, a lo largo del año, que si no lo están. Abusando del lenguaje se podría decir que el riesgo de ingresar es 8,9 veces mayor en los pacientes que presentan «experiencias de distorsión de la forma del pensamiento» que en aquellos en los que estos síntomas no están presentes. Respecto a la presencia de hiperactividad y delirios e interpretaciones extravagantes, la asociación es también en el sentido de que cuando tales síntomas están presentes se incrementa la probabilidad de que el individuo sea ingresado en el año siguiente; concretamente, las razones del producto cruzado están alrededor de 6 para hiperactividad y de 5 para los delirios e interpretaciones extravagantes. La variable comportamiento socialmente embarazoso también pasa al Modelo II, la asociación se presenta en el sentido de que los pacientes con comportamiento socialmente embarazoso ingresan en un hospital durante el año de seguimiento con más probabilidad que aquellos que no tienen este comportamiento.

TABLA 6. Modelo multivariante para el total de ingresos hospitalarios

<i>Variables</i>	<i>Modelo I</i>		<i>Modelo II</i>	
	\hat{o}	<i>I de C</i>	\hat{O}	<i>I de C</i>
Género	9,9	1,6;1003	9,4	1,3 + infinito
Edad	5,9	0,8;262	-	-
Tipo de convivencia	0,69	0,11;0,85	-	-
Nº de ingresos previos	4,6	0,62;209	-	-
Nº de años en hospital por ingresos previos	4,3	1,1;16,9	-	-
Despersonalización-desrealización	3,8	0,80;17,2	-	-
Delirios y alucinaciones expansivas	9,1	0,44;5,64	-	-
Hiperactividad	2,9	0,64;12,04	6,6	0,86;103,0
Experiencias de distorsión de la forma del pensamiento	8,9	1,3;947	8,9	1,2 + infinito
Delirios e interpretaciones extravagantes	4,8	1,3;18,1	5,7	10,9;41,8
Delirios misceláneos	3,0	0,85;10,88	-	-
Negligencia hacia sí mismo	2,6	0,30;18,4	-	-
Comportamiento peligroso o destructivo	3,42	1,0;11,5	-	-
Comportamiento socialmente embarazoso	4,5	1,2;17,0	3,1	0,5;19,8
Angustia	2,4	0,7;8,8	-	-
Uso de alcohol	4,4	1,3;14,6	-	-
Uso de drogas	10,8	1,3;126,8	10,9	0,8 + infinito
Ocupación	3,9	1,1;16,0	-	-

DISCUSIÓN

Nuestro estudio se ha desarrollado por el procedimiento de seguimiento de una cohorte a partir de la selección de una muestra aleatoria de pacientes de dos distritos sanitarios, cuyo diagnóstico de esquizofrenia ha sido confirmado siguiendo los rigurosos criterios RDC (*Research Diagnostic Criteria*) tras la entrevista diagnóstica SCAN. La evaluación al comienzo del estudio de su estado mental y de las necesidades de atención clínica y social se ha puesto en relación con los ingresos hospitalarios que estos pacientes han realizado a lo largo de 12 meses de seguimiento. El análisis multivariante de los resultados ha permitido establecer que en nuestra muestra el uso de drogas, el sexo, las experiencias de distorsión de la forma del pensamiento, la hiperactividad, los delirios e interpretaciones extravagantes y el comportamiento socialmente embarazoso son las variables que mejor predicen el ingreso.

Según los resultados de este estudio, la variable que predice con más fuerza el ingreso hospitalario es el uso de drogas (10,9 veces más que el no consumirlas). Esta variable ya había sido señalada en otros estudios sobre hospitalizaciones²⁰, aunque en este caso los sujetos de estudio no sólo eran pacientes esquizofrénicos, sino pacientes mentales graves con frecuentes readmisiones. Por otro lado, hemos encontrado que el género está asociado a tener ingresos hospitalarios de forma que los hombres presentan mayor probabilidad de ser ingresados que las mujeres (9,4 veces más). Estos datos coinciden con los resultados de la memoria del Registro Andaluz de Esquizofrenia correspondientes al año 1996, en el que del total de pacientes ingresados, el 78% son varones frente al 22% que eran mujeres. Los motivos pueden residir en una aparición más tardía de la enfermedad en las mujeres con la consiguiente mejor adaptación social. En general, el curso de la esquizofrenia es más favorable entre las mujeres que entre los varones, además de la mayor facilidad de las mujeres para contener los trastornos de la conducta²¹. En este sentido puede apuntar nuestro hallazgo que otra de las variables relevantes para la predicción de la rehospitalización es la presencia de comportamiento socialmente embarazoso (aumenta la probabilidad tres veces). Sin embargo, Eaton et al^{5,10} refieren que más de la mitad de los pacientes esquizofrénicos varones pero sólo un tercio de las mujeres son hospitalizados por primera vez antes de los 25 años. Siguiendo este razonamiento, sugieren que cualquier diferencia en el riesgo de rehospitalización se explica por las diferencias en la edad de comienzo de la enfermedad. Según estos autores, cuando sólo se tuvo en cuenta la edad de aparición de la enfermedad, ni el género, ni el estado civil tuvieron efectos significativos sobre el riesgo de rehospitalización.

Algunas variables clínicas, como cabría esperar, también han resultado significativas. En nuestro estudio hemos encontrado asociación entre las experiencias de distorsión de la forma del pensamiento y el ingreso hospitalario (su presencia aumenta el riesgo de ingreso 8,9

veces) coincidiendo con los hallazgos de Marengo y Harrow²², quienes en un estudio longitudinal estiman que la presencia de trastornos del pensamiento es predictiva de mal pronóstico identificando éste con reingreso. También en los pacientes estudiados existe asociación entre la hiperactividad (el riesgo es 6,6 veces mayor) y los delirios e interpretaciones extravagantes (el riesgo es 5,7 veces mayor) y los ingresos hospitalarios. Soni et al⁹ también encuentran que una psicopatología intensa respecto a síntomas positivos y afectivos implica mayor número de ingresos. Por el contrario, Figuerido et al⁸ no encuentran asociación entre la rehospitalización y los tipos de síntomas utilizando la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS).

Las diferencias de resultados, a veces contradictorias, obtenidas en los diferentes estudios podrían estar condicionadas, de un lado, por variables organizativas o sociales que determinen el perfil de pacientes a ingresar^{3,15,20} y, de otro, por la metodología utilizada en cada estudio (selección de la muestra, de las variables, de los instrumentos para medirlas y de los métodos de análisis). En este sentido un mayor tamaño de nuestra muestra, dada la gran cantidad de variables «moleculares» introducidas en el análisis, quizá nos hubiera permitido obtener más pacientes puntuando en las mismas, lo que aumentaría la potencia de los resultados estadísticos.

Discriminar las características de las personas que sufren esquizofrenia, que entrañan una mayor probabilidad de ingreso hospitalario, puede permitir tanto a investigadores como a clínicos determinar perfiles de pacientes y protocolos de actuación dirigidos a modificar aquellas variables susceptibles de ello (consumo de drogas, síntomas clínicos, conductas socialmente embarazosas), con el objetivo de disminuir el índice de ingresos hospitalarios y mejorar la evolución de la enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

Al FIS por financiar el Proyecto de Investigación «Evaluación de la asistencia que recibe el enfermo mental en la comunidad europea» (Exp: 93/856) y a la DGICYT por financiar el Proyecto de Investigación «Marcadores de vulnerabilidad/Factores de protección en la prevención de recaídas en la esquizofrenia desde una perspectiva psicológica de actuación» (Proyecto: PB94-0820).

BIBLIOGRAFÍA

1. Häfner H, Heiden W. Evaluating Effectiveness and Cost of Community Care for Schizophrenic Patient. *Schizophrenia Bull* 1991;17:441-51.
2. Kent S, Fogarty M, Yellowlees P. A review of Studies of Heavy Users Of Psychiatric Services. *Psychiatr Serv* 1995; 46:1247-53.
3. Huntley DA, Cho DW, Cristman J, Csernansky JG. Predicting Length of Stay in a Acute Psychiatric Hospital. *Psychiatr Serv* 1998;49:1049-53.

4. Saarento O, Nieminen P, Hakko H, Isohanni M, Väisänen E. Utilization of psychiatric in-patient care among new patients in a comprehensive community-care system: a 3-year followup study. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:132-9.
5. Eaton WW, Mortensen PB, Herrman H, Freeman H, Bilker W, Burgess P, Wooff K. Long-Term Course of Hospitalization for Schizophrenia: Part I. Risk for Rehospitalization. *Schizophrenia Bull* 1992;18:217-28.
6. Doering S, Müller E, Köpcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden P, et al. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia Bull* 1998;24:87-98.
7. Mortensen PB, Eaton WW. Predictors for readmission risk in schizophrenia. *Psychol Medicine* 1994;24:223-32.
8. Figuerido JL, Gutiérrez M, González Pinto A, Ballesteros J, Pérez de Heredia JL, Ramírez F, et al. Predictores de rehospitalización en la esquizofrenia. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1997;25:217-24.
9. Soni SD, Gaskell K, Reed P. Factors affecting rehospitalization rates of chronic schizophrenic patients living in the community. *Schizophrenia Bull* 1994;12:167-77.
10. Eaton WW, Bilker W, Haro JM, Herrman H, Mortensen PB, Freeman H, Burgess P. Long-Term Course of Hospitalization for Schizophrenia: Part II. Change With Passage of Time. *Schizophrenia Bull* 1992;18:229-41.
11. Left J, Vaughn C. Expressed emotion in families: Its significance for mental illness. New York: Guilford Press; 1985.
12. Lemos S, Muñoz J. Expresión emocional familiar en la esquizofrenia. *Investigaciones psicológicas* 1989;6:269-94.
13. Donat DC. Level of Expressed Emotion Scale Scores and Psychiatric Rehospitalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1996;19:57-60.
14. Linszen DH, Dingemans PM, Nugter MA, Van der Does AJW, Scholte WF, Lenior MA. Patient Attributes and Expressed Emotion as Risk Factors for Psychotic Relapse. *Schizophrenia Bull* 1997;23:119-30.
15. Hansson L, Muus S, Vinding HR, Göstas G, Saarento O, Sandlund M, et al. The nordic comparative Study on sectorized psychiatry: contact rates and use of services for patients with a functional psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:315-20.
16. Wing JK, Babor T, Brugha TS, Burke H, Cooper JE, Giel R, Jablensky A, Regier DA, Sartorius N. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatr* 1990;47:489-593.
17. Organización Mundial de la Salud. Cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría. Madrid: Meditor; 1993.
18. Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, Brugha TS, MacCarthy B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychol Medicine* 1987;17:971-81.
19. Torres González F, Rosales Varo C, Moreno Küstner B, Jiménez Estévez JF. Evaluación de las necesidades de los enfermos mentales. En: Bulbena A, Vilarrasa GE, Berrios P, Fernández de Larrinoa Palacios (comp). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson; 2000.
20. Kent S, Yellowlees P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hospital and Community Psychiatry* 1994;45:347-50.
21. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1994.
22. Marengo JT, Harrow M. Schizophrenia thought disorder at follow up. *Arch Gen Psychiatr* 1987;44:651-9.