

Variabilidad en los diagnósticos de una cohorte de reingresadores en las dos últimas décadas

I. Linares Vallejo^a, H. Hernández Herrero^a, J. J. Castrodeza Sanz^b, J. J. de la Gándara Martín^a y E. Negueruela Azarola^a

^aServicio de Psiquiatría del Consorcio Hospitalario de Burgos. ^bFacultad de Medicina. Universidad de Valladolid

Diagnostic variability in a cohort of patients with multiple admissions in the last two decades

Resumen

Introducción. Investigar posibles cambios en el patrón de ingresos en relación con mejoras en la asistencia psiquiátrica y si existe variabilidad en los diagnósticos en un grupo de pacientes reingresadores durante su período de seguimiento.

Material y métodos. Del total de pacientes psiquiátricos hospitalizados entre 1983-2000 se selecciona un grupo de 59 que ingresaron al menos 10 veces. Revisando las historias clínicas analizamos las siguientes variables: diagnóstico psiquiátrico principal (basándonos en el sistema DSM-IV) y cambio diagnóstico como principales variables y período, densidad de ingresos, intervalo sin ingresos y cierre como variables derivadas. Pruebas estadísticas: análisis no paramétrico de la varianza de Friedman para muestras relacionadas, χ^2 de Pearson y gráficas secuenciales.

Resultados y discusión. La mejoría progresiva de la asistencia psiquiátrica en la provincia probablemente explicaría la disminución del número de pacientes reingresadores hasta su desaparición en el último año. Las variables relacionadas con diagnósticos en los ejes I y II (DSM-IV) presentan variaciones importantes en los sucesivos ingresos. Los problemas psicosociales y ambientales se acumularían a lo largo de los ingresos y el nivel de actividad global tendería a mejorar en función de los años que se lleve ingresando. Encontramos que esta población de pacientes se componía de tres subgrupos susceptibles de un abordaje terapéutico diferente.

Palabras clave: Pacientes de «puerta giratoria». Epidemiología. Readmisión.

Summary

Introduction. To investigate possible changes in the admission pattern correlated with improvement in psychiatric attention and if there is variability in the diagnosis of patients previously identified as having multiple admissions during the study period.

Material and methods. Our study is based on fifty-nine patients who were admitted on at least ten occasions between 1983-2000. The medical records of the frequent users were reviewed and data were extracted on several variables: principal psychiatric diagnosis (DSM-IV TR criteria) and diagnostic changes as main variables and period, admissions density, admission interval and period between last admission and the end of study, as related variables. Statistical analyses: Friedman's variance non-parametric analysis for related samples, Pearson's chi-squared test and sequence graphing.

Results and discussion. Improved psychiatric care in our city would seem to correlate with the decreasing number of patients with multiple admissions to the point where there have been no admissions in the past year. Diagnosis (DSM-IV axis I and II) variables showed important variations from one admissions to the next. The psychosocial and adaptation problems that became manifest during the successive admissions tended to improve over time as did the overall functioning of the patients. Our findings suggest that this population is composed of three distinct subgroups. Identification of the subgroups may have important implications for the management and treatment modality.

Key words: Revolving-door patients. Epidemiology. Readmissions.

INTRODUCCIÓN

En trabajos anteriores sobre ingresadores múltiples analizamos algunas características de este grupo basándonos en su descripción y en el estudio de las relaciones que presentaban las variables entre sí^{1,2}. Tanto en el es-

tudio descriptivo como en el relacional los datos se analizaron estadísticamente en un corte transversal que tomaba como referencia el primer ingreso como episodio índice, al que se añadían en el mismo corte unas variables-resumen que compendian información de todas sus hospitalizaciones.

En la literatura se aborda con metodología dispar el hecho de reingresar múltiples veces desde perspectivas y con finalidades diferentes y no existen unos criterios unánimes a la hora de considerar a un paciente reingresador. En la mayoría de los trabajos se eliminaban los reingresadores «de fondo», es decir, aquellos que realizaban sus in-

Correspondencia:

I. Linares Vallejo
General Ruiz, 2, 8.º izda
47004 Valladolid
Correo electrónico: pll01va@saludalia.com

gresos lentamente a lo largo de los años, debido a que se realizaba un corte transversal de esta población, o se seguía durante un período escaso de tiempo. En el presente estudio, al disponer de un período largo de observación, hemos podido captar a los pacientes reingresadores, así como investigar si existen subgrupos dentro de éstos.

Hay autores³⁻⁵ que son de la opinión de que cuanto mejor esté organizado el sistema de asistencia psiquiátrica más probable es que disminuya para algunos pacientes la necesidad de ingresar breve y repetidamente. Al respecto, es necesario señalar que en nuestra provincia ha habido algunos hitos en la asistencia psiquiátrica, que abarca este período de observación, que pueden haber influido en la disminución de ingresos de algunos pacientes. Nos referimos a la creación de equipos de salud mental de distrito a partir del año 1986, a la unificación de las unidades de hospitalización de agudos de la Diputación y del Insalud en el año 1995 y a la mayor disponibilidad de las unidades de rehabilitación a partir de 1998-1999.

Nos planteamos en este estudio tres cuestiones de partida: si la organización de la asistencia psiquiátrica en nuestra provincia en los últimos años (unidad de hospitalización de agudos, USM, unidades de rehabilitación) había modificado el patrón general de ingresos/reingresos, si se habían producido cambios importantes en lo referente a diagnósticos en los sucesivos ingresos, y, finalmente, conocer si el grupo de los ingresadores era uniforme o si, por el contrario, existían características que permitieran diferenciar subgrupos dentro de esta cohorte.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra de ingresadores múltiples está constituida por un grupo de 59 pacientes (19 hombres y 40 mujeres), de edades comprendidas entre los 17 y 76 años (media: 34,6), que ingresaron al menos 10 veces en el término de 18 años y que fueron seleccionados entre el total de pacientes que lo hicieron alguna vez en la unidad de hospitalización del Servicio de Psiquiatría del Insalud de Burgos. El trabajo equivaldría a un estudio longitudinal retrospectivo de una cohorte de pacientes cuyos elementos se van incorporando a lo largo de los años al cumplirse el requisito de reunir 10 ingresos. En el caso de los pacientes que disponen de más de 10 ingresos, su historia evolutiva está limitada a los 10 primeros.

En función de resolver la primera cuestión planteada, realizamos una tabulación de los ingresos nuevos y reingresos en nuestro servicio que permitiera hacer una representación gráfica y así valorar en qué medida la organización de la asistencia psiquiátrica ha influido el patrón de ingresos.

Para estudiar los posibles cambios diagnósticos a lo largo de los sucesivos ingresos nos fijamos en el comportamiento de dos tipos de variables: la variable *cambio diagnóstico* (sin cambio diagnóstico/cambio mínimo/cambio importante, diagnósticos no relacionados), y la variable *diagnóstico principal por grupos*. Hemos ac-

tualizado los diagnósticos conforme al sistema de clasificación DSM IV: eje I (diagnóstico principal y comorbilidad), eje II (existencia o no de trastorno de la personalidad), omitimos el eje III (existencia de condiciones físicas), eje IV (existencia de problemas psicosociales o ambientales) y eje V (escala de evaluación de la actividad global [EEAG] al ingreso). En la variable *diagnóstico principal por grupos* distinguimos las siguientes categorías: 1) trastornos mentales orgánicos y trastornos por uso de sustancias (TMO/TUS); 2) psicosis; 3) trastornos afectivos (trastorno bipolar y depresión mayor), y 4) otros, en los que se incluyen distimia, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria (TCA), trastorno adaptativo y otros. Para detectar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las sucesivas medias de las variables cuantitativas a lo largo de los ingresos hemos utilizado el test no paramétrico de Friedman (distribución χ^2 con K-1 grados de libertad, siendo K el número de variables relacionadas; en nuestro caso 10), asumiendo que estamos chequeando k variables relacionadas (las puntuaciones de una muestra en 10 momentos diferentes) para cada variable estudiada. Para las variables cualitativas hemos empleado la prueba χ^2 de Pearson. Para todos los cálculos utilizamos el programa estadístico SPSS v.6.1.2 y los textos explicativos acompañantes de Marija J. Norusis^{6,7}.

Con el propósito de distinguir subgrupos dentro de los reingresadores estudiamos caso a caso los patrones de ingresos mediante las gráficas secuenciales que originaban y utilizamos las variables temporales derivadas: *período* (número de años para completar los ingresos), *densidad de ingresos* (número de ingresos/período), *intervalo sin ingresos* (número de años en los que no se producen ingresos/período) y *cierre* (años que transcurren desde el último ingreso del paciente hasta el cierre del estudio).

RESULTADOS

En la **figura 1** observamos la evolución global de ingresos nuevos y reingresos en el Servicio de Psiquiatría en los años estudiados. Teniendo en cuenta el número

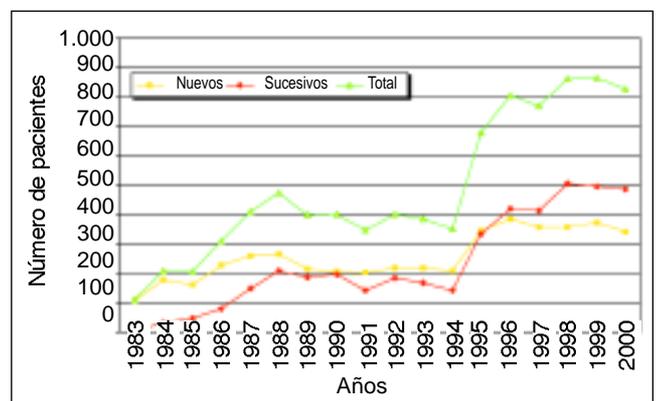


Figura 1. Ingresos frente a reingresos en Psiquiatría. Años 1983-2000 (n = 8.797). Nuevos (4.618)/sucesivos (4.179).

total de ingresos se distinguen tres fases. Una primera (1983-1988) en la que se pone de manifiesto el crecimiento de la Unidad de Psiquiatría: formación, asignación de ocho camas en un principio junto a otros servicios, asignación posterior de una planta con 16 camas. Una segunda fase (1989-1994) de estabilización y leve descenso del número de ingresos, que coincide con la creación y pleno funcionamiento de los equipos de salud mental de distrito y ambulatorios. Y una tercera (a partir de 1995) en la que se unifican los servicios de hospitalización del Insalud y de la Diputación, con el correspondiente incremento brusco y tendencia posterior a la estabilización. La línea de *reingresos sucesivos* en general marca las mismas inflexiones. Sin embargo, si desglosamos el número de casos nuevos existe una tendencia continua al alza.

Por otra parte, en la **figura 2** observamos la evolución de la serie estudiada de pacientes ingresadores múltiples. Las líneas correspondientes al *total de ingresos* y a *reingresos sucesivos* se parecen un tanto a la de ingresos y reingresos globales, incrementándose los casos de ingresadores múltiples a la par que lo hace el global de casos atendidos, marcándose el mismo tipo de inflexiones, correspondientes a la historia del servicio. Únicamente al final caen más bruscamente, notándose, sin embargo, una diferencia neta al considerar sólo la línea que representa los casos nuevos de personas con ingresos múltiples, que después del crecimiento esperable va experimentando un descenso progresivo a lo largo de los años, un repunte de escasa relevancia en 1995, cuando se unifican los servicios, y un franco descenso hasta desaparecer en los dos últimos años estudiados, al contrario de lo que ocurre con el número de ingresos globales nuevos que siempre va en ascenso.

En las **tablas 1 y 2** resumimos la evolución que experimentaron las variables diagnósticas a lo largo de los 10 ingresos sucesivos. Consideramos importante la variabilidad del diagnóstico principal en el eje I a lo largo de los ingresos (**tabla 2**). Analizándola por grupos, encontramos que en los 10 ingresos primeros los TMO/TUS presentaron porcentajes que oscilaron entre el 8,3% y el

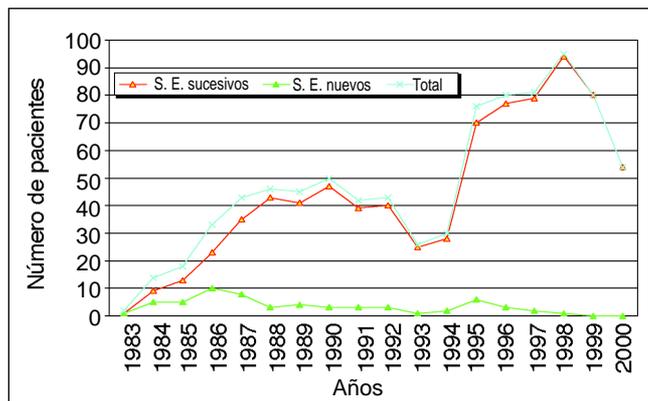


Figura 2 Ingresadores múltiples (10). Años 1983-2000 (n = 789). Nuevos (59)/sucesivos (730).

TABLA 1. Evolución de las variables eje II, eje IV y eje V

Número de ingreso	Eje II (% con dx)	Eje IV (% con dx)	Eje V (EEAG)
1	40,7	55,9	17,0
2	42,4	57,6	22,6
3	40,7	54,2	20,2
4	39,0	57,6	25,7
5	30,5	45,8	30,8
6	30,5	54,2	31,8
7	32,2	57,6	33,4
8	36,2	65,5	34,1
9	35,6	62,7	35,0
10	39,0	67,8	36,6
Ingresos totales	40,2	60,6	31,8
Diferencias	ns	ns	F = 114,30* p = 0,0000

*F = chi² del ANOVA de 2 días no paramétrico de Friedman. ns: no significativo.

15% de la muestra, comenzando en el primer ingreso con el mismo porcentaje que acaba en el décimo, siendo mínimo en el ingreso número 9 y máximo en el ingreso número 8, sin que se pueda determinar ninguna tendencia concreta a lo largo de ellos. El grupo de psicosis presentó proporciones que oscilaron entre el 20,3 % y el 30%, comenzando en el primer ingreso con 26,7% y finalizando en el décimo con 30%, siendo mínimo en el octavo y máximo en el tercero, cuarto y décimo. El grupo de trastornos afectivos osciló entre un 38,3% y un 46,7%, siendo igualmente aleatorios los ingresos en que se producen máximos y mínimos. Algo parecido con los trastornos clasificados como «otros», que oscilan entre el 13,3% y el 20% a lo largo de los primeros 10 ingresos. Las diferencias contrastadas mediante chi² (Pearson) no son significativas.

El porcentaje de personas que tienen diagnóstico de *trastorno de personalidad* igualmente oscila, comenzando y terminando en porcentajes parecidos. Aparecen porcentajes más altos en los primeros ingresos, sufren un des-

TABLA 2. Evolución de la variable diagnóstico principal eje I agrupado

Número de ingreso	TMO/TUS (%)	Psicosis (%)	Afectivos (%)	Otros (%)
1	10,0	26,7	45,0	18,3
2	10,0	28,3	45,0	16,7
3	12,7	30,0	38,3	20,0
4	13,3	30,0	40,0	16,7
5	11,7	26,6	46,7	15,0
6	10,0	25,0	45,0	20,0
7	13,3	26,7	43,3	16,7
8	15,0	20,3	43,4	13,3
9	8,3	28,4	45,0	18,3
10	10,0	30,0	43,3	16,7
Ingresos totales	11,4	27,2	43,5	17,2
Diferencias no significativas				

censo importante en los intermedios y vuelven a elevarse en los últimos. Las diferencias (χ^2) no son significativas. Los problemas psicosociales y ambientales parecen ir aumentando a medida que se producen más ingresos. Exceptuando un descenso brusco en el quinto ingreso, los porcentajes se mantienen semejantes en los seis primeros ingresos y experimentan un importante ascenso en los tres últimos. Las diferencias (χ^2) no son significativas.

En la EEAG el nivel es mínimo en los primeros ingresos y experimenta una clara tendencia a ir aumentando en sucesivos ingresos, pasando del segundo al cuarto tramo. Las diferencias son significativas (Friedman $\chi^2 = 114,30$; $p = 0,0000$).

Estudiamos, finalmente, caso a caso los patrones de ingresos mediante las gráficas secuenciales que originaban, intentando distinguir características de agrupamiento de pacientes (densidad de ingresos, intervalos en los que no ingresan, regularidad en el reparto a lo largo del tiempo) que expliquen por qué algunos completan los ingresos en pocos años y desaparecen y otros hacen ingresos más espaciadamente y a lo largo de muchos años.

Entre los que empleaban pocos años (3-5) parecían predominar los diagnósticos «neuróticos» (trastorno límite de personalidad, histriónico, distimia, facticio), pero también hubo algún representante de las esquizofrenias, depresiones mayores y un TMO.

Entre los que emplearon 6-7 años predominan netamente las esquizofrenias y los trastornos bipolares, aunque también hubo un trastorno límite de personalidad y una depresión mayor. Incluso entre los siguientes (8-10 años) parecen seguir predominando las psicosis y los trastornos afectivos, pero se entremezclan diagnósticos del grupo «otros» y TMO/TUS, con lo que teniendo en cuenta la prevalencia de éstos en la muestra no se puede llegar a ninguna conclusión con significación estadística. El único caso que estuvo presente durante los 18 años era un trastorno bipolar, así como tenía este diagnóstico el que empleó 17 años y algunos de los de 15 y 16 años.

Aparte de constatar estos hechos sueltos, cuando intentamos agrupar los patrones de ingreso de la manera más intuitiva que se nos ocurrió obtuvimos la variable categorial *período C* ya explicada en anteriores trabajos. Esta variable nos desveló, como quedó dicho en ellos, en sus relaciones con *cambio diagnóstico*, que en el grupo que empleaba entre 13 y 18 años ingresando sucedían muchos más cambios diagnósticos, y en sus relaciones con la *actividad global* nos dio el sentido de tales relaciones: el grupo con muchos más años de ingresos (13-18) resultaba ser el que peor funcionamiento global tenía. Igualmente en sus relaciones con *cierre* (años sin ingresar desde última alta) nos hizo ver que el primer grupo, el que empleaba menos años, llevaba más tiempo sin ingresar. Así pues, teniendo en cuenta las características descriptivas y relacionales de los anteriores estudios y las evolutivas de éste pudimos distinguir meridianamente tres tipos de ingresos múltiples a los que asignaríamos las siguientes características (tabla 3):

- *Tipo 1*. Se trata de pacientes que emplean pocos años (3-7) en completar sus ingresos. Tienen, por

TABLA 3. Tipos de reingresadores

	<i>Tipo 1</i>	<i>Tipo 2</i>	<i>Tipo 3</i>
Período (años ingresando)	3-7 (media: 5)	8-12 (media: 10)	13-18 (media: 15)
Densidad (n.º ingresos/ período)	2,55	1,3	0,89
Intervalo (años ausencia/ período)	0,03	0,35	0,45
Cierre (años desde el último ingreso)	2,52	2,33	0,48
Diagnóstico eje I	TCA, TMO, bipolares	Psicosis típica, atípicas	Neuróticos, trastorno personalidad
Cambios diagnósticos	Inapreciables	Mínimos	Importantes

TCA: trastornos de la conducta alimentaria. TMO: trastornos mentales orgánicos.

tanto, una densidad de los mismos alta (media: 2,6 ingresos/año); un intervalo sin ingresos casi inexistente, lo que supone que ingresan prácticamente todos los años al menos una vez; muy pocos cambios diagnósticos a lo largo de sus ingresos; una actividad global en el episodio índice menos afectada (media: 26) y disponen de mucho tiempo más sin ingresar tras la última alta (aproximadamente 3 años). Presentan más diagnósticos de lo esperable de TCA, TMO y trastorno bipolar.

- *Tipo 2*. Emplean entre 8 y 12 años en completar sus ingresos. La densidad de los mismos viene a ser la mitad que la del grupo anterior (media: 1,3 ingresos/año); mayor distancia entre ingresos; se producen más cambios diagnósticos que en el tipo 1, pero son de los que hemos etiquetado como «mínimos»; su actividad global está un poco más afectada que en el primer grupo (media: 15) y disponen de menos tiempo sin ingresar tras la última alta (media: 1,9 años). Como diagnósticos están más representadas las psicosis típicas y atípicas, y se producen más cambios diagnósticos que en el tipo 1, pero se consideran cambios mínimos dentro del grupo diagnóstico considerado.
- *Tipo 3*. Emplean muchos años (13-18) en completar sus ingresos. La densidad de los mismos es menor que en los dos grupos anteriores (media aproximada de un ingreso por año); tienen un intervalo sin ingresos un poco más alto; en ellos se dan muchos e importantes cambios diagnósticos a lo largo de sus ingresos; tienen una actividad global en el episodio índice muy afectada (media: 4) y disponen de poco tiempo sin ingresar tras la última alta (0,5 años). Como diagnósticos encontramos predominio de trastornos neuróticos y de personalidad.

DISCUSIÓN

Siguiendo la evolución de los ingresos en nuestro servicio durante los años estudiados se observa la influen-

cia de los períodos comentados en su instauración, consolidación, mantenimiento, posterior unión con los servicios de la Diputación, con un incremento importante de pacientes, y de nuevo estabilización. Nuestro pequeño grupo de ingresadores múltiples parece seguir las mismas vicisitudes en cuanto al número global de ingresos sucesivos. Sin embargo, desglosando los componentes nuevos vemos claramente que no se produce un incremento tan notorio como en el resto de ingresos en el año 1995, cuando se unen los servicios, y que incluso existe una tendencia a partir de ahí a la disminución hasta llegar a la desaparición de nuevos en los dos últimos años. Una vez que el número de ingresadores ha tomado auge a lo largo del tiempo no sería esperable que descendiese, tendría una inercia determinada; nuevos elementos sustituirían a otros que causarían baja y al compás del crecimiento experimentado globalmente sospecharíamos que también su parcela crecería. A no ser que sucedan cambios en la asistencia propios de la organización, suponemos cada vez más cuidada, de la atención a los enfermos mentales. Si observamos la [figura 2](#), nunca hubo tantos ingresadores múltiples nuevos como en el año 1986, cuando estaba creciendo la unidad de Psiquiatría del Hospital General Yagüe, no estaban funcionando los equipos de salud mental y no se tenía la más mínima conexión con los servicios de crónicos, circunstancias, pues, ideales para propiciar el fenómeno de «puerta giratoria».

A partir de los años posteriores se van remediando estas deficiencias y tiende a reducirse el número de nuevos pacientes con ingresos múltiples, e incluso pasar algún año sin ningún nuevo reingresador. Es probable que la explicación de los hechos acaecidos desde 1995 resida en que al unificar los servicios nos habríamos encontrado con un grupo de ingresadores múltiples que habrían sido los mismos en los dos servicios, y el incremento, por tanto, fuese menor del esperable (aumento mínimo de este tipo de pacientes en 1995 con relación al aumento importante del volumen global de pacientes). Por otra parte, la tendencia a continuar bajando hasta desaparecer en los últimos años podría estar en relación con la apertura de unidades de rehabilitación, como el Hospital de Fuente Bermeja y otras, a las que, a pesar del difícil acceso, han podido ir a parar algunos de estos reingresadores múltiples, por ejemplo, algunos pacientes psicóticos crónicos que integrados en estas unidades de media-larga estancia dejarían de ingresar tan a menudo en las unidades de agudos. En consonancia con el sentir de algunos autores^{3,5}, e independientemente de las patologías que presentan estos pacientes, cuanto mejor esté organizado el sistema de asistencia psiquiátrica es esperable que disminuya para algunos pacientes la necesidad de ingresar breve y repetidamente.

La variabilidad del *diagnóstico principal en el eje I* a lo largo de los ingresos es importante (si bien con pruebas sencillas de contraste estadístico las diferencias no son significativas). Parece que cuanto mayor es el número de años empleados ingresando, mayor es esta variabilidad²; que algunos diagnósticos, como el grupo de los

trastornos neuróticos, eran más propensos a experimentar cambios a lo largo de los ingresos, y que también estos cambios eran más frecuentes entre las personas que tenían diagnóstico de trastorno de personalidad. Además, señalaremos la mayor probabilidad de ser visto por distintos psiquiatras (cada uno con su peculiar modo de diagnosticar) según aumenta el número de ingresos y el período de tiempo en hacerlos. Por tanto, no podemos buscar una explicación sencilla a este hecho, como ya insinuaban algunos autores^{9,10}, sobre el que podrían influir las circunstancias señaladas anteriormente. También oscila el porcentaje de sujetos que tienen diagnóstico de trastorno de la personalidad, apareciendo porcentajes más altos en los primeros ingresos (40%-42%), reduciéndose en los intermedios hasta el 30% y experimentando un aumento en los últimos (35%-39%). Podríamos también pensar que sería menos probable hacer un diagnóstico de trastorno de la personalidad en los primeros ingresos: se conoce menos al paciente, nos resistimos más a poner etiquetas, etc.; creeríamos que podrían ir aumentando los diagnósticos en el eje II después, a la vista, por ejemplo, de una peor evolución, de unos peores resultados, que achacaríamos a que habría implicado en el cuadro algún factor de personalidad, y no nos quedaría duda de que en los últimos ingresos deberían aumentar estos diagnósticos. Pero no es así en nuestros datos. El posible trasvase a lo largo del tiempo de diagnósticos (por ejemplo, trastorno de personalidad, psicosis de la que habla Kastrup en los trabajos citados) debería notarse en alguno de los grupos, que por contraste trazaría la curva contraria, pero tampoco lo descubrimos. Así pues, nos quedan otras interpretaciones más aleatorias. Podría producirse una falta de asignación del dato, un exceso de familiaridad con la patología del enfermo que llevara a descuidar el diagnóstico de trastorno de personalidad; podría en algún ingreso no ser relevante el diagnóstico del eje II ante una patología más definida en el eje I, etc. Los problemas psicosociales y ambientales van aumentando a medida que se producen más ingresos. Exceptuando un descenso notorio en el quinto ingreso, los porcentajes se mantienen semejantes en los seis primeros y experimentan un importante ascenso en los tres últimos. Por tanto, además de existir un número mayor de problemas psicosociales y ambientales en esta muestra de pacientes con ingresos múltiples en el episodio índice, resulta que van aumentando a lo largo de los sucesivos ingresos. Ya insinuamos en la discusión del estudio descriptivo los factores con los que podría relacionarse, pero parece confirmarse que cuanto más tiempo transcurra para esta muestra más se complica desde este punto de vista, se podrían añadir problemas ya derivados del propio proceso patológico, etc. El nivel de actividad global es mínimo en los primeros ingresos y tiende a ir aumentando en sucesivos ingresos, pasando del segundo al cuarto tramo en la EEAG. Ya comentamos en el estudio relacional el sentido engañoso de esta correlación. Por una parte, la actividad global se correlacionaba positivamente con el número de ingresos (independientemente del tiempo que se hubiese empleado en ellos), pero, por

otra, lo hacía negativamente con el número de años que la persona permanecía ingresando. El deterioro producido sobre esta actividad vendría condicionado por los años de evolución del proceso que fuere.

Completando la información con el estudio gráfico secuencial de los patrones de ingreso y la ordenación resultante en los tipos I, II y III podemos sospechar que, desde una perspectiva evolutiva, existen trastornos que se expresan con diferente gravedad y pronóstico, independientemente de su diagnóstico; que tan abigarrada, crónica o deteriorante (y, por tanto, precisada de cuidados) puede llegar a ser una distimia como una esquizofrenia, una depresión o una dependencia del alcohol (quizá cabría alguna matización en cuanto a prevalencias); que cuando hablamos de ingresadores múltiples probablemente no hacemos referencia a entidades nosológicas propiamente, sino a la gravedad, cronicidad y pronóstico de las mismas y que quizá sean estos aspectos y no los diagnósticos los que van a decidir las hospitalizaciones (asistencia más costosa) que van a precisar estos enfermos.

Todas estas características nos demuestran que los ingresadores múltiples parecen seguir determinadas incidencias habidas en la asistencia psiquiátrica en nuestra provincia, con su progresivo mayor grado de complejidad, y que los diagnósticos principales en el eje I presentan variaciones a lo largo de los ingresos, siendo los trastornos psicóticos los que tendrían una mayor consistencia.

Además de lo anterior, se podrían distinguir tres tipos de reingresadores que vendrían definidos por el distinto valor de las variables temporales derivadas (período, densidad, intervalo y cierre) y una serie de características clínicas acompañantes, confirmando que no son una cohorte homogénea, sino que los distintos subgrupos diferenciables se beneficiarían de un manejo terapéutico

diferente (unidades de hospitalización de agudos para los del tipo I y centros de rehabilitación y unidades de media y larga estancia para el tipo III).

BIBLIOGRAFÍA

1. Linares I, Hernández H, Castrodeza JJ, Negueruela E, de la Gándara JJ. ¿Cómo son los pacientes reingresadores? Un estudio descriptivo en Psiquiatría de Hospital General. *An Psiquiatría* 2002;18:78-86.
2. Linares I, Hernández H, Castrodeza JJ, Negueruela E, de la Gándara JJ. Pacientes con ingresos múltiples en una unidad de hospitalización psiquiátrica de Hospital General: variabilidad y relaciones dentro del grupo. *An Psiquiatría* 2002;18:145-53.
3. Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictors of receipt of after-care and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatr Serv* 1996;47:487-96.
4. Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictors of psychiatric hospitalization: a multivariate analysis. *Adm Policy Ment Health* 1998;25:403-10.
5. Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictors of receiving after-care 1, 3 and 18 months after a psychiatric emergency room visit. *Psychiatr Q* 1999;70:39-51.
6. Norusis MJ. SPSS for windows. Base system. User's guide. Release 5. Chicago: SPSS Inc., 1992.
7. Norusis MJ. SPSS for windows. Advanced statistics. Release 5. Chicago: SPSS Inc., 1992.
8. Lieberman PB, Wittala SA. Decreasing length of stay: are there effects on outcome of psychiatric hospitalization? *Am J Psychiatry* 1998;155:905-9.
9. Kastrup M. Who become revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatric Scand* 1987;76:80-8.
10. Kastrup M. The use of a psychiatric register in predicting the outcome «revolving door patient». *Acta Psychiatric Scand* 1987;76:552-60.