ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL REINGRESO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DEL HOSPITAL DE MÉRIDA (BADAJOZ) DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

JOSÉ PRIETO OREJA¹ Y JUAN ANTONIO GUIADO MACÍAS²

¹Enfermero especialista en Salud Mental. Hospital de Mérida (Badajoz).

Profesor asociado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Extremadura. Badajoz.

²Psiquiatra. Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

Profesor asociado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Extremadura. Badajoz.

RESUMEN

El reingreso hospitalario es considerado como un fenómeno global, al ser una circunstancia habitual en muchos de los hospitales que prestan sus servicios a la atención a personas con enfermedad mental aguda. A pesar de ello, en Extremadura, nunca se había realizado un estudio de estas características. En él, mediante el uso de variables utilizadas en otros estudios, así como la incorporación de otras nuevas, intentamos hacer una descripción de aquellas características que definen a un paciente reingresador.

Palabras clave: reingreso, psiquiatría, hospital.

INTRODUCCIÓN

En innumerables ocasiones, el fenómeno del reingreso hospitalario de pacientes con enfermedad mental queda asociado al excesivo gasto económico que genera o la carga asistencial que produce dentro del ámbito sanitario. También cabe destacar que

este fenómeno supone un sufrimiento personal para las personas que están inmersos en él, sobre todo, porque la separación de su vida social queda interrumpida por la necesidad de ingreso repetido en una unidad de internamiento psiquiátrico. El que aparezca esta necesidad no solo debe achacarse a las propias características de la persona, sino a todo aquel conglomerado de variables sociales, asistenciales, culturales y económicas que influyen en ella. En la actualidad, la línea asistencial de los pacien-

Correspondencia: J. Prieto

Correo electrónico: cositoxii@yahoo.es

tes con enfermedad mental se aparta, afortunadamente, de la reclusión en grandes centros de «reeducación», y tiende a una asistencia más social. Aun así, hoy en día, sigue existiendo un gran número de personas con trastornos mentales que periódicamente quedan recluidas de forma temporal en centros que, aunque no tienen las características «reeducacionales», sí continúan con la idea de «normalizar» comportamientos. En nuestro caso, y siguiendo algunas líneas de investigaciones anteriores, pretendemos describir aquellas características que definen a un paciente reingresador.

En primer lugar, y aunque parezca obvio, una de las variables que pueden hacer que el reingreso se produzca es haber tenido ya un ingreso¹⁻⁴. Pero —y es aquí donde surge la pregunta— ¿cuántos ingresos debe tener una persona para ser considerada reingresadora? Bien, en este punto, no existe consenso general, y cada autor señala un número de ingresos ligado a un período de tiempo. Así, hay quien defiende que debe haber tres o más ingresos en un año⁵, tres o más ingresos en 18 meses⁶, tres o más ingresos en tres años⁷ o, incluso, cuatro o más ingresos en cinco años⁸. En nuestro caso, hemos considerado reingresador a aquella persona que haya tenido, al menos, tres ingresos en el período comprendido entre el 1 de febrero de 2011 (fecha en la que fue abierta la unidad) y el 31 de diciembre de 2014.

En el gran número de estudios realizados sobre el reingreso en unidades de psiquiatría, las variables que se tienen en cuenta, y que son consideradas facilitadoras del reingreso, son innumerables, destacando estudios sobre la influencia del sexo^{9,10}, el estado civil¹¹, el diagnóstico psiquiátrico¹², el abuso de sustancias⁸, el abandono del tratamiento¹³⁻¹⁶, el apoyo familiar³, las dificultades de autocuidado, el sistema sanitario y el apoyo comunitario¹⁷⁻¹⁹, etc. Pero cabe decir que a algunas se les atribuye un mayor peso a la hora de que un paciente pueda reingresar, existiendo estudios para medir dicho peso²⁰.

Nuestra investigación, sobre todo, al ser pionera en Extremadura por no existir estudios realizados

sobre el tema en esta comunidad, va a analizar de forma descriptiva un conglomerado de variables que han sido consideradas presentes en reingresadores en otros estudios de investigación, e intentaremos realizar una descripción de las características asociadas. Hemos de añadir que esta parte descriptiva es únicamente un fragmento de un total, ya que es nuestra intención, además, someter las variables obtenidas a tablas de correlación y, así, poder determinar también cómo pueden repercutir unas variables en otras y si van asociadas o no a la hora de influir en el reingreso en una unidad de salud mental.

MATERIAL Y MÉTODO

Selección de la muestra

La muestra ha sido tomada de los pacientes que ingresan en la Unidad de Agudos de Salud Mental del Hospital de Mérida. Esta unidad atiende los ingresos de pacientes agudos de las áreas de salud de Mérida y Don Benito-Villanueva, siendo la población del área de Mérida de 165 570 personas, y la de Don Benito-Villanueva, de 142 117 personas; es decir, un total de 307 687 personas.

El período que elegimos para la selección de la muestra fue desde el 1 de febrero de 2011, fecha en que se abrió la unidad, hasta el 31 de diciembre de 2014. Y consideramos que el número de ingresos protagonizados en ese período debía haber sido de, al menos, tres.

Obtención de los datos

Para la obtención de la información de las variables que asignamos a este estudio, utilizamos el sistema JARA (Sistema de Información Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud). Es un sistema de información sanitaria que pretende integrar los datos administrativos y clínicos en un sistema único, a través de una red que interconecta todos los recursos sanitarios públicos de Extremadura. Los datos los fuimos obte-

niendo de los informes de alta que el psiquiatra da al paciente en el alta hospitalaria. Tenemos que señalar que no en todos los informes de alta figuraban todos los apartados anteriores, ni todos contenían una información detallada, por lo que la información total del paciente (en algunos casos, resultó imposible obtener toda la información de las variables) era la suma de la lectura de todos los informes de alta que el paciente hubiera recibido. Esto supuso la lectura de unos 1500 informes de alta en total.

Definición de variables

Se detallan a continuación cada una de las variables seleccionadas. A nivel sociodemográfico: *edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, situación laboral, ingresos económicos, recursos económicos, nivel de estudios, competencias sociales, estrés psicossocial, problemas con la justicia, relación con la familia y tipo de núcleo familiar*. A nivel médico y psicológico: *abandono del tratamiento, tipo de tratamiento al alta, conciencia de enfermedad, consumo de tóxicos, tipo de tóxico, componente afectivo y características del componente afectivo, personalidad premórbida, comorbilidad, gesto autolítico, diagnósticos al alta, tratamientos con ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos, antiepilépticos, eutimizantes, deshabituantes del alcohol e hipnótico-sedantes*. A nivel estructural: *número de ingresos, hora de ingreso y número de días de estancia*.

RESULTADOS

El total de ingresos que se produjeron en el período de estudio fue de 2658, con una distribución de ingresos más o menos uniforme en todos los años del período, como se puede observar en la tabla 1.

El número total de pacientes considerados por este estudio como reingresadores fue de 218, los cuales protagonizaron un total de 1105 ingresos en el período de tiempo acotado. La distribución de frecuencias se muestra en la tabla 2.

Tabla 1. Total de ingresos e ingresos producidos por año

Período de ingresos	Número de ingresos
Del 1/2/2011 al 31/12/2011	640
Del 1/1/2012 al 31/12/2012	693
Del 1/1/2013 al 31/12/2013	682
Del 1/1/2014 al 31/12/2014	643
TOTAL DE INGRESOS	2658

Los pacientes que no fueron considerados reingresadores fueron 1242, los cuales protagonizaron un total de 1504 ingresos.

De los reingresadores, hubo 10 cuyo historial clínico fue imposible de localizar, por lo que, al final, consideramos no incluir los ingresos protagonizados por estos pacientes, con lo que el número total de ingresos producidos en planta fue de 2609. Con los datos anteriores, podemos ir señalando varias características, como son: que el número total de la muestra es de 218 pacientes ($n = 218$), lo que supone que los pacientes considerados reingresadores en este estudio representan un 14,9 % del total de los pacientes que ingresan, que son 1460. Y de todos los ingresos producidos en la planta (2609), los reingresadores son protagonistas de un 42,3 % de los ingresos. Este dato es muy significativo, porque indica que el 14,9 % de los pacientes que ingresan son causantes de casi la mitad de los ingresos producidos en planta durante el período estudiado.

En cuanto a los datos sociobiográficos de los pacientes reingresadores, la distribución de la muestra según variables fue la que se muestra en la tabla 3.

Como se puede observar, el 51,8 % de los ingresos se concentran en el intervalo de edad comprendido entre los 31 y los 50 años, siendo la edad media de ingreso de 40,5 años, con una desviación típica

Tabla 2. Distribución de reingresadores e ingresos protagonizados

N.º de ingresos	N.º de pacientes	%	Total de ingresos	%
3 ingresos	96	44,0	288	26,1
4 ingresos	42	19,3	168	15,2
5 ingresos	16	7,3	80	7,2
6 ingresos	15	6,9	90	8,1
7 ingresos	12	5,5	84	7,6
8 ingresos	12	5,5	96	8,7
9 ingresos	7	3,2	63	5,7
10 ingresos	6	2,8	60	5,4
11 ingresos	5	2,3	55	5,0
12 ingresos	3	1,4	36	3,3
15 ingresos	1	0,5	15	1,4
19 ingresos	1	0,5	19	1,7
21 ingresos	1	0,5	21	1,9
30 ingresos	1	0,5	30	2,7
TOTAL	218		1105	

de 12,9. En los datos sociobiográficos, se puede comprobar que los hombres son más reingresadores que las mujeres (hasta un 14,6 % más). Existe un predominio de solteros entre los reingresadores, con un 52,8 % de la población total; no encontrándose una diferencia destacable en lo que a pertenencia a un núcleo rural o urbano se refiere. Destaca que un 34,4 % de los reingresadores tienen algún tipo de minusvalía, incapacitación o invalidez. En cuanto a los ingresos y recursos económicos, no es destacable la muestra, ya que existen casi el mismo número de datos válidos que perdidos (de los que no se ha podido obtener información). Sucede casi lo mismo en lo referente al nivel de estudios, aun-

que cabe destacar que, de los datos válidos, el 25,2 % tienen el graduado escolar. Respecto a las competencias sociales, hay que señalar que un 57,8 % de los pacientes reingresadores presentan unas competencias medias o malas. Respecto al estrés psicosocial, no parece indicativo de diferencias, porque se produce en casi el mismo porcentaje. Cabe subrayar que los pacientes reingresadores no presentan en su mayoría problemas judiciales; tan solo el 16,1 %. Y, por último, casi el 40 % vive con sus padres.

Respecto a las variables clínicas, la distribución de la muestra fue la que se refleja en la tabla 4.

Tabla 3. Distribución de datos sociobiográficos

Edad	n	%	Ingresos económicos	n	%
De 13 a 20 años	8	3,7	Sí	92	42,2
De 21 a 25 años	24	11	No	28	12,8
De 26 a 30 años	20	9,2			
De 31 a 40 años	57	26,1			
De 41 a 50 años	56	25,7			
De 51 a 60 años	37	17			
De 61 a 80 años	16	7,3			
Sexo	n	%	Recursos económicos	n	%
Hombre	125	57,3	Suficiente	59	27,1
Mujer	93	42,7	Insuficiente	48	22,0
Estado civil	n	%	Nivel de estudios	n	%
Soltero/a	115	52,8	Sin estudios	19	8,7
Casado/a-Pareja de hecho	47	21,6	Graduado escolar/ESO	55	25,2
Divorciado/a-Separado/a	37	17,0	Bachillerato	7	3,2
Viudo/a	15	6,9	FP	7	3,2
			Universitario	7	3,2
Lugar de residencia	n	%	Competencias sociales	n	%
Rural	107	49,1	Buenas	88	40,4
Urbano	111	50,9	Medias	98	45,0
			Malas	28	12,8
Situación laboral	n	%	Tipo de núcleo familiar	n	%
En activo	37	17,0	Vive con sus padres	84	38,2
Paro	53	24,3	Vive con su familia	54	24,8
Paga por jubilación, invalidez o incapacitación	75	34,4	Vive solo/a	41	18,8
Cuida del hogar	15	6,9	Comparte piso	8	3,7
Estrés psicosocial	n	%	Vive en una institución	13	6
Aceptable	107	49,1	Vive con sus hijos	6	2,8
Deficitaria	106	48,6	Vive con familia e institución	6	2,8
Problemas con la justicia	n	%	Transeúnte	2	0,9
Sí	35	16,1			
No	177	81,2			

ESO: Educación Secundaria Obligatoria; FP: Formación Profesional; n: tamaño de la muestra.

Tabla 4. Distribución de datos clínicos

Abandono del tratamiento	n	%	Consumo de ansiolíticos	n	%
Sí	103	47,2	Sí	212	97,2
No	113	51,8	No	6	2,8
Tipo de tratamiento al alta	n	%	Consumo de antidepresivos	n	%
Oral	145	66,5	Sí	159	72,19
Oral e inyectable	72	33,0	No	59	27,1
Conciencia de enfermedad	n	%	Consumo de neurolépticos	n	%
Sí	145	66,5	Sí	187	85,8
No	71	32,6	No	31	14,2
Consumo de tóxicos	n	%	Consumo de antiepilépticos	n	%
Sí	103	47,2	Sí	79	36,2
No	110	50,5	No	139	63,8
Componente afectivo	n	%	Consumo de eutimizantes	n	%
Sí	131	60,1	Sí	111	50,9
No	85	39,0	No	107	49,1
Características del componente afectivo	n	%	Consumo de deshabitantes del alcohol	n	%
Hipertimia	5	2,3	Sí	9	4,1
Hipotimia	65	29,8	No	209	95,9
Distimia	52	23,9			
Esquizoafectivo	10	4,6			
Comorbilidad	n	%	Hipnótico-sedantes	n	%
Sí	136	62,4	Sí	144	66,1
No	82	37,6	No	74	33,9
Gestos autolíticos	n	%	Personalidad premórbida	n	%
Sí	109	50,0	Tipo A	25	11,5
No	109	50,0	Tipo B	92	42,2
			Tipo C	28	12,8
			Mixta	15	6,9
			No definida	29	13,3

n: tamaño de la muestra.

Se puede observar que un 47,2 % de los pacientes abandonan el tratamiento. La mitad de los pacientes son consumidores de tóxicos, entre los que destacan el alcohol, el cannabis y la cocaína. El 60,1 % de los reingresadores tienen un componente afectivo, que, en su mayor parte, cursa con hipotimia o distimia, siendo, entre la suma de los dos, el 53,7 % de los casos. Un gran número de pacientes, llegando al 62,4 %, presenta alguna enfermedad somática que se suma al trastorno mental. La ideación o la tentativa suicida están presentes en un 50 % de la población sometida a estudio. Destaca también que, de los 218 pacientes que forman parte de la muestra, 189 presentan un personalidad premórbi-da —es decir, un 86,7 %—, siendo la personalidad más frecuente la de tipo B. Por último, cabe señalar que el consumo de medicación es habitual en casi la totalidad de la muestra, siendo los fármacos más consumidos los ansiolíticos, los neurolépticos, los antidepresivos y los hipnótico-sedantes.

Respecto al número de diagnósticos al alta, así como su clasificación, la distribución de datos fue como se muestra en las tablas 5 y 6.

En la tabla 6, se puede observar que la gran mayoría de los diagnósticos asignados a los pacientes son los de *trastornos depresivos*, *trastornos de la personalidad* y *consumo de tóxicos*.

DISCUSIÓN

Cabe hacer constar que, una vez revisados los datos estadísticos, llama la atención que los reingresadores suponen casi un 15 % de los pacientes que ingresan en la unidad, que, a primera vista, parece un número muy reducido, pero que, si se tiene en cuenta el total de los ingresos que protagonizan, se acercan a casi la mitad de ellos, lo que supone unos resultados incluso superiores a los encontrados en otros estudios²¹. En cuanto a la edad de ingreso, suele producirse en unos intervalos que están ligados con una población joven y en edad de planificación de futuro tanto laboral como familiar, datos que coinciden con otros estudios^{9,22-24}. En cuanto al sexo, hay que decir que existe un mayor número de reingresadores masculinos, aunque la diferencia entre ambos sexos no es muy elevada, siendo esta de un 15 %. Tal diferencia de sexo es más notable en otros estudios²⁵. Hemos observado un alto porcentaje de reingresadores cuyo estado civil es la soltería, aunque resulta llamativo que, de cerca, con un 21,6 %, les sigan los casados o con pareja de hecho, cuando lo señalado en otros estudios es que el mayor número de reingresadores sean los solteros, divorciados o separados²⁶. En cuanto a los datos referidos al lugar de residencia, no existe una diferencia entre pacien-

Tabla 5. Distribución del número de diagnósticos al alta

Número de diagnósticos	n	%
Uno	218	100
Dos	140	64,2
Tres	55	25,2
Cuatro	12	5,5
Cinco	1	0,5

n: tamaño de la muestra.

Tabla 6. Distribución de diagnósticos al alta

Diagnóstico al alta	n	%
Trastorno límite de la personalidad	98	23,1
Trastorno depresivo/distímico	82	19,3
Abuso de tóxicos	40	9,4
Dependencia alcohólica	27	6,4
Esquizofrenia	24	5,7
Retraso mental leve, grave o profundo	20	4,7
Trastorno bipolar	19	4,5
Trastorno obsesivo-compulsivo	15	3,5
Trastorno esquizoafectivo	14	3,3
Trastorno de ansiedad	14	3,3
Trastorno psicótico	14	3,3
Trastorno adaptativo	10	2,4
Trastorno de la conducta alimentaria	7	1,7
Trastorno psicótico inducido por tóxicos	7	1,7
Trastorno delirante	7	1,7
Trastorno adaptativo	7	1,7
Gesto autolítico	4	0,9
Trastorno de conversión	2	0,5
Trastorno histriónico de la personalidad	2	0,5
Demencia	2	0,5
Fuga disociativa	2	0,5
Agitación psicomotriz	2	0,5
Síndrome de Gilles de la Tourette	1	0,2
Depresión psicótica	1	0,2
Trastorno ciclotímico	1	0,2
Trastorno de la personalidad de origen orgánico	1	0,2
Síndrome de Kleine-Levin	1	0,2

n: tamaño de la muestra.

tes que vivan en zonas rurales y urbanas. Respecto a la situación laboral de los pacientes reingresadores, solo un 17 % están trabajando, frente a casi el 65 %, que no lo hace, cobra algún tipo de paga o cuida del hogar. Estos resultados de desempleo son similares a los encontrados en otros estudios²⁷. En lo referente a los estudios cursados, la mayoría tiene estudios primarios; estos niveles básicos o bajos de estudios en reingresadores coinciden con los resultados de otros estudios²⁸. Cabe señalar que, en cuanto a las competencias sociales, las medias y malas superan a las buenas, por lo que la interacción deficitaria con el medio va a ser una característica de algunos pacientes reingresadores. En cuanto a este aspecto, hay que indicar que otros estudios destacan las dificultades de relación de los pacientes reingresadores con otras personas, lo que puede influir a la hora de desarrollar unas competencias sociales adecuadas²⁹. Por último, y en referencia a los datos sociobiográficos, cabe indicar que un alto porcentaje de los reingresadores viven con sus padres.

En cuanto a los resultados estadísticos de las características clínicas de los pacientes reingresadores, hay que apuntar que, a pesar de lo indicado en otros estudios, en los que se señala que existen altos porcentajes de abandono del tratamiento³⁰, en este estudio, representan casi la mitad (47,2 %). Este dato de similitud entre pacientes reingresadores se repite en cuanto al consumo de tóxicos, siendo significativo también el alto número de pacientes consumidores de tóxicos (47,2 %), cuyas preferencias son el alcohol (36 %), el cannabis (27 %) y la cocaína (22 %), características similares a las indicadas en otros estudios sobre el consumo de tóxicos^{5,12}. Hay que señalar que más de la mitad de los pacientes reingresadores padecen, además del trastorno mental que causó su ingreso, alguna enfermedad somática asociada, que pueden ir desde más leves o crónicas, como las dislipidemias o el hipotiroidismo, hasta enfermedades más graves o agudas, como las respiratorias o cardiovasculares³¹. Un dato que resulta llamativo es que hasta un 64 % de los pacien-

tes con reingresos han sido diagnosticados con, al menos, dos diagnósticos. Esto se puede deber a que, a la hora de emitir un diagnóstico, el psiquiatra utiliza varios de ellos a lo largo de la evolución temporal del paciente, además de que se suele usar el diagnóstico de trastorno de personalidad, consumo de tóxicos o trastorno de ansiedad como diagnóstico asociado a otros. De estos diagnósticos individuales o usados de forma conjunta, cabe destacar el trastorno depresivo-distímico, el trastorno de la personalidad y el abuso de tóxicos³². Respecto al componente afectivo —y esto puede coincidir con el alto número de pacientes que toman ansiolíticos y anti-depresivos—, un 52 % de los pacientes tienen un estado de ánimo triste o deprimido, que puede ir desde períodos agudos a períodos más prolongados o crónicos. Junto con el estado de ánimo, es destacable el alto número de pacientes que son diagnosticados, tanto en diagnóstico principal como en asociados, de trastorno de la personalidad, siendo el más representativo el de tipo B³³. Por último, cabe decir que la mitad de la población reingresadora ha tenido ideación suicida, constituyendo una tasa bastante alta, como muestran otros estudios⁸.

CONCLUSIÓN

Se puede decir que la muestra sometida a este estudio va a significarse porque el enfermo reingresador es más grave clínicamente y con más deficiencias sociales. De forma descriptiva, se podría concluir que el paciente reingresador suele ser soltero, con una situación laboral complicada, que se caracteriza por el paro o por la incapacidad laboral, suele tener pobres competencias sociales y vive con sus padres debido a la falta de independencia económica y laboral; la mayoría han sido diagnosticados de más de una enfermedad mental, a lo que se le suma un alto componente afectivo y trastornos de la personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Lewis T, Joyce PR. The new revolving-door patients: results for a national cohort of first admissions. *Acta Psychiatrica Scand.* 1990;82(2):130-5.
- Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F. Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *Am J Psychiatry.* 1997;154(3):337-40.
- Munley PH, Hyer LA. Demographic and clinical characteristics as predictors of readmission: a one-year follow-up. *J Clin Psychol.* 1978;34(4):833-8.
- Pfeiffer SI, O'Malley DS, Shott S. Factors associated with the outcome of adults treated in psychiatric hospitals: a synthesis of findings. *Psychiatr Serv.* 1996;47(3):263-9.
- Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Habassy BE, Goldfinger SM, Hopkin JT. Characteristics of high users of psychiatric inpatient services. *Hosp Community Psychiatry.* 1987;38(10):1112-4.
- Vogel S, Huguelet P. Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95(3):244-53.
- Casper ES, Donaldson B. Subgroups in the population of frequent users of inpatient services. *Hosp Community Psychiatry.* 1990;41(2):189-91.
- Kent S, Yellowlees P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hosp Community Psychiatry.* 1994;45(4):347-50.
- Weiss C, Santander J, Aedo I, Fuentes X. Caracterización de las readmisiones precoces en la hospitalización psiquiátrica. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2013;51(4):239-44.
- Seeman MV. Current outcomes in schizophrenia: women vs men. *Acta Psychiatr Scand.* 1986;73(6):609-17.
- Franklin JL, Kittredge LD, Thrasher JH. A survey of factors related to mental hospital readmissions. *Hosp Community Psychiatry.* 1975;26(11):749-51.
- Goodpastor WA, Hare BK. Factors associated with multiple readmissions to an urban public psychiatric hospital. *Hosp Community Psychiatry.* 1991;42(1):85-7.
- Gaebel W, Pietzcker A. One-year outcome of schizophrenic patients--the interaction of chronicity and neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry.* 1985;18(3):235-9.
- Grossman LS, Haywood TW. Medication noncompliance among state hospitalized psychiatric inpatients, in *Proceedings of the 101st Annual Meeting of the American psychological Association.* Washington, DC, American Psychological Association, 1993.
- Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA. Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry.* 1995;152(6):856-61.
- Miner CR, Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Muenz LR. Prediction of compliance with outpatient referral in patients with schizophrenia and psychoactive substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(8):706-12.
- Caton CL. The new chronic patient and the system of community care. *Hosp Community Psychiatry.* 1981;32(7):475-8.
- Dickey B, Gudeman JE, Hellman S, Donatelle A, Grinspoon L. A follow-up of deinstitutionalized chronic patients four years after discharge. *Hosp Community Psychiatry.* 1981;32(5):326-30.
- Pepper B, Krishner MC, Ryglewicz H. The young adult chronic patient: overview of a population. *Hosp Community Psychiatry.* 1981;32(7):463-9.
- Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K, et al. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull.* 1990;16(1):31-56.
- Linares Vallejo I, Hernández Herrero H, Castrodeza Sanz JJ, Negueruela Azarola E, de la Gándara Martín JJ. ¿Cómo son los pacientes reingresadores? Un estudio descriptivo en Psiquiatría de Hospital General. *An Psiquiatría (Madrid).* 2002;18(2):78-86.
- Figueroa R, Harman J, Engberg J. Use of claims data to examine the impact of length of inpatient psychiatric stay on readmission rate. *Psychiatr Serv.* 2004;55(5):560-5.
- Monnelly EP. Instability before discharge and previous psychiatric admissions as predictors of early readmission. *Psychiatr Serv.* 1997;48(12):1584-6.
- Miller GH, Willer B. Predictors of return to a psychiatric hospital. *J Consult Clin Psychol.* 1976;44(6):898-900.
- Lin CH, Chen WL, Lin CM, Lee MD, Ko MC, Li CY. Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan. *Clinics (Sao Paulo).* 2010;65(5):481-9.
- Voineskos G, Denault S. Recurrent psychiatric hospitalization. *Can Med Assoc J.* 1978;118(3):247-50.
- Gigantesco A, Lega I. Occupational stress and mental health. *Epidemiol Prev.* 2013;37(1):67-73.
- Lay B, Lauber C, Rössler W. Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *Eur Psychiatry.* 2006;21(6):401-9.
- Caycedo ML, Herrera S, Jiménez KO. Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con

- diagnóstico de trastorno mental. *Rev Cienc Salud.* 2011;9(2):141-58.
30. Kane JM. Compliance issues in outpatient treatment. *J Clin Psychopharmacol.* 1985;5(3 Suppl):22S-27S.
31. Linares Vallejo I. Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría. Tesis doctoral. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2002.
32. Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S, Walkup J, Weiden PJ. Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187(12):721-9.
33. Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H, Leake B. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Am J Psychiatry.* 1995;152(12):1749-56.