



**REINGRESOS HOSPITALARIOS A UNIDAD DE SALUD MENTAL Y SUS
FACTORES ASOCIADOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE
BOGOTÁ ENTRE LOS AÑOS 2019- 2022.**

NICOLÁS RAMOS RUBIO

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

BOGOTÁ, 2023



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

**REINGRESOS HOSPITALARIOS A UNIDAD DE SALUD MENTAL Y SUS
FACTORES ASOCIADOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE
BOGOTÁ ENTRE LOS AÑOS 2019-2022**

**Trabajo de investigación para optar al título de:
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

**Presentado por
DR. NICOLÁS RAMOS RUBIO
nicolas.ramos@urosario.edu.co**

**Tutor metodológico
DR. HÉCTOR FABIO RESTREPO GUERRERO
hector.restrepo@urosario.edu.co**

**Tutor temático
DR. NICOLÁS SOLANO MEDINA
dcientifica@clinicalainmaculada.org**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

BOGOTÁ, 2023

Agradecimientos:

A Carlos, Niveth, Andrea y Juliana. A María Alejandra. Al Dr. Héctor Restrepo. A la Clínica la Inmaculada y sus pacientes.

La Universidad del Rosario y la Universidad CES no se hacen responsables de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

Resumen

Introducción: el reingreso hospitalario a unidad de salud mental es reflejo de la neuroprogresión propia de las condiciones psiquiátricas. Presenta repercusiones en múltiples niveles del funcionamiento del individuo. Se ha visto relacionado a un número de factores tanto demográficos como clínicos. Se determinaron los factores asociados con el número de reingresos hospitalarios a una Unidad de Salud Mental (USM) de la ciudad de Bogotá entre los años 2019-2022.

Metodología: estudio de corte transversal de prevalencia analítica. Con base en datos historia clínica, se propuso la identificación de factores asociados a los reingresos frecuentes. Sin embargo, por las características particulares de la población en estudio, fue necesario realizar análisis adicionales para cumplir con el objetivo principal. Se analizaron todos los reingresos ocurridos en la institución en el período delimitado (enero de 2019 a diciembre de 2022). Se identificaron factores asociados con el número de reingresos hospitalarios mediante la comparación no paramétrica de medianas y análisis de regresión lineal.

Resultados: un total de 74 individuos fueron incluidos en el análisis de los datos. El 60.8% fueron hombres. La edad promedio fue de 36.6 años (DE 11.6). El estado civil más frecuente fue el soltero con 60%. El tipo de aseguramiento predominante fue el régimen especial con un 68.9%. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo, el deterioro de las redes de apoyo económica e instrumental, la adherencia al tratamiento ambulatorio y la naturaleza de este, el no presentar comorbilidad psiquiátrica y el presentar comorbilidad con consumo de sustancias psicoactivas y el número de reingresos hospitalarios a unidad de salud mental. Estos hallazgos son consistentes dentro del grupo de individuos que cuentan con un régimen especial de aseguramiento.

Conclusiones: la población objeto de estudio de este trabajo presenta características altamente diferenciales con respecto a la población general. A pesar de esto, se evidencia cierto grado de consistencia en las asociaciones observadas y las reportadas en la literatura. De manera novedosa se propone al deterioro de las redes

de apoyo del individuo como factor de riesgo para presentar mayor cantidad de reingresos hospitalarios.

Palabras clave: readmisión hospitalaria, hospital psiquiátrico, factores demográficos, factores clínicos, aseguramiento

Abstract

Introduction: hospital readmission to a mental health unit is a reflection of the neuroprogression inherent to psychiatric conditions. It has repercussions at multiple levels of the individual's functioning. It has been related to a number of demographic and clinical factors. The factors associated with the number of hospital readmissions to a Psychiatric Hospital in the city of Bogotá between 2019-2022 were determined.

Methodology: cross-sectional study of analytical prevalence. Based on clinical history data, the identification of factors associated with frequent readmissions was proposed. However, due to the particular characteristics of the study population, it was necessary to perform additional analyses to meet the main objective. All readmissions that occurred in the institution in the delimited period (January 2019 to December 2022) were analyzed. Factors associated with the number of hospital readmissions were identified by nonparametric comparison of medians and linear regression analysis.

Results: a total of 74 individuals were included in the data analysis. 60.8% were men. The mean age was 36.6 years (SD 11.6). The most frequent marital status was single with 60%. The predominant type of insurance was the special regime with 68.9% of the individuals. A statistically significant association was found between the number of hospital readmissions to the mental health unit and sex, the deterioration of economic and instrumental support networks, adherence to and nature of the outpatient-setting treatment, not presenting psychiatric comorbidity and presenting comorbidity with psychoactive substance use disorder. These findings are consistent within the group of individuals with a special insurance regimen.

Conclusions: the population studied in this study presents highly differential characteristics in comparison with the general population. Despite this observation, a certain degree of consistency is evident in the associations observed and those reported in the literature. In a novel way, the deterioration of the individual's support networks is proposed as a risk factor for a greater number of hospital readmissions.

Key words: hospital readmission, psychiatric hospital, demographic factors, clinical factors, insurance regimen

Tabla de contenido

1. Formulación del Problema.....	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Justificación	12
1.3 Pregunta de investigación.....	14
2. Marco teórico.....	15
2.1. Generalidades sobre el reingreso hospitalario en psiquiatría	15
2.2. Incidencia general del reingreso hospitalario en psiquiatría	16
2.3. Reingresos frecuentes, reingresos rápidos y fenómeno de la puerta giratoria	16
2.4. Comportamiento del reingreso por patología psiquiátrica.....	17
2.5. Factores asociados al reingreso hospitalario a USM.....	19
2.6. Consecuencias del reingreso hospitalario a USM	20
2.7. Criterios de inclusión.....	21
3. Hipótesis.....	22
3.1 Conceptual.....	22
3.2 Hipótesis alterna	22
3.3 Hipótesis nula	22
4. Objetivos	23
4.1 General	23
4.2 Específicos	23
5. Metodología.....	24
5.1 Enfoque metodológico	24
5.2 Tipo de estudio	24
5.3 Población	24
5.4 Diseño muestral.....	25

5.5 Descripción de las variables	25
Tabla 1: resumen de las variables	26
Figura 1: diagrama de variables	28
5.6 Técnicas de recolección de la información	29
5.6.1 Fuentes de información	29
5.6.2 Instrumento de recolección de la información	29
5.6.3 Proceso de recolección de la información	29
5.7 Prueba piloto.....	29
5.8 Control de errores y sesgos.....	30
Tabla 2: resumen de las estrategias de control de sesgos	30
5.9 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	31
5.10 Divulgación de resultados.....	31
6. Consideraciones éticas	33
7. Resultados	35
Tabla 3: características basales de la muestra.....	36
Tabla 4: análisis bivariado	38
8. Discusión.....	39
9. Conclusiones.....	42
10. Referencias	43
11. Anexos	46
Consentimiento informado institucional	46
Carta de aval del Comité de Ética en Investigación de la U. del Rosario	48
Tabla 5: análisis bivariado estratificado por tipo de aseguramiento.....	50
Tabla 6: regresión lineal para la var. respuesta: # de reingresos	51
Gráfica 1: distribución del número de reingresos.....	52

1. Formulación del Problema

1.1 Planteamiento del problema

La readmisión hospitalaria a unidad de salud mental cuenta como un reflejo de la neuroprogresión propia de las enfermedades psiquiátricas y podría predecir el empeoramiento de las características funcionales globales del individuo. También se relaciona con resultados desfavorables en las dinámicas familiares, cuidador-paciente y una mayor carga económica para los sistemas de aseguramiento (1). El estudio de este fenómeno en Colombia se ha llevado a cabo en una de las instituciones psiquiátricas más importantes de la capital (2), así como en otros centros de las ciudades de Risaralda (3) y Cali (4) de manera más reciente. Se estimó que en Bogotá la proporción de pacientes que presentan al menos un reingreso por causa idéntica en el año siguiente de un egreso hospitalario fue del 58.7%. Se encuentra en concordancia con el promedio de tasas reportadas en la literatura internacional, que rondan un límite superior del 60% (4).

Dentro de la categoría de las atenciones hospitalarias frecuentes en psiquiatría, el fenómeno de reingreso temprano (también conocido como “fenómeno de la puerta giratoria”) es el que se ha estudiado de forma más amplia. Se trata de readmisiones en los primeros tres meses del egreso y como posibles factores causales se han propuesto, entre otros, a los siguientes: la mala adherencia terapéutica, uso de sustancias psicoactivas, pobre red de apoyo, discapacidad de cualquier tipo, estado civil separado o viudo, el diagnóstico de base y salida por remisión antes del concepto médico (1,2). Es de gran relevancia que los resultados de las asociaciones entre las mencionadas y los reingresos no han podido ser reproducidas de manera sistemática y presentan gran heterogeneidad entre los estudios. En algunas series se ha encontrado, por ejemplo, al uso predominante de antipsicóticos típicos como factor de riesgo y en otras, este hecho no presenta ninguna asociación (2).

Al indagar sobre el tema no es inusual encontrarlo como un indicador de calidad de la atención en salud mental (1). Se propone que entre mejores sean las estrategias asistenciales, será menor la cantidad de reingresos registrados. Sin embargo, es

menester el entendimiento de que no todos los eventos en psiquiatría se ocasionan por fallos en las atenciones. Hamilton et al., mencionan que hasta un tercio de los pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) reingresan antes de un año a pesar de encontrarse en un plan de manejo adecuado (5). Los eventos vitales que conforman la experiencia humana son variopintos en naturaleza e impredecibles en su mayoría. La vulnerabilidad de base que aporta un diagnóstico psiquiátrico en el escenario de eventos estresores podría exacerbar la sintomatología y provocar un reingreso.

A pesar de la exhaustividad de cada uno de los protocolos para analizar las variables de exposición descritas, no se suele incluir al régimen de aseguramiento y sus variaciones como un posible factor de riesgo. Esto se debe a que, por el carácter de las instituciones enroladas, la totalidad de la población que hasta el momento se ha observado pertenece al régimen de aseguramiento concebido en la ley 100 de 1993 (contributivo y subsidiado); se renuncia a la posibilidad de comparación con el régimen especial que existe de manera simultánea. Por lo tanto, no se conoce la naturaleza exacta de su relación con el fenómeno objeto de estudio.

Si bien los resultados obtenidos de manera local son concordantes con los datos de otras poblaciones e internacionales, no dejan de estar restringidos a la población usuaria de la institución donde se originaron. De esta manera la extrapolación de sus conclusiones no es completamente válida a pesar de originarse en la misma geografía (1,2). Por consiguiente, existe lugar para la búsqueda del conocimiento de manera más particular, es decir, centro por centro.

El presente trabajo exploró la relación de diversos factores, algunos ya estudiados y otros novedosos, con la gravedad del fenómeno de reingreso hospitalario a una Unidad de Salud Mental de la ciudad de Bogotá para determinar su significancia estadística y buscar una caracterización más integral y contemporánea del problema.

1.2 Justificación

Teniendo en cuenta que el reingreso hospitalario a unidad de salud mental se corresponde con problemas en múltiples niveles tanto del individuo que la experimenta como de la sociedad en la que éste se desenvuelve, es imperioso conocer cuáles son

aquellos factores que determinan la frecuencia de tal evento. Al proponer un esbozo del origen de la problemática se pueden articular los esfuerzos para tratar de mitigarla lo cual resultaría en un beneficio directo tanto para los usuarios del centro como para el centro mismo.

Como un componente social adicional, se apuntó a conocer la asociación entre el régimen de aseguramiento y el reingreso hospitalario a USM con la finalidad de aportar los datos que resulten a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB). Estos datos son útiles para iniciar y articular procesos, estrategias o cambios estructurales buscando la modificación de variables como el acceso y la oportunidad a los servicios que ellas se encargan de administrar.

Se apunta además a enriquecer el conocimiento sobre este tema. Al existir conclusiones divergentes respecto a las relaciones entre algunos factores y el evento a estudio, los resultados obtenidos mejoran la comprensión de la naturaleza de aquellos que no se describen de manera uniforme en los trabajos ya publicados.

La viabilidad del proyecto fue soportada por varios hechos. Primero, por la calidad y altos estándares de los registros en historia clínica que manejan los especialistas y otros profesionales del centro en que se realizó el proyecto. Segundo, por la relación laboral que el investigador principal sostiene con dicha institución lo cual garantizó el acceso a los mencionados registros siempre en concordancia con los lineamientos vigentes de privacidad y protección de datos. Tercero, porque la ejecución del proyecto tuvo lugar bajo la tutela de los principios éticos en investigación con datos derivados de la atención seres humanos, siendo garantes los comités de ética hospitalario y universitario.

Se trata, entonces, de un estudio observacional de corte transversal tipo prevalencia analítica que comparó diversos factores (sociodemográficos, clínicos, de aseguramiento, entre otros) con la variable respuesta descrita como la cantidad de reingresos hospitalarios a USM por la misma causa teniendo en cuenta que el evento presenta frecuencias esperadas reportadas en la literatura.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y clínicos asociados con la cantidad de reingresos hospitalarios a una Unidad de Salud Mental de la ciudad de Bogotá entre los años 2019-2022?

2. Marco teórico

2.1. Generalidades sobre el reingreso hospitalario en psiquiatría

El reingreso hospitalario a unidad de salud mental es considerado como un reflejo directo de la neuroprogresión descrita para las enfermedades mentales (6). Una nueva hospitalización en un centro especializado en atención psiquiátrica suele implicar un episodio de reactivación sintomática de magnitud tan importante y suficiente para que sean necesarias las medidas de estricto control ambiental y vigilancia permanente que se han estandarizado para evitar desenlaces adversos. En situaciones más selectas suele ser necesaria en caso de imposibilidad al cumplir las mínimas condiciones para un óptimo cuidado en el ámbito ambulatorio. Sin embargo, las hospitalizaciones repetidas son consideradas deletéreas en múltiples aspectos dentro de la atención en salud (1,2). En este sentido, implican costos más elevados, desgastes al sistema y potencial abuso de este, movilización del talento humano, incapacidad funcional en el paciente que se ve reflejada directamente en las esferas de su funcionamiento global, tales como la laboral, social e interpersonal, entre otras (2).

Un considerable número de posibles factores asociados al reingreso hospitalario a unidad de salud mental se ha puntualizado en el conocimiento sobre el tema. Se destacan el tipo de diagnóstico, la edad, el sexo, el estado civil y la severidad de los síntomas, aunque no existe una uniformidad consistente entre las diversas observaciones: las conclusiones entre uno y otro estudio suelen ser mixtas o de entrada contradictorias (1-5). Estos hechos se han explicado por diversas razones. De especial importancia, la poca estandarización en las definiciones que dificultaba la reproducibilidad de los hallazgos (7). En adición, el tipo de diseño epidemiológico utilizado para cada investigación suele no ser uniforme, pudiéndose encontrar estudios retrospectivos de casos y controles, prospectivos basados en cohortes, transversales con enfoques analíticos e incluso observacionales (1,3-5). La diferencia de tamaño muestral en los mismos es concordante con la variedad de diseños, pudiendo encontrar tamaños desde los 220 individuos (1) hasta los 7648 (7).

2.2. Incidencia general del reingreso hospitalario en psiquiatría

Se estima que aproximadamente un tercio ($1/3$) de los individuos que en algún momento recibieron atención intrahospitalaria en unidad de salud mental ingresarán al menos en una nueva ocasión (7). Este dato es congruente a lo largo de las revisiones de la literatura y se presenta a pesar de haber ofrecido un correcto manejo y de articular estrategias de seguimiento adecuadas para cada caso (9), dando cuenta así de la multifactoriedad que estaría implicada en el fenómeno de reingreso hospitalario ya que no necesariamente se reingresa al tener un manejo inapropiado.

2.3. Reingresos frecuentes, reingresos rápidos y fenómeno de la puerta giratoria

Lo reportado en la literatura describe un número considerable de conceptos que abarcan desde las readmisiones frecuentes, las readmisiones rápidas, incluyendo el fenómeno de puerta giratoria como los más importantes (7). La dificultad para utilizarlos radica en que históricamente ha habido un consenso muy limitado para sus definiciones. No ha sido sino hasta tiempos recientes que, para facilitar la uniformidad en las descripciones y favorecer la validez de los hallazgos, se ha propuesto utilizar definiciones estandarizadas. Así, Evans et.al proponen a las readmisiones frecuentes como tres o más hospitalizaciones en cualquier momento de la vida; las readmisiones se consideran rápidas cuando ocurren en los primeros 28 días del egreso. El fenómeno de puerta giratoria, en el cual el paciente egresa y reingresa de manera repetitiva en un período ampliamente aceptado de 3 meses (1,2), corresponde a un vocablo de naturaleza menos formal y según su descripción puede definirse en términos de los previamente descritos.

Diversos estudios publicados atribuyen importancia tanto al reingreso frecuente como al rápido (1,2,7). Sin embargo, hay poca claridad en cuál es la utilidad práctica de dicha distinción desde que en algunos de los trabajos que los han evaluado de manera simultánea las conclusiones no han sido congruentes (7). Por lo tanto, el presente estudio priorizó el entendimiento de la readmisión frecuente y su comportamiento en función de diversas variables teniendo en cuenta que cualquier magnitud de reingreso

rápido puede ser analizada en términos de su frecuencia absoluta. Para facilitar el entendimiento de estos postulados, se propone un símil con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) donde la cantidad (frecuencia) de exacerbaciones sintomáticas en un año es la que se corresponde de mejor manera con la adecuada elección del tratamiento y los desenlaces, según guías de práctica clínica actuales (8).

2.4. Comportamiento del reingreso por patología psiquiátrica

Dentro del amplio espectro de las patologías psiquiátricas, la condición con mayor probabilidad de reingresos hospitalarios son los trastornos psicóticos (10) y es de anotar que dicha observación es la que goza de mayor uniformidad dentro de lo reportado (7,10). Los individuos con algún diagnóstico dentro del espectro de la psicosis tienen mayor probabilidad de ser readmitidos de manera temprana y frecuente, cuantificada en 2.3 veces respecto al resto de grupos diagnósticos (10).

Al profundizar en su análisis es posible evidenciar que se trata de patologías que intrínsecamente requieren una amplia movilización de los servicios en salud tanto intrahospitalaria como ambulatoriamente y, según su complejidad, pueden presentarse como una de las condiciones de mayor riesgo e impacto funcional en la persona. El espectro de los síntomas psicóticos incluye desde el trastorno psicótico breve, los ocasionados por algún sustrato orgánico determinado, hasta la esquizofrenia y sus diferentes manifestaciones según el tiempo de evolución en la persona (11).

En segundo lugar y de gran impacto para el desenlace en estudio se encuentran los trastornos de la personalidad o sus rasgos maladaptativos de características premórbidas (7,10). Lewis et.al. afirman que este diverso grupo de condiciones corresponde por sí mismo a un factor de riesgo asociado con las consultas repetidas a los servicios de urgencias generales. La dificultad de algunas estructuras de personalidad para afrontar el reto de la vida cotidiana suele favorecer la exacerbación de síntomas y conductas maladaptativas que resultarán en un nuevo contacto con los servicios de salud.

El riesgo auto y heterolesivo, la marcada impulsividad y alto riesgo de “*acting-out*” (paso al acto) que presentan es, en la mayoría de los casos, el motivo por el cual se

hace imperativo el reingreso (9,12). Además, los patrones perdurables de la experiencia subjetiva que componen a la personalidad requieren de un considerable esfuerzo terapéutico para ser modificados y algunos presentan un pronóstico desfavorable a pesar de las estrategias implementadas en la actualidad (11).

Los trastornos del estado de ánimo ocupan el tercer lugar (10). Esta categoría diagnóstica agrupa al trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad y el trastorno afectivo bipolar (7,10). Los mencionados son escenarios que no conllevan un riesgo tan elevado como el de los trastornos de personalidad o los trastornos por síntomas psicóticos antes mencionado, pero sí se propone como mayor que el estimado para el trastorno por consumo de sustancias del cual no se cuenta con datos de igual rigor epidemiológico. La presencia de un trastorno afectivo de base aumenta la probabilidad de que los eventos de la vida cotidiana provoquen reactivaciones sintomáticas generando así nuevas atenciones en salud.

Finalmente se ha de mencionar el comportamiento del reingreso hospitalario en función de la emergencia cardinal en psiquiatría: el intento de suicidio. Corresponde a un evento extraordinario dentro de cualquier ciclo vital y, contrario al conocimiento intuitivo, no es exclusivo de los trastornos depresivos. Su atención y enfoque terapéutico exceden el alcance del presente estudio, sin embargo, uno de los pilares del tratamiento es la contención ambiental intrahospitalaria que además favorece la modificación de ambientes considerados estresores y contribuyentes a la sintomatología (9).

La naturaleza impredecible de la conducta suicida es difícilmente controvertible, aunque es posible identificar factores que aumentan el riesgo de presentarla. El que posiblemente sea el indicador de mayor peso es haber presentado al menos un intento previo y el período de mayor riesgo de uno nuevo son los 3 meses siguientes al primero (9). Ya que en nuestro medio es ampliamente aceptado el tratamiento intramural como eje terapéutico, será durante la mencionada ventana de tiempo en que se esperarían los reingresos a unidad de salud mental por la misma causa.

En este trabajo se exploró el comportamiento del reingreso hospitalario en función de las condiciones previamente explicadas, además de incluir categorías diagnósticas de

las cuales no se cuenta con información de igual o similar calidad (v.g. el consumo de sustancias psicoactivas). Se incluyó a la conducta suicida dentro de la variable independiente “diagnóstico” de manera que no sea mutuamente excluyente con ninguna de las otras categorías diagnósticas en vista de puede presentarse en cualquiera de las que compone el amplio abanico de entidades psiquiátricas.

2.5. Factores asociados al reingreso hospitalario a USM

Los factores asociados al reingreso hospitalario a unidad de salud mental, según lo reportado en la literatura, presentan un comportamiento divergente. Al comparar el análisis realizado a la misma variable dentro de diferentes estudios suele encontrarse que algunos arrojan algún tipo de evidencia cuando en los otros la evidencia es insuficiente (1-5,7,10). Las razones propuestas para tal disparidad ya se han elucidado anteriormente en el presente capítulo. A continuación, se describen los factores que han sido ligados al fenómeno de reingreso de manera más coincidente.

El estado civil es de los factores que de manera más sistemática se ha evidenciado como asociado (1,2). Se reporta que las personas solteras tienen una mayor probabilidad de hospitalizaciones repetidas. El tipo de diagnóstico también goza de uniformidad y se ha postulado como un factor de riesgo según lo ya mencionado y con el espectro de los trastornos psicóticos como de mayor relevancia. Adicionalmente, en algunos trabajos (7) se menciona a la severidad de los síntomas como subcategoría dentro del diagnóstico, sin embargo, esta apreciación naturalmente presenta un sesgo originado en la variabilidad interobservador y posiblemente en los numerosos instrumentos o escalas utilizadas para objetivar tal magnitud.

Otra de las variables de mayor uniformidad corresponde al estado de empleo de la persona, siendo los desempleados quienes presentan mayor cantidad de readmisiones sobre una base de trastorno mental previo (7). La tipificación de la red de apoyo de los individuos también se propone como un factor de importancia, aunque no se conoce su verdadera naturaleza y los estudios que se han ocupado de su análisis no han llegado a evidencia concluyente (2). En este escenario particular se propone una estratificación más minuciosa de las redes de apoyo del individuo, propuesta que se adaptó en el presente trabajo al explorar la composición de las redes en sus esferas

económicas (también denominada material, incluye el dinero, servicios, vivienda), instrumentales (cuidado general, logística de la vida diaria) y emocionales (vínculos afectivos, empatía, reconocimiento, consejería) (15). La estratificación se realizó con base en criterios de existencia, funcionamiento e impacto dentro del contexto del individuo, utilizando los datos arrojados por las valoraciones rutinarias por el servicio hospitalario de trabajo social en adecuada, regular o deficiente.

El presente trabajo incluyó las variables previamente descritas para evaluar su comportamiento en el ámbito local. Para complementarlas, se hizo un análisis de las variables sociodemográficas y de aquellas en las que existe controversia en cuanto a su asociación con el desenlace de interés, a saber: el nivel de escolaridad, la naturaleza del tratamiento ambulatorio y su adherencia.

Para la naturaleza del tratamiento ambulatorio se revisaron las estrategias instauradas y se clasificaron según la línea de manejo a la que pertenecen acorde a las guías de práctica clínica adoptadas para cada patología. De igual manera, se exploró el grado de adherencia a dicho plan de manejo discriminándolo como completo, parcial o nula, siendo estas categorías las más comúnmente utilizadas para describir este apartado en la historia clínica de ingreso.

De manera novedosa se estudió a la variable de régimen de aseguramiento y la exploración activa de eventos vitales estresores que en temporalidad coincidan con el nuevo evento de atención intramural.

2.6. Consecuencias del reingreso hospitalario a USM

Las hospitalizaciones a repetición conllevan a importantes consecuencias tanto en el individuo como en los sistemas de atención en salud (1,2), fenómeno que no es exclusivo del área de la psiquiatría. En lo concerniente a esta disciplina, tales implicaciones se pueden manifestar en el corto, mediano y largo plazo. En el escenario agudo se favorece una importante afectación de la funcionalidad global de la persona, manifestándose principalmente como la disrupción de la rutina y la productividad (9,12).

Además, las admisiones frecuentes pueden resultar en el debilitamiento de las redes de apoyo al incurrir en la saturación de los cuidadores que en la mayoría de los casos son legos y sin entrenamientos especializados para el cuidado, pues usualmente hacen parte del núcleo familiar primario.

A largo plazo son perjudiciales para la recuperación funcional y podría desencadenar una dependencia a los servicios en salud intramurales especializados (7,9), implicando así una grave supeditación a los mismos para alcanzar cierto nivel de calidad de vida. De igual manera, las redes de atención podrían verse desgastadas, hecho que se agrava cuando no se encuentran bien articuladas y no se implementan estrategias de peso para su prevención (9).

2.7. Criterios de inclusión

El presente estudio se enfocó en población adulta, de 18 a 60 años, usuarios de Unidad de Salud Mental a estudiar, con al menos un reingreso hospitalario por causas idénticas (entendido como el mismo diagnóstico de ingreso como causa de cada una de las admisiones) en el período comprendido entre los años 2019 y 2022. Los datos de historia clínica de ingreso adoptados contaron con la calidad y suficiencia adecuada para clasificar apropiadamente cada registro en función de las variables independientes de interés.

El criterio de edad responde a la mayor facilidad de clasificación nosológica que el grupo de 18 a 60 años presenta en el área de la psiquiatría. La edad pediátrica (niños y adolescentes) así como la tercera edad, por sus características inherentes, cuentan con una considerable dificultad para la reproducibilidad de la clasificación diagnóstica. El criterio de causas idénticas en los reingresos tuvo como objetivo el elucidar el comportamiento específico de cada patología en el fenómeno de reingreso.

3. Hipótesis

3.1 Conceptual

En el ámbito de la psiquiatría el fenómeno de reingreso hospitalario es frecuente y guarda relación con alteraciones en múltiples niveles del funcionamiento del paciente (1).

Existen factores del individuo y de su entorno que podrían relacionarse con el reingreso. Sin embargo, la evidencia es divergente con dichos factores (2,4).

Las condiciones mentales aportan vulnerabilidad y por tanto mayor probabilidad de que los eventos de la vida cotidiana desencadenen una reactivación sintomática que culmine con atenciones médicas a repetición.

Se postula entonces que, si bien hay individuos que no experimentan reingreso a Unidad de Salud Mental (USM), hay un número esperado de reingresos y también hay pacientes que los exceden.

Esta investigación plantea la hipótesis de que existen factores sociodemográficos y clínicos asociados con el número de reingresos hospitalarios a USM, algunos de riesgo y otros protectores, que podrían coincidir con lo reportado hasta el momento en la literatura. Dichos factores son, entre otros, el tipo de diagnóstico, el tipo de aseguramiento, la adherencia al tratamiento y la ocurrencia de eventos estresores.

3.2 Hipótesis alterna

- El fenómeno del reingreso hospitalario a USM de pacientes entre 18 y 60 años se asocia con factores sociodemográficos y clínicos tanto del individuo como de su contexto.

3.3 Hipótesis nula

- El fenómeno de reingreso hospitalario a USM de pacientes entre 18 y 60 años no guarda asociación con factores sociodemográficos o clínicos del individuo o de su contexto.

4. Objetivos

4.1 General

- Identificar los factores sociodemográficos y clínicos asociados con el comportamiento del reingreso hospitalario a una Unidad de Salud Mental de la ciudad de Bogotá entre los años 2019 y 2022.

4.2 Específicos

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio.
- Estimar la prevalencia del reingreso hospitalario frecuente y de cada factor identificado.
- Determinar la asociación entre factores sociodemográficos y clínicos del individuo con la cantidad de reingresos a Unidad de Salud Mental en los años 2019-2022.

5. Metodología

5.1 Enfoque metodológico

La presente investigación adoptó un enfoque cuantitativo pues se estimaron datos de dicha naturaleza (frecuencias, prevalencias, medidas de tendencia central y razones) para su posterior análisis y con base en estos, emitir un juicio de asociación entre las variables de interés.

5.2 Tipo de estudio

Estudio observacional de corte transversal de tipo prevalencia analítica, con la finalidad de caracterizar el fenómeno de reingreso hospitalario. Tanto los factores como los desenlaces fueron estudiados en un mismo momento, renunciando así al criterio de temporalidad.

5.3 Población

- Referencia: pacientes con diagnóstico psiquiátrico que presentan reingresos hospitalarios por el mismo diagnóstico después de recibir manejo intramural apropiado y plan ambulatorio en la ciudad de Bogotá.
- Elegible: pacientes entre 18 y 60 años con diagnóstico psiquiátrico que hayan presentado reingresos por la misma causa a la Unidad de Salud Mental en estudio después de recibir manejo intramural y plan ambulatorio.
- Accesible: pacientes de la Unidad de Salud Mental en estudio que cumplan las características mencionadas y cuyos registros en Historia Clínica cumplan criterios de calidad y suficiencia que permitan la medición de las variables de interés.
- Muestra: pacientes que cumplan las características descritas cuyos reingresos a la Unidad de Salud Mental objeto de estudio hayan acontecido entre los años 2019 y 2022.

5.4 Diseño muestral

- Selección de la muestra: se condujo un muestreo no probabilístico por conveniencia para obtener una prevalencia real por lo que se analizaron todos los registros de los reingresos a la USM objeto de estudio entre los años 2019 a 2022.
- Marco muestral: se contó con registro de los ingresos hospitalarios a la Unidad de Salud Mental objeto de estudio en el período 2019 a 2022. Ya que este listado aportó los datos de todos los ingresos, se identificaron cuáles correspondieron a eventos únicos y se discriminaron de los eventos múltiples en el mismo individuo.

5.5 Descripción de las variables

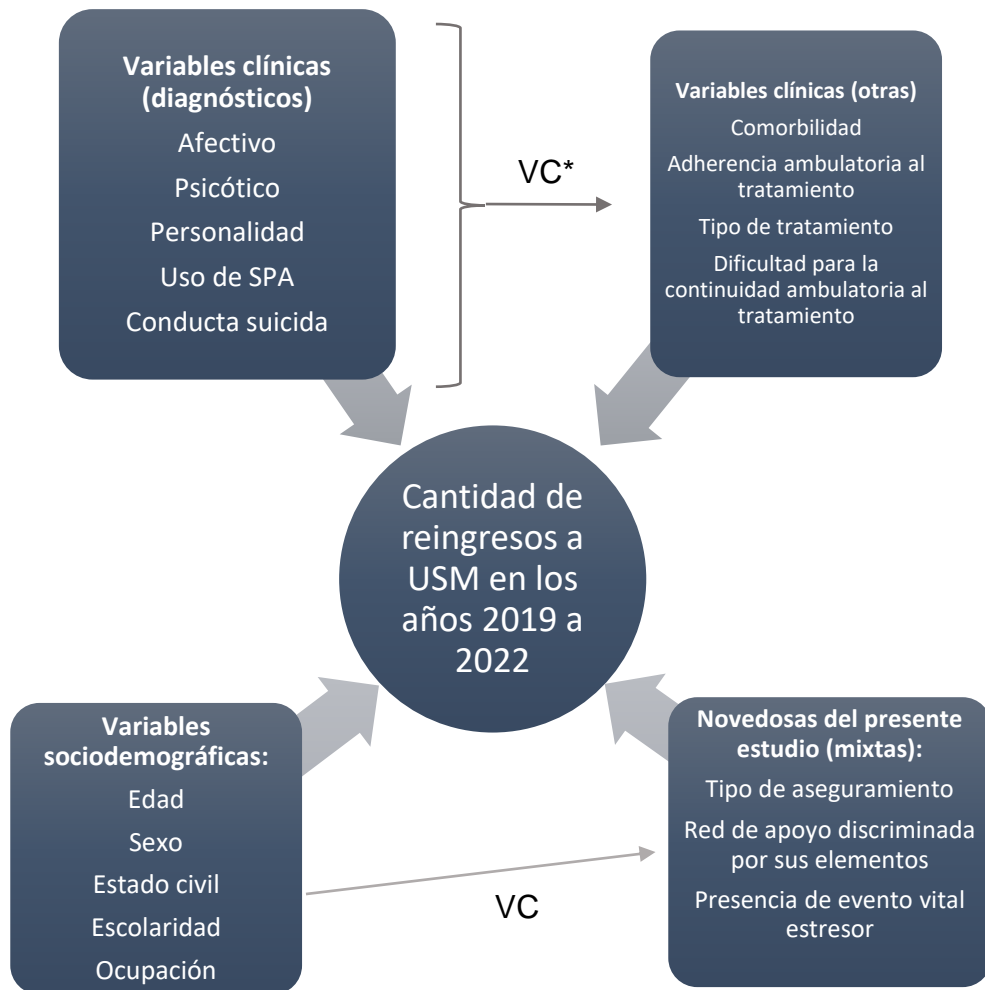
Para cumplir con los objetivos propuestos, la variable dependiente (reingresos hospitalarios) fue codificada de tal manera que su nivel de medición fuera el de Razón. Esto permitió su recodificación posterior. A continuación, se presentan las variables independientes, su definición, naturaleza, unidad de medida y nivel de medición (tabla 1) y su relación gráfica con la variable respuesta (figura 1).

Tabla 1: resumen de las variables

Nombre	Tipo	Definición	Naturaleza	Niv. de medición	Unidad de medida	Objetivo al que responde
Número de reingresos hospitalarios entre 2019 y 2022	Dependiente	Cantidad de reingresos a USM en el periodo mencionado	Cuantitativa	Razón	1. Cantidad numérica total, la cual fue codificada como promedio (1 – 2) o frecuente (≥ 3)	General
Edad	Independiente	Años de vida cumplidos	Cuantitativa	Razón	1. Edad al momento del reingreso	1 ^{er} y 2 ^{do} específico
Sexo	Independiente	Sexo del individuo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino	1 ^{er} y 2 ^{do} específico
Estado civil	Independiente / de confusión	Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Unión libre 3. Casado 4. Divorciado 5. Viudo	1 ^{er} y 2 ^{do} específico
Escolaridad	Independiente	Grado máximo de estudios que ha completado el individuo	Cualitativa	Ordinal	1. no 2. primaria completa 3. primaria Incompleta 4. secundaria completa 5. secundaria Incompleta 6. universitaria completa 7. universitaria Incompleta 8. técnico completo 9. técnico Incompleto 10. posgrado completo 11. posgrado Incompleto	1 ^{er} y 2 ^{do} específico
Ocupación	Independiente	Empleo u oficio	Cualitativa	Nominal	1. Estudiante 2. Trabajador 3. Estudia y trabaja 4. Pensionado 5. Ninguna	1 ^{er} y 2 ^{do} específico
Tipo de aseguramiento	Independiente	Régimen de aseguramiento al cual se encuentra adscrito	Cualitativa	Nominal	1. EAPB que costea la atención del individuo	1 ^{er} y 2 ^{do} específico
Red de apoyo: económica	Independiente / de confusión	Apoyo y consecución en términos de elementos económicos y monetarios	Cualitativa	Ordinal	1. Adecuada 2. Regular 3. Deficiente	1 ^{er} y 2 ^{do} específico
Red de apoyo: instrumental	Independiente / de confusión	Apoyo en términos materiales, locativos, logísticos (vivienda, servicios públicos, etc)	Cualitativa	Ordinal	1. Adecuada 2. Regular 3. Deficiente	1 ^{er} y 2 ^{do} específico
Red de apoyo: emocional	Independiente / de confusión	Composición y dinámicas familiares (núcleo principal, extendido), vínculos afectivos.	Cualitativa	Ordinal	1. Adecuada 2. Regular 3. Deficiente	1 ^{er} y 2 ^{do} específico

Nombre	Tipo	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Objetivo al que responde
Diagnóstico	Independiente / de confusión	Diagnóstico principal por el cual ingresa y reingresa el individuo	Cualitativa	Nominal	1. Afectivo 2. Psicótico 3. Personalidad 4. Uso de SPA 5. Conducta suicida 6. Deterioro cognitivo	2 ^{do} y 3 ^{er} específico
Comorbilidad	Independiente	Diagnósticos asociados	Cualitativa	Nominal	1. Afectivo 2. Psicótico 3. Personalidad 4. Uso de SPA 5. Conducta suicida 6. Deterioro cognitivo 7. Epilepsia 8. Ninguno	2 ^{do} y 3 ^{er} específico
Adherencia ambulatoria al tratamiento	Independiente	Seguimiento a las recomendaciones médicas tras el acto hospitalario	Cualitativa	Nominal	1. Completa 2. Parcial 3. Nula	2 ^{do} y 3 ^{er} específico
Naturaleza del tratamiento ambulatorio	Independiente / de confusión	Tratamiento que sigue las recomendaciones clínicas más actualizadas o, por el contrario, debe ceñirse a estrategias avanzadas	Cualitativa	Ordinal	1. Primera línea 2. Líneas avanzadas	2 ^{do} y 3 ^{er} específico
Presencia de eventos vitales estresores	Independiente	Eventos extraordinarios de connotación negativa en el ciclo de vida del individuo	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No	2 ^{do} y 3 ^{er} específico

Figura 1: diagrama de variables



* VC: variables de confusión

5.6 Técnicas de recolección de la información

5.6.1 Fuentes de información

Se utilizaron los registros de Historia Clínica que reposan en el sistema de gestión de la información documental de la Institución Prestadora de Servicios objeto de estudio. Se accedió al censo general de todos los reingresos hospitalarios a la Unidad de Salud Mental por lo que se corresponde con una fuente de información secundaria: los datos no se obtuvieron directamente del individuo a estudiar sino de un registro existente del acto clínico.

5.6.2 Instrumento de recolección de la información

Para la recolección, ordenamiento y gestión de los datos del estudio fue creada una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel debidamente parametrizada y formulada en la cual se registraron las entradas de cada variable en función de cada individuo.

5.6.3 Proceso de recolección de la información

La recolección de los datos y el diligenciamiento del instrumento destinado a tal fin fue tarea del investigador principal. Se determinaron cuáles fueron los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión a través del programa de gestión de historia clínica institucional y sus datos fueron registrados en el instrumento.

Para garantizar la calidad de los datos inicialmente se realizó una doble verificación del 10% de las entradas, las cuales fueron seleccionadas de manera aleatoria. Tal revisión fue favorable para la totalidad de los datos por lo que no hubo requerimiento de aumentar el porcentaje de entradas a verificar.

5.7 Prueba piloto

Se condujo una prueba piloto del instrumento de recolección de datos al contar con autorización institucional para el uso de los registros para tal fin. El instrumento fue utilizado sobre los registros de Historia Clínica de los pacientes que en ese momento se encontraban hospitalizados en una de las Unidades que componen a la institución. Se evaluó la facilidad de registro, confiabilidad de cada dato, parametrización. No fue

necesaria la realización ajustes en su estructura lo cual la validó como apta para la recolección formal de los datos.

5.8 Control de errores y sesgos

El presente estudio requirió de un control de errores y sesgos. Se identificó la posibilidad de incurrir en sesgo de selección, información y confusión. A continuación, se describe el proceso de identificación de cada uno de los mencionados, así como sus formas de control (Tabla 2).

Tabla 2: resumen de las estrategias de control de sesgos

Tipo	Descripción de la posibilidad de ocurrencia	Forma de control
Selección	Se cuenta con los datos a recopilar porque la consulta del paciente no suele poder realizarse en otro lugar. Los resultados quedarían completamente restringidos a la institución. Este hecho es consistente al explorar los aportes al tema. Existe la posibilidad de que, al estudiar una población tan diversa y alta variabilidad de criterios clínicos, se pueda omitir y por ende no seleccionar a un sujeto que en realidad sí sea elegible para ser parte de la muestra.	Los hallazgos podrán ser inferidos a la población o a poblaciones de características similares. Se utilizó de forma sistemática una lista de chequeo con los criterios de selección. De esta manera se evaluó cada registro de historia clínica, excluyendo únicamente aquellas historias clínicas que no cumplieron los mencionados criterios.
Información	Existe la posibilidad de cometer errores al momento de la recolección de la información dada la cantidad de variables en estudio. Adicionalmente, al recolectar la información es posible cometer errores en su tabulación o de generar valores perdidos.	Se generó un instrumento de recolección de datos debidamente parametrizado y formulado con el cual se realizó la recopilación de los datos de la manera más ordenada y sistemática posible. Se sometió dicho instrumento a prueba piloto con la finalidad de asegurar su correcto funcionamiento y realizar los ajustes necesarios. Se realizó validación del 10% de los datos
Confusión	En el presente estudio se identificaron a las variables independientes “tipo de aseguramiento” y “presencia de eventos vitales estresores” como confusoras.	Debido a la importancia de su análisis, no se recurrió a la restricción de las variables descritas. Se realizó un análisis estratificado de cada una, además de la confirmación de dicha naturaleza mediante un análisis multivariado en segundo tiempo (regresión lineal múltiple).

5.9 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Una vez recopilados los datos de las variables de interés utilizando el Instrumento de Recolección antes mencionado, se utilizó el programa SPSS mediante licencia institucional para su interpretación descriptiva y analítica, incluyendo en esta última el control del sesgo de confusión.

De manera inicial y según el protocolo de análisis estadístico propuesto, los reintegros fueron categorizados como número esperado (promedio) o número excedido (frecuente). Sin embargo, durante el análisis de los datos, se hizo evidente un marcado desbalance entre los individuos en cada uno de estos grupos, haciendo que la intención de análisis original resultara inadecuada. Por tal motivo fue necesario realizar un análisis estadístico adicional para poder alcanzar el objetivo principal: la variable dependiente fue la misma, pero se estudió utilizando en ella un nivel de medición de razón (v.g. el número total de reintegros). Tal diseño de estudio permitió la recopilación y el análisis de los datos de manera más conveniente para la población de estudio, la recolección y análisis de múltiples variables en el mismo momento y, por sus atributos analíticos, como resultado se obtuvieron contrastes de hipótesis.

La interpretación analítica se fundamentó, primero, en la obtención y estudio de tablas de contingencia. Sin embargo, este enfoque resultó inadecuado por el mencionado desbalance entre grupos. El análisis adicional, necesario para el cumplimiento de los objetivos, fue conducido utilizando las pruebas de hipótesis no paramétricas de Mann-Whitney y Kruskal Wallis, con sus respectivas medidas de significancia reflejadas en *valores* $p \leq 0.05$, en adición al coeficiente de correlación de rangos de Spearman para la variable edad y un análisis con fines predictivos de regresión lineal. El control de las variables de confusión se llevó a cabo mediante estratificación, generando un análisis adicional en el interior de los subgrupos obtenidos.

5.10 Divulgación de resultados

Se pretende la publicación de los resultados en formato de Artículo Científico en revista indexada. Adicionalmente, el manuscrito en formato de Trabajo de Grado se remitirá al repositorio institucional de la Universidad del Rosario. Los hallazgos que a

continuación se describen, que representan una utilidad clínica y repercuten de manera positiva en la atención al paciente, fueron comunicados de manera oportuna y transparente a las entidades involucradas: la IPS y su estructura organizacional o a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

6. Consideraciones éticas

Bajo las directrices de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia en su Artículo 11, el presente trabajo se clasifica como una investigación sin riesgo debido a su naturaleza retrospectiva y al uso exclusivo de información documental.

En concordancia con lo estipulado en la ley 1581 de 2012 y reglamentación relacionada, se protegieron los datos personales de los individuos cuyos registros documentales se incluyeron como objeto de estudio en el presente protocolo. No se realizó ningún tipo de seguimiento ni se incluyeron datos sensibles que puedan ser trazados o que permitan identificar a los individuos de manera particular.

La base de datos resultante de la revisión de historias clínicas por el investigador principal, médico con vinculación laboral con la institución, cumple con características de anonimización (disociación irreversible) para su archivo y análisis estadístico. Los datos clínicos se manejaron según lo establecido en las Resoluciones 1995 de 1999 y 839 de 2017 del Ministerio de Salud de Colombia.

Por lo anterior, al considerar que se trata de una investigación sin riesgo y con información para análisis en base de datos anonimizada, el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario otorgó la dispensa del consentimiento informado conforme con lo establecido en el Parágrafo Primero del Artículo 16 de la Resolución 8430 de 1993, mediante la carta de aprobación número DVO005 2460-CV1792 del 23 de octubre de 2023. Sin embargo, se anota que el formato de consentimiento informado requerido para iniciar el proceso hospitalario en la Unidad de Salud Mental objeto de estudio también incluye la autorización para el uso de la información clínica con fines académicos (ver anexo 1).

La custodia de la información y base de datos anonimizada estará a cargo del Investigador Principal, en nube institucional de la Universidad del Rosario, 5 años contados a partir de la publicación del artículo científico y la publicación del trabajo de grado en el Repositorio Institucional.

Se siguieron los lineamientos que la Asociación Médica Mundial ha aportado en los temas de investigación médica con sujetos humanos, Declaración de Helsinki Fortaleza Brasil 2013 y sobre las consideraciones éticas del uso de bases de datos en salud la Declaración de Taipéi 2016.

Este protocolo fue sometido a revisión por parte del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario, quien actuó como garante de la protección de los derechos de las partes implicadas, previa autorización de la Dirección Científica de la Clínica La Inmaculada.

Se adoptaron sus comentarios, observaciones y sugerencias para aportar al conocimiento sin desviarse de los principios éticos que rigen la práctica investigativa.

El investigador principal declara que labora en la institución donde se realiza la investigación, sin que se identifique un conflicto de interés diferente a la vinculación laboral.

7. Resultados

Se obtuvo el censo de la totalidad de reingresos hospitalarios a la unidad de salud mental objeto de estudio. Posterior a la revisión de cada uno de los registros, fueron incluidos un total de 74 individuos para el análisis estadístico de los datos. El 60.8% fueron hombres. La edad promedio fue de 36.6 años (DE 11.6). El estado civil más frecuente fue el soltero con 60%. En cuanto a la escolaridad, la mayoría de los individuos cursaron el bachillerato completo (secundaria completa 39.2%). El tipo de aseguramiento predominante fue el régimen especial con un 68.9% de los individuos. Este trabajo de manera novedosa incluye la tipificación de las redes de apoyo del individuo, encontrando que, de manera predominante, la red de apoyo social fue en la que se evidenció algún grado de deterioro (82.4%). En la tabla 3 se presenta la descripción detallada de cada una de las variables.

Para las variables clínicas en estudio, se encontró que el diagnóstico principal más frecuente fue el grupo de los trastornos del afecto (29.7%) seguido del uso de sustancias psicoactivas (28.4%). El 79.7% de los individuos presentaba algún tipo de comorbilidad, encontrando que la más frecuente son los trastornos de personalidad (40.5%), seguida de la conducta suicida (25.7%) y el consumo de sustancias psicoactivas (18.9%). Se observó que únicamente en el 37.8% de los casos hubo mención de eventos vitales estresores circunscritos a la atención más reciente.

Tabla 3: características basales de la muestra

Tabla 3: características basales de la muestra (n = 74)			Tabla 3: características basales de la muestra (n = 74)		
VARIABLE	MEDIDA RESUMEN*	VALOR P	VARIABLE	MEDIDA RESUMEN*	VALOR P
Edad en años cumplidos	35,5 (13)		Diagnóstico principal		
Número de Reingresos	4 (4)		Afectivo	22 (29,7)	0,021
Tipo de Reingreso			Psicótico	14 (18,9)	
Frecuente	54 (73)	< .001	Personalidad	9 (12,2)	
Promedio	20 (27)		Uso de SPA	21 (28,4)	
Sexo			Conducta suicida	8 (10,8)	
Femenino	29 (39,2)	0,081	Adherencia al tratamiento		
Masculino	45 (60,8)		Completa	23 (31,1)	0,910
Estado Civil			Parcial	25 (33,8)	
Soltero	45 (60,8)	< .001	Nula	26 (35,1)	
Union libre	7 (9,5)		Naturaleza del tratamiento ambulatorio		
Casado	9 (12,2)		Primera línea	42 (56,8)	0,295
Divorciado	13 (17,6)		Líneas avanzadas	32 (43,2)	
Escolaridad			Evento vital estresor		
Primaria completa	1 (1,4)	< .001	Sí	28 (37,8)	0,047
Primaria Incompleta	9 (12,2)		No	46 (62,2)	
Secundaria completa	29 (39,2)		Sin comorbilidad psiquiátrica		
Secundaria Incompleta	10 (13,5)		Sí	15 (20,3)	< .001
Universitaria completa	14 (18,9)		No	59 (79,7)	
Universitaria Incompleta	2 (2,7)		Comorbilidad: afectiva		
Técnico completo	9 (12,2)		Sí	12 (16,2)	< .001
Ocupación			No	62 (83,3)	
Labora	27 (36,5)	< .001	Comorbilidad: psicótica		
Estudia	4 (5,4)		Sí	6 (8,1)	< .001
Cesante	26 (35,1)		No	68 (91,9)	
Pensionado	17 (23)		Comorbilidad: personalidad		
Tipo de aseguramiento			Sí	30 (40,5)	0,130
Regimen especial	51 (68,9)	0,002	No	44 (59,5)	
Regimen convencional	23 (31,1)		Comorbilidad: consumo de sustancias psicoactivas		
Red de apoyo económica			Sí	14 (18,9)	< .001
Adecuada	49 (66,2)	0,007	No	60 (81,1)	
Regular	25 (33,8)		Comorbilidad: conducta suicida		
Red de apoyo instrumental			Sí	19 (25,7)	< .001
Adecuada	52 (70,3)	< .001	No	55 (74,3)	
Regular	17 (23)		Comorbilidad: deterioro cognitivo		
Deficiente	5 (6,8)		Sí	7 (9,5)	< .001
Red de apoyo emocional			No	67 (90,5)	
Adecuada	13 (17,6)	< .001	Comorbilidad: epilepsia		
Regular	45 (60,8)		Sí	5 (6,8)	< .001
Deficiente	16 (21,6)		No	69 (93,2)	
Red de apoyo social					
Adecuada	12 (16,2)	< .001			
Regular	41 (55,4)				
Deficiente	21 (28,4)				

* Variables categóricas: n(%). Variables continuas: mediana(RIQ).

La proporción absoluta del reingreso frecuente fue del 73% lo cual, por las características particulares de la población usuaria de la unidad de salud mental objeto de estudio, es el reflejo de un gran desbalance entre los grupos a conformarse al seguir la ruta de análisis propuesta durante la etapa de diseño del estudio. Por este motivo, la generación e interpretación de tablas de contingencia y la aplicación de pruebas de hipótesis para una variable dependiente de naturaleza categórica no se correspondía con un enfoque adecuado. En consecuencia, se realizó un análisis estadístico adicional con la misma variable dependiente pero estudiada desde un nivel de medición de razón: el número total de reingresos. Esta variable, ahora de naturaleza continua, presentó una distribución no normal tal como se evidencia en la gráfica 1 (ver anexos) por lo que fueron aplicadas pruebas de hipótesis no paramétricas. Con este nuevo enfoque, más apropiado para el estudio de los datos, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de los reingresos en los siguientes grupos (tabla 4): hombres (5) vs. mujeres (3), $p = 0.003$; red de apoyo económica adecuada (3) vs. regular (5), $p = 0.003$; red de apoyo instrumental adecuada (3) vs. regular (5) y adecuada vs. deficiente (10), $p < 0.001$; adherencia al tratamiento completa (3) vs. nula (6) y parcial (3) vs nula $p < 0.001$; naturaleza del tratamiento ambulatorio de primera línea (3) vs líneas avanzadas (5), $p = 0.001$; ausencia de comorbilidad psiquiátrica (3) vs. presencia de cualquier comorbilidad (4), $p = 0.011$ y comorbilidad con consumo de sustancias psicoactivas (6.5) vs. no presentarla (3), $p = 0.002$.

Para la variable tipo de aseguramiento, de sumo interés, los resultados obtenidos no solamente fueron discordantes con lo reportado sino también y contrarios a lo esperado. Se elevó la sospecha de una posible naturaleza confusora la cual fue confirmada por un análisis de regresión mediante el programa estadístico R. Para su control se condujo un análisis estratificado confirmando así la modificación ficticia de su efecto inicial sobre el desenlace de interés. Los resultados de este análisis estratificado se presentan en detalle en la tabla 5 (ver anexos): dentro del grupo de individuos con régimen de aseguramiento especial, existe asociación estadísticamente significativa entre las variables descritas con el fenómeno de reingresos hospitalario e incluso se presenta una nueva asociación con el estado civil, que mediante análisis de

subgrupos se encuentra mayor riesgo al ser soltero vs. casado, $p = 0.022$. De manera complementaria, en el grupo de individuos con régimen de aseguramiento convencional no se encontró asociación entre las variables de interés.

Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal simple y de regresión lineal múltiple. Mediante la primera, se determinaron los coeficientes de regresión para las variables que arrojaron resultados significativos, los cuales fueron acordes a lo encontrado en el contraste de hipótesis y se presentan en la tabla 6 (ver anexos). Con el análisis de regresión lineal múltiple se exploró y se confirmó la naturaleza confusora de la variable mencionada que fue controlada con las estrategias ya descritas.

Tabla 4: análisis bivariado

Tabla 4: análisis bivariado (var. respuesta: # de reingresos)		
VARIABLES INDEPENDIENTES	EST. DE PRUEBA	VALOR P
Sexo*	391	0,003
Tipo de aseguramiento*	585	0,986
Red de apoyo económica*	360	0,003
Red de apoyo instrumental**		
Global	15	< 0,001
Adecuada vs. Regular		0,032
Adecuada vs. Deficiente		0,003
Adherencia al tratamiento**		
Global	16	< 0,001
Completa vs. Nula		0,003
Parcial vs. Nula		0,001
Naturaleza del tratamiento*	376	0,001
Eventos vitales estresores*	392	0,004
Sin comorbilidad psiquiátrica*	255	0,011
Comorbilidad: consumo de sustancias psicoactivas*	204	0,002

* Se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney
** Se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis

8. Discusión

El reingreso frecuente a unidad de salud mental se ha visto asociado con diversos factores, sin embargo, de manera particular, este fenómeno no se ha podido explicar de manera uniforme debido a la gran variedad de enfoques metodológicos con los cuales se ha abordado. El presente estudio de prevalencia analítica basado en el análisis de registros de historia clínica como fuente secundaria información, arrojó algunos datos concordantes con lo publicado, pero también se rescatan algunos datos controversiales y otros novedosos, enfatizando en la necesidad de análisis estadísticos complementarios debido a las características diferenciales de los individuos que reciben atención en la USM objeto de estudio.

Se expone de manera novedosa la asociación entre el evento de interés y el deterioro de redes de apoyo económicas e instrumentales, además, se encontró evidencia de asociación entre el número de reingresos a USM y el sexo del individuo, la falta de adherencia al manejo ambulatorio, el uso de líneas avanzadas de tratamiento y la presencia de cualquier comorbilidad psiquiátrica especialmente de consumo sustancias psicoactivas. Los anteriores son hallazgos concordantes con lo publicado, al menos a nivel local como fue concluido por Herazo et.al (1) y Campo et.al (3).

Por fuera del ámbito local, por ejemplo, en estudios conducidos en Reino Unido (7), China (17) o Italia (18), se presentan explicaciones diferentes para el mismo fenómeno. Esta discordancia se explica por las características sociodemográficas de la población y las diferencias en cuanto a diseños metodológicos, tamaños de muestra y estandarización de definiciones operativas (1). A pesar de lo anterior y para lo observado en este trabajo, se rescata una plausibilidad biológica y clínica. En la población estudiada los hombres presentan mayor cantidad de reingresos debido a la mayor carga de enfermedad mental que presentan respecto a las mujeres (16,17), además de ser más prevalente la comorbilidad de consumo de sustancias psicoactivas en el sexo masculino (23% vs. 5.4%). Por esto también es lícito justificar la asociación protectora de no presentar comorbilidades psiquiátricas para tener una menor cantidad de reingresos hospitalarios. Las fallas en la adherencia al tratamiento ambulatorio explican las reactivaciones sintomáticas de manera directa: la evidencia a favor de la

eficacia y seguridad de los tratamientos de mantenimiento actuales es contundente (9,12,16).

Durante el análisis preliminar, fue llamativo que una de las variables de mayor expectativa, el tipo de aseguramiento del individuo no presentó ninguna asociación estadísticamente significativa. Ya que se confirmó su naturaleza confusora, el análisis estratificado evidenció que, dentro de los individuos con régimen especial de aseguramiento, se cumplía la asociación entre las variables previamente descritas con la adición del estado civil como un factor de riesgo para presentar mayor cantidad de reingresos lo cual presenta uniformidad respecto a lo reportado en la literatura (2,5). En el grupo complementario, el régimen convencional de aseguramiento, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas. Estos hallazgos implican una modificación inicial ficticia del efecto de esta variable sobre el número de reingresos hospitalarios, ratificando su naturaleza confusora. En la tabla 5 se presentan los resultados por los estratos generados.

La propuesta de esta asociación también es novedosa y de gran utilidad para la atención de los usuarios de la Institución Prestadora de Servicios en salud. De manera estructural, el régimen especial de aseguramiento presenta limitaciones en cuanto a oportunidad, cobertura y oferta de servicios especializados que el régimen convencional no suele presentar en la misma magnitud. Estas diferencias, que fundamentalmente son de índole administrativa y económica, son suficientes para explicar lo observado y posiblemente se presente una mejoría del indicador de reingresos hospitalarios si se tratan desde el ámbito organizacional de las aseguradoras.

Este estudio presentó limitaciones. Se anota que los resultados obtenidos no permiten establecer causalidad ya que se evaluaron, de manera retrospectiva, tanto la variable desenlace como las variables de interés en el mismo momento. Se sugiere que esta causalidad sea comprobada con otros estudios de enfoque metodológico que así lo permita. De igual forma, se condujo en una Unidad de Salud Mental en específico, que, en relación con lo ya mencionado, se caracteriza por la atención de pacientes pertenecientes a una demografía particular. Por lo tanto, los datos quedan circunscritos

exclusivamente al sitio de estudio, sin esto significar poca utilidad práctica: los datos han sido compartidos con la IPS, con el personal que en ella labora y con las EAPB en convenio con la finalidad de fomentar cambios estructurales en las mismas y así promover la mejoría de las estadísticas de reingresos.

Los datos fueron recopilados de una fuente secundaria, ya que se revisaron historias clínicas que son sujetas un registro subjetivo. Algunas de las variables, principalmente la evaluación de las redes de apoyo y la presencia de eventos vitales estresores, presentan también una alta carga de subjetividad y de variabilidad interobservador. Al momento de realizar su registro en la historia clínica, no se contaba con un instrumento o escala validada para evaluar la calidad de las redes de apoyo ni la presencia de los eventos estresores. Únicamente se contaba con el registro de la valoración rutinaria por el servicio de Trabajo Social intrahospitalario para establecer esta calidad, además del relato de ingreso del paciente para evaluar la presencia eventos estresores.

9. Conclusiones

El presente estudio rescata la asociación entre el sexo del individuo, la falta de adherencia al manejo ambulatorio, el uso de líneas avanzadas de tratamiento, la presencia de cualquier comorbilidad psiquiátrica especialmente de consumo sustancias psicoactivas con la cantidad de reingresos hospitalarios a Unidad de Salud Mental. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en la literatura sobre el tema.

Se exploró la asociación entre las características de las redes de apoyo de los individuos con el fenómeno de reingreso hospitalario, observando que cuando se presentaba mayor deterioro de las redes de apoyo económicas e instrumentales, se presentaban mayor cantidad de reingresos. Adicionalmente, el pertenecer al régimen especial de aseguramiento también aporta mayor probabilidad de presentar reingresos de manera repetida.

Debido a las limitaciones que presenta el actual enfoque, se propone que la realización futura de estudios con preguntas de investigación similares acoja una orientación longitudinal con la finalidad de aportar mayor rigor metodológico.

10. Referencias


1. Herazo MI, Sánchez R, Jaramillo LE. Factores relacionados con el número de rehospitalizaciones en pacientes psiquiátricos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2011; 40(3): 409-419.
2. Sánchez R, Jaramillo L, Herazo M. Factores asociados a rehospitalización temprana en psiquiatría. *Biomédica*. 2013;33(2):276-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i2.705>
3. Ordóñez I, Peña D. Frecuencia y características de pacientes con reingreso temprano en el hospital mental universitario de Risaralda en los años 2011 a 2013. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira; 2015.
4. Campo NM, Cardona LM, López JC, Pacheco R. Frecuencia y determinantes de reingreso hospitalario en pacientes con trastorno mental grave. *IJEPH*. 2019; 2(1):1-8. DOI: 10.18041/2665-427X/ijeph.1.5499
5. Hamilton JE, Passos IC, de Azevedo Cardoso T, Jansen K, Allen M, Begley CE, Soares JC, Kapczinski F. Predictors of psychiatric readmission among patients with bipolar disorder at an academic safety-net hospital. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016; 50(6): 584-93. DOI: 10.1177/0004867415605171
6. Passos IC, Mwangi B, Vieta E, Berk M, Kapczinski F. Areas of controversy in neuroprogression in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2016; 134(2): 91-103. DOI: 10.1111/acps.12581
7. Evans L, Harris V, Newman L, Beck A. Rapid and frequent psychiatric readmissions: associated factors. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2017; 21: 271–6. DOI: 10.1080/13651501.2017.1324037

8. Singh D, Agusti A, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, Celli B, et.al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD science committee report 2023. GOLD. 2023. pp 38 – 41. DOI: 10.1183/13993003.00164-2019
9. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11a ed. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Lippincott Williams and Wilkins; 2015.
10. Lewis KL, Fanaian M, Kotze B, Grenyer BFS. Mental health presentations to acute psychiatric services: 3-year study of prevalence and readmission risk for personality disorders compared with psychotic, affective, substance or other disorders. *BJPsych Open*. 2019;5(1): e1 – 7. DOI: 10.1192/bjo.2018.72
11. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. 1ª ed. España: Editorial médica panamericana; 2014.
12. Palacio C, Toro A. Fundamentos de medicina: psiquiatría. 6a ed. Medellín, Colombia: ECOE Ediciones; 2018.
13. Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res*. 2007; 34(2): 137-50. DOI: 10.1007/s11414-007-9055-5
14. Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011; 45(7): 578-85. DOI: 10.3109/00048674.2011.585452
15. Ministerio de salud y protección social. Encuesta nacional de salud mental, tomo 1. 1ra ed. Bogotá, Colombia: COLCIENCIAS; 2015. pp 88 – 94.

16. Gómez-Restrepo C. *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. 4 ed. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2018.
17. Han X, Jiang F, Tang Y, Needleman J, Guo M, Chen Y, et al. Factors associated with 30-day and 1-year readmission among psychiatric inpatients in Beijing China: a retrospective, medical record-based analysis. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1): 1 - 12. DOI: 10.1186/s12888-020-02515-1
18. Tedeschi F, Donisi V, Salazzari D, Cresswell-Smith J, Wahlbeck K, Amaddeo F. Clinical and organizational factors predicting readmission for mental health patients across Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020; 55(2): 187–96. DOI: 10.1007/s00127-019-01766-y

11. Anexos

Consentimiento informado institucional

 Hermanas Hospitalarias CLÍNICA LA INMACULADA	SISTEMA GESTION DE CALIDAD	HO - AH - IGHS-FT- 001
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Versión: 03 Controlado: Si x No <input type="checkbox"/>

Fecha: ___/___/___ Hora: ___ Nombre del(a) paciente: _____
Identificación: _____ Sexo: ___ Edad: ___ años Dirección de residencia: _____
Teléfono: _____

Yo Paciente o Nombre de Acudiente _____ identificado(a) con No. _____ he sido informado(a) por el Dr. (a) _____ con registro médico No. _____ de forma clara y entendible que padezco o padece mi familiar de un diagnóstico de _____ cuyo cuidado y tratamiento requieren de un manejo intrahospitalario, en donde recibiré tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y comunitario. Durante este tiempo seré atendido(a) por el equipo de la Clínica la Inmaculada en los servicios de Psiquiatría, Psicología, Trabajo social, Terapia ocupacional, Enfermería y Nutrición, así como personal en formación, recibiendo apoyo de otras áreas según mi condición lo requiera y se valore pertinente, la intervención propuesta para mi tratamiento tendría los propósitos de: recuperación y/o estabilización de la enfermedad mental, pudiendo requerir de procedimientos de contención física, verbal y farmacológica,

De igual forma se me ha explicado que durante la intervención y según mi condición, se puede requerir de procedimientos de contención física.

Las complicaciones y riesgos más frecuentes durante la hospitalización son: evasión, lesiones por auto y hetero agresividad, inestabilidad para la marcha, caídas, infecciones, lesiones menores en tejidos blandos, hematomas, sedación, disartria, sialorrea e impregnación.

Me han informado claramente que, por mi padecimiento, presento para mi persona y otros, los siguientes riesgos específicos:

Para el manejo integral podrá ser necesario en algunas ocasiones la solicitud de exámenes de laboratorios de rutina y otros como sustancias psicoactivas, que conlleven a realizar procedimientos como venopunción, recolección de muestra de orina, uso de espéculos, toma de cargas de glucosa, con implicación de riesgos específicos como hematomas, equimosis, multipunción, extravasación, sangrado, lesiones leves locales, infecciones, mareo, náuseas, dolor de cabeza, entre otros.

Adicionalmente, y en la medida de lo posible se han tenido en cuenta mis preferencias y necesidades para plantear la intervención, así mismo he sido informado(a) de las posibles alternativas al tratamiento que se me propone, y se me dio la oportunidad de hacer preguntas y plantear inquietudes, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente.

De la misma forma, he sido informado(a) que:

1. Tengo derecho a recibir información sobre los métodos, riesgos y fines de posteriores intervenciones.
2. En caso de terapias especiales se pedirá mi consentimiento expreso o el de un familiar a cargo.
3. Puedo retirar mi consentimiento si mi condición de salud lo permite y así lo estimo adecuado, siguiendo el procedimiento establecido por la Clínica la Inmaculada para tales efectos.

Como consecuencia de haber entendido lo arriba enunciado y considerando mi situación actual, he decidido por medio del presente documento y a través de la firma del mismo, autorizar al Dr.(a): _____ y a los asistentes de su elección en la Clínica la Inmaculada, que durante el tiempo de tratamiento realicen en mi persona las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y comunitarias que hagan parte de la atención en salud requerida para el manejo de mi condición. Así mismo autorizo el uso de mis datos clínicos para fines académicos, en donde se protegerá mi anonimato, mi confidencialidad y mi intimidad.

Nota: Cuando se trate de un menor de edad, o el paciente no esté en capacidad para otorgar el consentimiento, será la persona que lo representa, la encargada de firmar el presente documento.

Paciente: Nombre, CC y Firma _____

Testigo: Nombre, CC y Firma _____

Acudiente: Nombre, CC y Firma _____

Parentesco: _____

Adicional a la firma del presente consentimiento, autorizo a HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, para realizar el tratamiento de mis datos personales, de acuerdo a su clasificación en los términos de la Ley de Protección de Datos Ley 1581 de 2012.

Carta de aval del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO SALA DE CIENCIAS DE LA VIDA

MIEMBROS

CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA
MÉDICO CIRUJANO; MSc. EPIDEMIOLOGÍA
PRESIDENTE

ALIX ROCIO BARRIOS MÉNDEZ
MÉDICO, MSc. EN EPIDEMIOLOGÍA
SECRETARIA TÉCNICA

GLEIDY VANESSA ESPITIA
FONOAUDIÓLOGA, MSc Y PHD EN CIENCIAS

RAMON FAYAD NAFFAH
LIC. EDUCACIÓN; PHD MATEMÁTICAS

JAID CONSTANZA ROJAS
BACTERIÓLOGA; MSc. SALUD PÚBLICA;
MSc. BIOÉTICA

KATHERIN QUINTERO PARRA
QUÍMICA FARMACÉUTICA

ANDREA TORRES RUIZ
INGENIERA BIOMÉDICA; MSc ING. ELECTRÓNICA Y
DE COMPUTADORES

DAVID HERNANDO BARBOSA
MÉDICO; ABOGADO; MSc. ADMINISTRACIÓN DE
EMPRESAS; PHD CIENCIAS DE LA DIRECCIÓN

RODRIGO CABRERA PÉREZ
BIÓLOGO; PHD EN CIENCIAS MÉDICAS

YENNY MARCELA BARRETO
ENFERMERA; MSc. EN SALUD PÚBLICA;

MARTHA ISABEL BAUTISTA DUEÑAS
AUXILIAR ADMINISTRATIVA



DVO005 2460-CV1792

Bogotá D. C., 23 de octubre de 2023

Doctor

NICOLAS RAMOS RUBIO

Investigador Principal

Estudio: **“Reingresos hospitalarios a unidad de salud mental y sus factores asociados en un centro de atención de la ciudad de bogotá entre los años 2019-2022”.**

Bogotá, D. C.

Respetado Investigador,

El día 12 de octubre de 2023, se realizó sesión en el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario (CEI-UR), para evaluar los aspectos éticos de su proyecto de investigación. Asistieron los siguientes miembros que cumplen con el quorum mínimo deliberativo de cinco personas:

- Carlos Enrique Trillos Peña, Presidente
- Alix Rocio Barrios Méndez, Secretaria Técnica
- Yenny Marcela Barreto
- Andrea Torres Ruiz
- David Hernando Barbosa
- Katherin Quintero Parra
- Rodrigo Cabrera Pérez

Una vez revisada su solicitud, el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario (CEI-UR) APRUEBA la realización del proyecto de investigación, junto con la documentación anexa.

El CEI-UR dispensa la firma de Consentimiento Informado, por tratarse de una investigación retrospectiva y sin riesgo, de acuerdo con lo establecido en el Título II, Capítulo 1, Artículo 16, Parágrafo Primero de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Fecha de recepción del protocolo: 27 de septiembre de 2023



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO SALA DE CIENCIAS DE LA VIDA

MIEMBROS

CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA
MÉDICO CIRUJANO; MSc. EPIDEMIOLOGÍA
PRESIDENTE

ALIX ROCIO BARRIOS MÉNDEZ
MÉDICO, MSc. EN EPIDEMIOLOGÍA
SECRETARIA TÉCNICA

GLEIDY VANESSA ESPITIA
FONOAUDIÓLOGA, MSc y PhD EN CIENCIAS

RAMON FAYAD NAFFAH
LIC. EDUCACIÓN; PHD MATEMÁTICAS

JAIID CONSTANZA ROJAS
BACTERIÓLOGA; MSc. SALUD PÚBLICA;
MSc. BIOÉTICA

KATHERIN QUINTERO PARRA
QUÍMICA FARMACÉUTICA

ANDREA TORRES RUIZ
INGENIERA BIOMÉDICA; MSc ING. ELECTRÓNICA Y
DE COMPUTADORES

DAVID HERNANDO BARBOSA
MÉDICO; ABOGADO; MSc. ADMINISTRACIÓN DE
EMPRESAS; PHD CIENCIAS DE LA DIRECCIÓN

RODRIGO CABRERA PÉREZ
BIÓLOGO; PHD EN CIENCIAS MÉDICAS

YENNY MARCELA BARRETO
ENFERMERA; MSc. EN SALUD PÚBLICA;

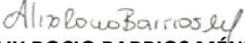
MARTHA ISABEL BAUTISTA DUEÑAS
AUXILIAR ADMINISTRATIVA



Para el Comité de Ética es importante acompañarlo durante la ejecución del estudio. Por favor no dude en contactarnos en caso de tener alguna inquietud o de necesitar apoyo para el análisis de alguna situación específica. De igual forma le recomendamos notificar cualquier modificación en la ejecución del estudio no expuesta en la aprobación inicial del proyecto.

El concepto queda registrado en el acta N° 515 del CEI-UR.

Cordialmente,


ALIX ROCIO BARRIOS MÉNDEZ
Secretaria Técnica.
(CEI-UR)



c.c. Archivo
Proyectó: Martha Isabel Bautista

Este comité se rige por los lineamientos jurídicos y éticos del país a través de las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social. Igualmente, se siguen los acuerdos contemplados en la declaración de Helsinki (Fortaleza, Brasil 2013) y de la Conferencia Internacional de Armonización para las Buenas Prácticas Clínicas. Recuerde visitar nuestra página web, en donde encontrará información actualizada de los procedimientos del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario, así como cursos en ética de la investigación de acceso libre.
<https://urosario.edu.co/investigacion/comite-de-etica-en-investigacion>

Tabla 5: análisis bivariado estratificado por tipo de aseguramiento

Tabla 5: análisis bivariado estratificado por Tipo de Aseguramiento		
VARIABLES INDEPENDIENTES	VALOR P EN REGIMEN ESPECIAL	VALOR P EN REGIMEN CONVENCIONAL
Sexo*	0,005	0,261
Estado civil**		
Global	0,045	0,992
Soltero vs. Casado	0,022	0,999
Red de apoyo económica*	0,012	0,166
Red de apoyo instrumental**		
Global	0,004	0,108
Adecuada vs. Regular	0,058	
Adecuada vs. Deficiente	0,014	
Adherencia al tratamiento**		
Global	< 0,001	0,384
Completa vs. Nula	0,003	
Parcial vs. Nula	0,003	
Naturaleza del tratamiento*	0,001	0,310
Sin comorbilidad psiquiátrica*	0,012	0,434
Comorbilidad: consumo de sustancias psicoactivas*	0,021	0,070
<p>* Se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney ** Se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis</p>		

Tabla 6: regresión lineal para la var. respuesta: # de reingresos

Tabla 6 : regresión lineal para la var. respuesta: # de reingresos		
VARIABLES INDEPENDIENTES (NIVEL DE REFERENCIA)	COEFICIENTE DE REGRESIÓN (β)	VALOR P
Sexo (masculino)	-2,28	0,004
Red de apoyo económica (adecuada)	3,04	< 0,001
Red de apoyo instrumental (adecuada)		
Regular	2,37	0,003
Deficiente	7,33	< 0,001
Adherencia al tratamiento (nula)		
Completa	-3,38	< 0,001
Parcial	-3,44	< 0,001
Naturaleza del tratamiento (primera línea)	2,15	0,006
Ausencia de comorbilidad psiquiátrica (sí)	2,31	0,017
Comorbilidad: consumo de sustancias psicoactivas (no)	2,94	0,003

Gráfica 1: distribución del número de reingresos

