

Factores pronósticos del reingreso en urgencias de salud mental.

Prognostic factors for readmission to mental health emergencies.

Alba Verdugo Martínez y Juan Jesús Muñoz García.

Residentes de Psicología Clínica. Hospital San Juan de Dios, Ciempozuelos. Madrid.

Resumen: El perfil de personas que acuden a urgencias de salud mental es heterogéneo. El objetivo del presente estudio fue conocer qué variables influían en acudir por segunda vez a urgencias de un hospital de salud mental. Se realizó un análisis de supervivencia sobre las variables sociodemográficas y clínicas. Se realizó una regresión de Cox para averiguar los factores de riesgo. Los resultados mostraron diferencias significativas en función del diagnóstico con mayor probabilidad de recurrencia para los trastornos emocionales. Se encontró que los antecedentes a urgencias, el diagnóstico principal y el número de hospitalizaciones eran factores de riesgo mientras que la probabilidad se reducía si el motivo de consulta se relacionaba con cuestiones emocionales. Se expone la necesidad de tener en cuenta aspectos clínicos en el análisis de la recurrencia de urgencias de salud mental. Así, una perspectiva contextual podría favorecer la comprensión de este fenómeno y facilitar la implementación de medidas de atención que tengan en cuenta estas cuestiones.

Palabras clave: urgencias, salud mental, análisis de supervivencia, recurrencia, diagnóstico.

Abstract: The profile of people attending mental health emergency departments is heterogeneous. The aim of the present study was to determine the variables influencing second visits to the emergency department of a mental health hospital. A survival analysis was performed on sociodemographic and clinical variables. Cox regression was performed to determine the risk factors. The results showed significant differences according to diagnosis with a higher probability of recurrence for emotional disorders. History of ED visits, main diagnosis and number of hospitalisations were found to be risk factors while the likelihood was reduced if the reason for consultation was related to emotional issues. The need to take clinical aspects into account in the analysis of the recurrence of mental health emergencies is discussed. Thus, a contextual perspective could favour the understanding of this phenomenon and facilitate the implementation of care measures that take these issues into account.

Keywords: emergencies, mental health, survival analysis, recurrence, diagnosis, diagnosis.

Las políticas actuales de salud pública se enfrentan a un importante reto: responder al aumento de la demanda asistencial con una respuesta de calidad. Parte de dicha demanda corresponde al fenómeno de la hiperfrecuentación o puerta giratoria (1). Si bien se vio potenciado por los movimientos de desinstitutionalización debido a la imposibilidad de abarcar con los recursos existentes la externalización de algunos de los usuarios de las unidades de larga estancia (2) actualmente el uso repetido de los recursos de salud responde a cuestiones contextuales que no pueden ser comprendidas desde el reduccionismo del análisis de individual. Sin embargo, es aquí donde la literatura existente ha centrado su atención. Resulta difícil realizar una aproximación al concepto debido a la inexistencia de una operativización del fenómeno, que deriva en definiciones con diversos criterios de inclusión. Muestra de ello es que el número de visitas a urgencias puede oscilar entre 2 y 5 en un periodo que abarca

desde un año hasta los 36 meses (3,4). Aun así, se estima que un 10% de la población total que acude a urgencias consume un 30% de los recursos sanitarios (5). La falta de unificación en la definición provoca que, a pesar de los esfuerzos, no se obtengan resultados homogéneos acerca de los factores asociados al incremento en las visitas a urgencias (6,7).

La hiperfrecuentación en dispositivos de salud mental apenas ha sido estudiada. Las investigaciones se han centrado en urgencias hospitalarias generales o centros de atención primaria, donde se ha asociado a la interacción de variables personales tales como la edad, la adherencia al tratamiento o a comorbilidades físicas (8, 9). Con respecto a los diagnósticos en salud mental, destacan aquellos del espectro psicótico y trastornos de la personalidad (5,10) existiendo resultados contradictorios en torno a los trastornos emocionales (6). En entornos de salud mental parece que el perfil hiperfrecuentador responde en su mayoría a hombres (11, 12, 13), jóvenes (11, 14, 13) que tienen mayor probabilidad de tener un diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico o TP (11, 13, 12). Acerca de la involuntariedad de los ingresos, la literatura no los relaciona con la hiperfrecuentación mientras que los ingresos voluntarios podrían suponer, en algunos casos, un intento de alivio del malestar ante situaciones de la vida cotidianas que potenciarían el regreso a las urgencias (5).

Desatender el análisis de las características propias de la siguiente visita a urgencias conlleva una pérdida de información que podría ser relevante en el fenómeno de la puerta giratoria. El presente estudio tiene como finalidad contribuir al conocimiento de la hiperfrecuentación en urgencias en un servicio de salud mental analizando el tiempo hasta una segunda visita a urgencias y las variables que están implicadas en ellas.

Método

Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectivo. Para ello se incluyeron a todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la Clínica Nuestra Señora de La Paz (CNSP) entre enero y diciembre de 2022. Los requisitos de inclusión fueron acudir a urgencias y ser mayor de 17 años. Como criterio de exclusión se estableció aquellos que fueron derivados de otros hospitales para ingreso o quienes acudían a solicitud de la propia clínica para ingreso programado. Se recogieron las entradas en el programa informático *Ticare*s asociadas a urgencias durante el año de seguimiento y la información de anteriores visitas. Posteriormente, se agruparon por número de historia obteniendo así la muestra total.

Para la recogida de datos se elaboró una base de datos donde se recogieron variables sociodemográficas como la edad y sexo, así como la fecha de la primera y segunda visita (si se daba el caso) a urgencias. Se anotó el motivo principal de consulta y el diagnóstico asignado en la primera visita codificándolo como trastorno emocional, trastorno del espectro psicótico o trastorno de la personalidad, según fuese el caso. Con respecto al historial previo en urgencias se recogió de manera cuantitativa mediante el número total de visitas y se creó una variable categórica que recogiese si la persona tenía o no visitas anteriores al servicio de urgencias. Además, se tuvo en cuenta el haber tenido un ingreso hospitalario en la primera visita, así como el número de éstos en todas las visitas previas que tuviese la persona. Por último, se incluyó una variable categórica donde se indicaba la voluntariedad o no del ingreso. En consonancia con la literatura previa se creó una variable dicotómica denominada "normofrecuentadores" donde se englobaba como tal a aquellas personas con un historial de 4 o menos visitas.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 1532 personas que acudieron a los servicios de urgencias de psiquiatría de la clínica Nuestra Señora de La Paz, al menos una vez, en el año 2022. El rango de edad estuvo entre 18 y 97 años (Md=43) siendo la edad más frecuente 18 años ($n=98$, 6.4%). En cuanto al sexo, un 63.5% ($n=973$) fueron mujeres. El diagnóstico más común fue el trastorno del espectro psicótico ($n=656$; 42.8%), seguido por los trastornos emocionales ($n=580$; 37.9%) y los trastornos de

personalidad en último lugar ($n = 296$; 19.3%). El motivo de consulta más frecuente fueron cuestiones relacionadas con aspectos emocionales ($n = 1202$; 84.3%) seguido por descompensaciones de la psicopatología de base ($n = 176$; 11.5%).

Del total de la muestra, un 80.3% ($n = 1230$) tuvo una única visita, seguida de dos ($n = 201$; 13.1%), siendo el máximo de visitas en el año de 12 ($n = 1$; 0.1%). Estableciendo el punto de corte en 4 ó más visitas para ser considerado hiperfrecuentador, el 3.3% ($n = 51$) se clasificó en esta categoría. El 70.2% ($n = 1076$) no tuvo como resolución de la urgencia el ingreso hospitalario, frente al 26.2% ($n = 402$) que ingresó una vez. El número máximo de ingresos fue de cinco ($n = 1$; 0.1%). De las personas que tuvieron al menos un ingreso, el 24.5% ($n = 375$) se produjo en la primera visita a urgencias y, de ellos, un 34.7% ($n = 130$) fue en régimen de involuntariedad. Más de la mitad de la muestra ($n = 845$; 55.2%) tenía antecedentes de visitas en años anteriores en las urgencias del hospital, de los que el 66.4% ($n = 561$) tuvieron una única visita, el 25.2% ($n = 213$) tuvieron dos, seguidas por cinco visitas ($n = 24$; 2.8%). En la Tabla 1 se recogen los datos segmentados en función del grupo diagnóstico.

Análisis de datos

En primera instancia se calcularon los estadísticos descriptivos para los datos sociodemográficos y las variables relacionadas con las visitas a urgencias. A continuación, se llevó a cabo una estimación de la función de supervivencia de los participantes a través del análisis de Kaplan Meier(14) para estudiar la ocurrencia de regresar a la urgencia tras la primera visita. Para ello se tuvo en cuenta la diferencia en el tiempo de seguimiento para cada caso y el diagnóstico asociado a cada persona. Se estableció como evento la segunda visita por parte de una persona al servicio de urgencias, codificando el tiempo entre ambas en meses.

Tras analizar la tendencia de visitas se realizó una regresión de Cox(15) para estimar los riesgos proporcionales relacionado con las visitas a urgencias. Dado que investigaciones previas sugieren el efecto de las variables demográficas y clínicas como posibles variables explicativas de la frecuentación repetida en urgencias, se analizó la relación entre tener una segunda visita y dichas variables. Para ello se calcularon pruebas X^2 y U de Mann-Whitney dada la no normalidad de las variables cuantitativas. Los análisis revelaron que no existían relaciones estadísticamente significativas entre aquellas personas que tenían una o 2 o más visitas a urgencias en la edad, que la resolución de la primera visita sea un ingreso o el sexo, pero sí para el número de visitas en los años previos a urgencias ($U = 93627$, $p < .001$), tener antecedentes en urgencias ($X^2 (1, N = 1532) = 53.554$, $p < .001$), el número de hospitalizaciones previas ($U = 134696$, $p < .001$), el diagnóstico principal ($X^2 (2, N = 1532) = 91.061$, $p < .001$), el motivo de consulta ($X^2 (2, N = 1532) = 23.478$, $p < .001$) y la involuntariedad del ingreso en la visita a urgencias ($X^2 (1, N = 375) = 43.612$, $p < .001$). Por tanto, estas cinco variables fueron incluidas en el modelo de Cox con el objetivo de controlar el efecto que pudiesen tener en la relación con la frecuentación repetida. Se estimaron también los tamaños de efecto mediante la V de Cramer para las variables que obtuvieron diferencias significativas (Tabla 2).

Para estudiar los tiempos de espera se llevó a cabo una tabla de mortalidad tanto para la muestra global como estratificada por el diagnóstico principal. Para el análisis de datos se empleó el paquete estadístico SPSSv28.

Resultados

Frecuentación de urgencias: función de supervivencia

Teniendo en cuenta la muestra global, la proporción de segundas visitas a urgencias al finalizar el intervalo del primer mes fue de .88, revelando que existe un 12% de probabilidades de que una persona vuelva a acudir en el mes siguiente tras su primera visita, mientras que la probabilidad es

del 20% para el sexto mes. La distribución de los tiempos de espera para la segunda visita difería significativamente entre sí en función del diagnóstico de la persona ($X^2(1, N=1532)=33.36, p<.001$). Destaca cómo la probabilidad aumenta de una manera más notable en los trastornos emocionales (ascendiendo desde un 13% en un primer mes hasta el 30% en el sexto mes) y en el espectro de la psicosis (donde la probabilidad en el primer mes es del 6% y 12% en el sexto mes) mientras que en los trastornos de personalidad (donde la probabilidad al mes y a los seis meses es de 13% y 19%, respectivamente) el ascenso es menor y menos pronunciado en el tiempo. Aun con ello, las diferencias son significativas entre los todos los grupos de comparación de diagnóstico, a saber, trastornos emocionales y psicosis ($X^2=75.51, p<.001$), psicosis y trastornos de la personalidad ($X^2=14.40, p<.001$) así como trastorno de la personalidad y emocionales ($X^2=14.78, p<.001$). La Figura 1 permite ver cómo la curva de supervivencia referente a los trastornos emocionales desciende más abruptamente que las relativas a trastornos de personalidad y del espectro psicótico, mostrando este último una estabilidad en la pendiente a partir del octavo mes.

VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS A LA FRECUENTACIÓN

La regresión de Cox permitió estimar el impacto de las variables relacionadas con las visitas a urgencias obteniendo un mejor ajuste del modelo global ($X^2(10)=313.612; p<.001$). El modelo reveló la pertinencia de incluir las variables relacionadas con tener antecedentes en urgencias, así como el número, el diagnóstico principal y el número de hospitalizaciones previas (Tabla 3). Como puede observarse, tener antecedentes en urgencias ($OR=.540$) así como un mayor número de éstas ($OR=.027$) se asociaron tener una segunda visita a urgencias durante el año, siendo por tanto factores de riesgo. También se asocian con un mayor riesgo el número de hospitalizaciones previas ($OR=.678$). En lo que respecta al diagnóstico principal, todos ellos se mostraron significativos si bien su relación con una segunda visita a urgencias es diferencial. Una etiqueta de trastorno emocional se asoció con un mayor riesgo ($OR=.458$) mientras que el riesgo disminuía si se contaba con un trastorno del espectro psicótico ($OR=-1.086$) o trastorno de la personalidad ($OR=-.535$). En relación al motivo de consulta que propició la primera visita a urgencias, sólo se encontró significación para las como *cuestiones emocionales* siendo una variable que disminuía en riesgo de regresar una segunda vez a urgencias ($OR=-1.206$).

DISCUSIÓN

Los datos revelan que existe un determinado número de personas que acude por segunda vez a urgencias que, si bien no es un porcentaje mayoritario (19.6%) muestra una probabilidad considerable de regresar en el siguiente mes a la primera visita. Resalta cómo este fenómeno se halla tanto en la muestra total como segmentada por diagnósticos, si bien se encuentran diferencias en la distribución de la segunda visita a urgencias en función de si se trata de trastornos del espectro psicótico, de la esfera emocional o se consideran trastornos de personalidad.

Los datos no sugieren diferencias en edad y sexo entre quienes acuden una única vez y quienes vuelven a las urgencias de salud mental. En relación a la conducta de hiperfrecuentación, los datos no son esclarecedores y si bien existen estudios que encuentran tanto influencia del sexo con una mayor frecuencia por parte de las hombres (9, 11, 12) y con menor edad (11, 14), nótese que no pueden realizarse comparaciones entre los resultados aquí hallados y los existentes en investigaciones previas, ya que aquí la comparación se realiza entre quienes acuden o no una segunda vez.

En nuestro estudio tampoco se han encontrado diferencias entre quienes acuden una única vez y quienes lo frecuentan dos o más veces en relación al hecho de ingresar en la primera visita, algo que no se ha estudiado por el momento por lo que no puede compararse con estudios previos. Podría inferirse, en relación a estos estudios, que no existiría un componente funcional de los ingresos por el que se estableciese un mecanismo de aprendizaje de evitación, o ganancia, derivado de dichos ingresos. No obstante, es necesario tener en cuenta que, si bien no hay diferencias en tener o no un ingreso en la primera visita, sí existen en visitas anteriores, teniendo un mayor número de ingresos

hospitalarios quienes vuelven a acudir a urgencia. Explicar esta diferencia requiere de un mayor análisis que pueda permitir dilucidar qué variables entrar en juego para que, longitudinalmente hablando, aparezcan diferencias significativas.

El hecho de que el motivo de consulta no resulte pertinente para explicar la segunda visita a urgencias, a excepción de las cuestiones emocionales, y sin embargo el diagnóstico sea relevante en el análisis de supervivencia requiere una mayor investigación. Podría hipotetizarse que los resultados equiparan a un mismo riesgo de probabilidad cuestiones consideradas, desde clasificaciones diagnósticas, más adaptativas o emocionales y aquellas situadas dentro del espectro de trastorno mental grave. Así, se pone de manifiesto la importancia de las perspectivas transdiagnósticas o conceptualizaciones dimensionales en la conceptualización de las urgencias de salud mental.

Los datos demuestran una influencia mayor de variables relacionadas con el contexto clínico y asistencial, ya sea número de ingresos o diagnóstico, en comparación con variables individuales como la edad o el sexo. Teniendo en cuenta que el objetivo de este estudio es realizar un análisis de supervivencia estudiando la primera y la siguiente visita, destaca el peso mayoritario de variables contextuales. Así, estudios posteriores habrán de profundizar sobre qué está sucediendo en el ambiente próximo de la persona para que se desencadene una nueva visita a urgencias. Solo con ello se podrá avanzar en la comprensión del fenómeno de la puerta giratoria y se podrán implementar intervenciones eficaces que tengan en cuenta la primera y segunda visita, en lugar de establecer el punto de corte a partir de la cuarta, quinta o sucesivas.

La investigación ha puesto el foco en el individuo, centrándose en las variables individuales que predicen este comportamiento, olvidando el contexto en el que la persona se mueve y cómo las características de los recursos sanitarios pueden influir (17). Es necesario considerar aspectos más allá del número de visitas a urgencias y factores sociodemográficos asociados a la persona. Entender la complejidad del fenómeno conlleva averiguar el motivo por el que acude una persona en repetidas ocasiones a urgencias. Qué expectativas tiene que no son resueltas; en definitiva, cuál es la función detrás de la topografía denominada "hiperfrecuentación". Sin embargo, se ha obviado su estudio como un fenómeno dinámico e interactivo con el contexto. Dada la premura que una atención a urgencias requiere y la carga asistencial que se soporta en los hospitales de salud mental, también ha de ser entendible la prioridad de recogida de información. No obstante, ha de explorarse una solución que no suponga una carga más a los profesionales que ya están y que atiende, como la investigación está poniendo de manifiesto, dicha información con la atención que requiere para realizar una devolución de manera funcional con las variables contextuales integradas. En esta dirección se considera fundamental la inclusión del Psicólogo Clínico como personal integrado en el equipo de atención a urgencias de salud mental. La literatura ha analizado en gran medida el fenómeno de la hiperfrecuentación. Sin embargo, no es común el empleo del análisis de supervivencia para estudiar este suceso. Así, se han tenido en cuenta análisis que recogen un momento temporal específico y se ha estudiado qué variables aumentaban la probabilidad de pertenecer a una categoría (hiperfrecuentador) o a otra (normofrecuentador). Estos resultados, si bien nos ofrecen una imagen global del fenómeno pero que, debido a su diseño donde categorizan dos clases de sujetos en función de un punto de corte en el número de visitas, se pierde información relativa a las visitas previas a urgencias antes de ser considerado hiperfrecuentador.

A pesar de los resultados, el presente estudio cuenta con limitaciones, Debido a la esperable escasez de la muestra perteneciente a la clase "evento", esto es, quienes acuden de nuevo a la urgencia, no se ha podido calcular la mediana, lo que implica una importante pérdida de información estadística. Realizar estudios que suplan esta deficiencia será fundamental para observar si los hallazgos del presente estudio son generalizables a muestras de mayor número. Así mismo, no se ha tenido en cuenta el motivo de consulta de la segunda vez que se acude a urgencias, dato que podría ayudar a incrementar el conocimiento de las diferencias aquí halladas entre ambas muestras.

Los datos recogidos muestran solo las visitas realizadas a la Clínica Nuestra Señora de La Paz, no pudiendo tener constancia de aquellas personas que durante el tiempo de seguimiento acudiesen al servicio de urgencias de su hospital de referencia. La integración de la información relativa a servicios

públicos, concertados y privados es una cuestión aún por mejorar en el sistema de salud. Además, no se han recogido datos sobre cuestiones económicas, aspecto que podría tener influencia dado el perfil de personas que acudirían a esta Clínica.

Así, con este estudio se pretende profundizar en el intervalo que sucede entre la primera visita a urgencias y la siguiente, así como las variables que pueden aumentar la probabilidad de que esta segunda visita se produzca.

Contacto: Alba Verdugo Martínez ✉ alba.verdugo@sjd.es

Hospital San Juan de Dios - Ciempozuelos.

Avda. San Juan de Dios, 1 • 28350 Ciempozuelos, Madrid.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la muestra total y segmentada por diagnóstico

	Muestra total (n=1532)	Tr. Emocionales (n=580)	Tr. Espectro psicosis (n=656)	Tr. Personalidad (n=296)
<i>Edad (moda)</i>	43 años	43 años	43 años	38 años
<i>Sexo</i>	63.5% mujeres	66% mujeres	62.8%	60.1%
<i>Motivo consulta</i>	84.3% Cuestiones emocionales	94.8% Cuestiones emocionales	73.6% Cuestiones emocionales	87.5% Cuestiones emocionales
<i>Antecedentes urgencias</i>	55.2%	65.5%	45.1%	57.1%
- Una	66.4%	59.7%	76.7%	63.3%
- Dos	25.2%	30%	20.6%	22.5%
<i>Ingreso en primera visita</i>	24.4%	25.9%	24.5%	21.6%
- Involuntario	34.7	1.3%	78.3%	3.1%

Tabla 2. Diferencias entre quienes tienen una y dos visitas a urgencias

	Una visita (n=1232)	Dos o más visitas (n=300)	Estadístico	Tamaño del efecto
<i>Edad</i>	44.05 (19.253)	45.11 (18.430)	U=177183	.219
<i>Ingreso</i>	No=74.8% Sí=25.2%	No=78.7% Sí=21.3%	X ² (1, N=1532)=1.995	.036
<i>Sexo</i>	Mujeres=63.8% Hombres=36.2%	Mujeres=62.3% Hombres=37.7%	X ² (1, N=1532)=.224	.012
<i>Antecedentes urgencias</i>	Sí=50.6% No=49.4%	Sí=74% No=26%	X ² (1, N=1532)=53.554**	.187
<i>Número visitas</i>	.60 (.683)	2.26 (5.583)	U=93627**	.996
<i>Hospitalizaciones previas</i>	1.87 (.437)	.70 (.872)	U=134696**	.389
<i>Diagnóstico</i>	Emocional=32.5% Psicosis=42.8% TP=19.3%	Emocional=60% Psicosis=20.7% TP=19.3%	X ² (2, N=1532)=91.061**	.244
<i>Motivo consulta</i>	Emocional=82.7% Descompensación=13.14% Conducta suicida=3.4% Otros=.4%	Emocional=91% Descompensación=3.7% Conducta suicida=4.7% Otros=.7%	X ² (2, N=1532)=23.478**	.124
<i>Ingreso involuntario</i>	45.6%	24.7%	X ² (1, N=375)=43.612**	.169

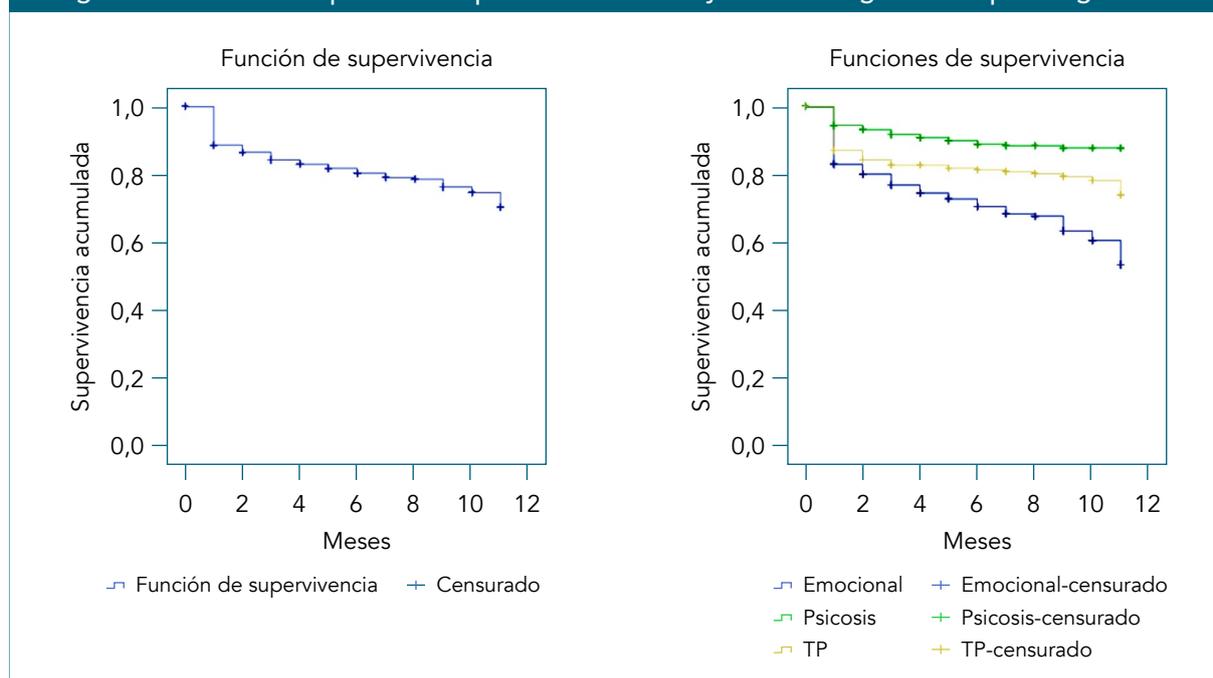
**p<.001

Tabla 3. Regresión de Cox

	Beta (est)	SE	IC 95%
<i>Antecedentes urgencias</i>	.540**	.006	1.314-2.240
<i>Número visitas anteriores</i>	.027**	.006	1.015-1.040
<i>Hospitalizaciones previas</i>	.678**	.067	1.728-2.244
<i>Diagnóstico</i>			
- Tr emocional	.458**	.226	.209-.545
- Tr psicosis	-1.086**	.245	.434-.791
- TP	-.535**	.153	
<i>Ingreso involuntario</i>	-.309	.217	.479-1.124
<i>Motivo de consulta</i>			
- Emocional	-1.206**	.312	.163-.552
- Descompensación	.154	.278	.676-2.013
- Conducta suicida	.387	.713	.364-5.956
- Otros	-7.450	141.482	.263-1.563

**p<.001

Figura 1. Gráfico de supervivencia para muestra total y muestra segmentada por diagnóstico



Referencias

- Martín BA, Kedward HB, Eastwood MR. Hospitalización por enfermedad mental: evaluación de las tendencias de admisión de 1941 a 1971. *Rev Asoc Med Can.* 1976; 115:322–5.
- Oyffe I, Kurs R, Gelkopf M, Melamed Y, Bleich A. Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: cross sectional study. *Croat Med J [Internet].* 2009;50(6):575–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3325/cmj.2009.50.575>
- Vinton DT, Capp R, Rooks SP, Abbott JT, Ginde AA. Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. *Emerg Med J [Internet].* 2014;31(7):526–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2013-202407>
- Castillo EM, Brennan JJ, Killeen JP, Chan TC. Identifying frequent users of emergency department resources. *J Emerg Med [Internet].* 2014;47(3):343–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.03.014>
- Di Lorenzo R, Sagona M, Landi G, Martire L, Piemonte C, Del Giovane C. El fenómeno de la puerta giratoria en un pabellón psiquiátrico de agudos italiano. *Rev Enferm Nerv Ment.* 2016;204(9):686–92.
- Fonseca Barbosa J, Gama Marques J. The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry [Internet].* 2023;69(5):1075–89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/00207640221143282>
- Koparal B, Ünler M, Utku HÇ, Candansayar S. El fenómeno de la puerta giratoria y factores relacionados en la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar y otros trastornos psicóticos. *Psichiatri Danub.* 2021;33(1):18–26.
- Napoli G, Garzitto M, Magliulo V, Carnemolla R, Anzallo C, Balestrieri M, et al. Changes in revolving-door mental health hospitalizations during the COVID-19 pandemic: A 5-year chart review study. *J Clin Med [Internet].* 2023;12(7):2681. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12072681>

9. Guerra P, Bouza R, Concha V, Ibáñez C, López MM. Hiperfrecuentación en Urgencias Hospitalarias de Salud Mental: Estudio caso-control. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95(1).
10. Morlino M, Calento A, Schiavone V, Santone G, Picardi A, De Girolamo G. Uso de servicios psiquiátricos hospitalizados por parte de usuarios habituales: resultados de una encuesta nacional en Italia. *Eur Psychiatry*. 2011;26:252–9.
11. Schmidt M, Ekstrand J, Bengtsson Tops A. Clinical profiles and temporal patterns of psychiatric emergency room visitors in Sweden. *Nord J Psychiatry*. 2017;72(3):197-204. doi: 10.1080/08039488.2017.1417477.
12. Schmoll S, Boyer L, Henry J, Belzeaux R. Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique. *Encephale*. 2015;41(2):123-129. doi: 10.1016/j.encep.2013.01.002.
13. Ledoux Y, Minner P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2006;41(2):115-121. doi: 10.1007/s00127-0050010-6.
14. Sirotych F, Durbin A, Durbin J. Examining the need profiles of patients with multiple emergency department visits for mental health reasons: a cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(5):777-786. doi: 10.1007/s00127-016-1188-5.
15. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric Estimation from Incomplete Observations. *J Am Stat Assoc* [Internet]. 1958;53(282):457. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2307/2281868>
16. Cox DR. Regression models and life-tables. *J R Stat Soc* [Internet]. 1972;34(2):187–202. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2517-6161.1972.tb00899.x>
17. Tyler N, Wright N, Waring J. Intervenciones para mejorar el alta de la atención hospitalaria de salud mental adulta aguda a la comunidad: revisión sistemática y síntesis narrativa. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:1–24.