



BUAP

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA.

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado

***“FACTORES ASOCIADOS AL INGRESO Y REINGRESO
HOSPITALARIO DE PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR TIPO I.***

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

PSIQUIATRÍA

PRESENTA :
Dr. Octavio García Zárate.
CVU 1228500

DIRECTOR DE TESIS
Dra. Minou del Carmen Arévalo Ramírez.

ASESOR METODOLOGICO
Dr.
José Gaspar Rodolfo Cortés Riveroll.

H. PUEBLA, PUEBLA OCTUBRE 2021

ÍNDICE.

I.	RESUMEN	4
II.	ANTECEDENTES	5
II A.	ANTECEDENTES GENERALES.....	5
II B.	ANTECEDENTES ESPECIFICOS.....	15
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
IV.	JUSTIFICACIÓN	28
V.	OBJETIVO: GENERAL Y ESPECIFICOS	29
V A.	OBJETIVO GENERAL.....	29
V B.	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	29
VI.	MATERIAL Y METODOS	30
VII.	ASPECTOS ÉTICOS	33
VIII.	RESULTADOS	34
IX.	DISCUSIÓN	50
X.	CONCLUSIONES	55
XI.	REFERENCIAS	57

DEDICATORIA

I. RESUMEN ESTRUCTURADO

“FACTORES ASOCIADOS AL INGRESO Y REINGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR TIPO I”.

Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

Octavio García Zárate (octavio.gz@hotmail.com), Dra. Minou del Carmen Arévalo Ramírez,
José Gaspar Rodolfo Cortés Riveroll.

INTRODUCCIÓN: La rehospitalización temprana en unidades de salud mental es la necesidad de hospitalización de un paciente en los primeros 30 días tras el alta. Se relaciona con un peor pronóstico e impacto en la funcionalidad, siendo múltiples los factores asociados.

OBJETIVO: Describir los factores asociados al ingreso y reingreso hospitalario en pacientes con trastorno bipolar tipo 1 en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, del periodo de tiempo entre enero 2021 a julio 2021.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo, unicéntrico y homodémico en expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tipo 1.

RESULTADOS: Se analizaron 64 expedientes, de los cuales el 53.1%, fueron de pacientes del sexo femenino, sin actividad laboral 68.7%, nivel básico de escolaridad 62.4%, residencia en zonas lejanas del estado 59.4%, estado civil soltero 65.5%, heteroagresividad como motivo de consulta 84.3%, promedio de días de estancia 17.5, tiempo transcurrido entre reingresos 102 semanas, 71.8% sin red de apoyo, 100% sin adherencia al tratamiento, 50% comorbilidad con consumo de sustancias y por último, el 3.2% presentó conciencia de su enfermedad.

CONCLUSIONES: Los factores asociados más relevantes y concordantes con otras investigaciones fueron la red de apoyo deficiente, la falta de conciencia de enfermedad, la falta de adherencia al tratamiento y la duración de estancia intrahospitalaria.

PALABRAS CLAVE: Trastorno bipolar, factores, reingreso, riesgo.

II. ANTECEDENTES

II A. ANTECEDENTES GENERALES

El concepto de trastorno mental grave (TMG) surge, en el ámbito de la atención comunitaria en salud mental. Intenta trascender la limitada perspectiva del diagnóstico clínico como base para organizar la atención sanitaria. Bajo este término se incluyen a todos los trastornos mentales de duración prolongada que conllevan la presencia de una discapacidad y una disfunción social como consecuencia de los síntomas de la enfermedad. Cerca del 40.1% de la población adulta ha tenido al menos un trastorno mental, y alrededor del 15.2% de los pacientes han sido hospitalizados por algún evento agudo de TMG. A la complejidad del manejo de estos trastornos y a la deficiencia en la cobertura de atención de los servicios especializados, se suma el impacto económico derivado del tratamiento. En Estados Unidos alcanzó los 148 billones de dólares anuales, mientras que los costos indirectos en países desarrollados son hasta seis veces superiores en comparación con los reportados en países en vías de desarrollo (Nancy Milena Campo Alegría, 2019).

Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar (TB) forma parte de los trastornos mentales graves, el cual es un conjunto heterogéneo de alteraciones que se caracterizan por alteraciones del estado de ánimo y sufrimiento subjetivo. En los estudios de la organización mundial de la salud (OMS) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos, constituyendo una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes (Martínez Hernández, et. al., 2019). Los diversos estudios sobre este trastorno han estimado que su prevalencia oscila entre 0,5 y 5% en población general (Adauto S. Clemente et. al., 2015). El fuerte impacto sobre la función ocupacional y social que tiene este desorden ha llevado a calificarla como una de las enfermedades de mayor discapacidad. Este desorden se caracteriza por su curso cíclico y su gran polimorfismo. Se caracteriza por una alteración del estado de ánimo en el que se aprecian cambios en el nivel de

energía, actividad, y en la habilidad para poder realizar actividades diarias. Se pueden presentar episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos, y el paciente puede estar, durante determinados períodos, eutímico, aunque pueden persistir síntomas interepisódicos. El trastorno bipolar tipo 1 se caracteriza por episodios de manía y depresión. La manía causa impedimento severo en la funcionalidad, incluye síntomas psicóticos, y en todos los casos requiere de hospitalización.

Epidemiología del Trastorno Bipolar

Según la OMS, en octubre de 2015, el 3% de la población mundial (350 millones de personas en el mundo aproximadamente) presentaban trastorno bipolar, presentándose en todas las culturas y razas. Es difícil estimar la incidencia del TB, debido a que éste suele hacerse evidente después de un largo periodo de tiempo durante el curso de la vida. Usualmente no se diagnostica en el primer episodio debido a que en la mayoría de los casos comienza con un episodio depresivo, instaurándose con frecuencia el diagnóstico de depresión monopolar. Se calcula que alrededor del 10% de las personas con depresión desarrollen alguna de las variantes de TB. Un estudio epidemiológico reciente a nivel mundial basado en la iniciativa de encuesta sobre la salud mental propuesta por la OMS, reveló tasas de prevalencia a lo largo de la vida del espectro bipolar de aproximadamente un 2,4%, concretamente del 0,6% para el TB tipo 1, mientras que las tasas de prevalencia anual fueron del 1,5% para el espectro bipolar, particularmente, del 0,4% para el TB tipo 1. Hasta 69% de las personas con TB reciben un diagnóstico inicial incorrecto, y la demora en el diagnóstico adecuado puede alcanzar hasta 9 años o más, con la consecuente dilación de recibir un tratamiento adecuado y el riesgo de ser tratados bajo medicación no apropiada y potencialmente perjudicial. Los síntomas de este trastorno pueden causar daño de las relaciones interpersonales, nivel bajo de funcionamiento en el estudio o en el trabajo, y puede culminar con el suicidio. No obstante, ante un diagnóstico oportuno los pacientes con este trastorno pueden recibir tratamiento y llevar una vida funcional y productiva, con una disminución de la frecuencia, gravedad y duración de los episodios, y disminución del número de ingresos. La intervención

temprana es un paradigma que, si se aplica adecuadamente, puede salvar vidas y prevenir significativamente muchas de las complicaciones clínicas y sociales asociadas al trastorno bipolar; siendo precisamente el objetivo del tratamiento evitar las recurrencias de episodios depresivos y maníacos, la reducción de síntomas residuales y la reducción del riesgo del suicidio; además de lograr el funcionamiento máximo del paciente, disminución de la frecuencia de ciclación, de la inestabilidad del estado de ánimo y los efectos adversos del tratamiento. El TB tipo I se produce aproximadamente igual en ambos sexos, aunque la forma de presentación suele ser diferente entre hombres y mujeres; hay algunos estudios que apuntan a que los hombres suelen presentar más frecuentemente manía unipolar, una edad de inicio más temprana y una mayor duración de los episodios maniacos, mientras que las mujeres tienden a experimentar más episodios con características mixtas y más episodios depresivos (Martínez Hernández et. al., 2019). Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los criterios de un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.

Episodio maníaco

Para el diagnóstico del episodio maníaco debe existir un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días o cualquier duración si se requiere de hospitalización. Durante este periodo existen tres o más de los síntomas siguientes o cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable, en un grado significativo y que representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir.
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas: dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes.

Se considera, además que la alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas y que el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia: droga, un medicamento, otro tratamiento o a otra afección médica. Se destaca que el episodio se debe asociar a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas y el episodio resulta suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Según los criterios del DSM 5 para el diagnóstico de trastorno bipolar I se requiere que se hayan cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco con o sin episodios previos de depresión mayor (American Psychiatric Association, 2014).

La consideración de la evolución y el curso de la enfermedad resulta esencial para su correcto diagnóstico y tratamiento. Se ha calculado que un paciente bipolar presenta alrededor de diez episodios afectivos a lo largo de su vida. Por otro lado, la frecuencia de las recurrencias aumenta a medida que lo hace la cantidad de episodios previos. Asimismo, el número de episodios influye sobre la duración y la gravedad de los episodios subsiguientes y se asocia con una disminución del umbral para la aparición de episodios adicionales y con un aumento del riesgo de demencia a largo plazo. Las tasas de suicidio consumado, los intentos de suicidio y la ideación suicida son más prevalentes en el TB que

en otros desórdenes mentales y suelen darse predominantemente durante el episodio depresivo, con una tasa entre un 10% y 15%. Las principales complicaciones de este trastorno son las derivadas de un curso tórpido, aunque algunas de ellas pueden producirse desde el inicio, entre ellas se encuentran el desarrollo de síntomas psicóticos, de episodios de ciclación rápida, de agresividad, abuso de sustancias, ruptura conyugal, conflictos familiares, pérdidas económicas, deterioro laboral, deterioro de la red social, o la más grave de todas, el suicidio (Martínez Hernández et. al., 2019).

Una revisión sistemática publicada recientemente, que ha analizado el fenómeno clínico de activación en el TB (entendido como un aumento de la actividad y la energía), sugiere que ésta se altera significativamente y de forma independiente al estado de ánimo, concluyendo que las diferencias de activación no son epifenómenos derivados de las variaciones anímicas. Desde esta perspectiva, se aboga por incorporar el fenómeno de activación a las características cardinales del diagnóstico del TB, incluso por encima del estado del ánimo. Es propio del paciente con manía aguda experimentar un aumento de la autoestima, así como sentimientos de grandiosidad, y hay ocasiones en las que, en vez de euforia, los pacientes presentan accesos de irritabilidad. Típicamente, el paciente presenta la percepción de una menor necesidad de descanso nocturno, así como una mayor expansividad del comportamiento, que en muchas ocasiones se acompaña de desinhibición conductual. En los pacientes maníacos, el funcionamiento cognitivo se afecta significativamente, en gran medida por la facilidad de distracción y el flujo de ideas incontroladas y aceleradas que presentan. En relación con el control de impulsos, hasta el 75% de los pacientes con manía aguda se muestran agresivos y amenazantes. También la alteración del juicio y la introspección suelen verse alteradas, lo que conduce a menudo a la negación y falta de conciencia de enfermedad. El habla de estos pacientes suele verse perturbada, presentando típicamente presión del habla, con logorrea y taquilalia. Conforme el estado de manía se intensifica, pueden perderse las asociaciones gramaticales, volviéndose cada vez más laxas; pueden surgir neologismos o hacerse evidente la fuga de ideas que

experimenta el paciente. En casos extremos de manía, el lenguaje puede llegar a tornarse parcial o totalmente incoherente. A menudo muestran preocupación por ideas religiosas, políticas, sexuales o financieras, pudiendo estas adquirir naturaleza delirante. Los síntomas psicóticos se manifiestan en aproximadamente el 75% de los pacientes con episodio maníaco agudo. En cuanto a la ideación delirante, esta puede ser congruente con el estado de ánimo de dicho episodio, siendo su contenido de carácter megalomaniaco, mesiánico o de grandiosidad; o bien incongruentes con el estado anímico, pudiendo aparecer delirios de persecución o de daño. De lo anterior se deriva que, incluso cuando los síntomas psicóticos son incongruentes con el estado anímico, no se puede excluir el diagnóstico de TB. Los pacientes con episodio de manía suelen padecer una considerable repercusión en su funcionamiento personal, social u ocupacional, llegando incluso a requerir ingreso hospitalario por la gravedad de la sintomatología y el difícil manejo de la misma.

Episodio depresivo

Al igual que en la depresión unipolar, los síntomas clave de los episodios depresivos bipolares son el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer mantenida en el tiempo. Cada paciente manifiesta de forma diferente este estado; muchos refieren un dolor emocional o angustia, otros, incapacidad para el llanto. La disminución o falta de energía es un síntoma típico que aparece en más del 95% de los pacientes. Es muy común la alteración del descanso nocturno, concretamente el insomnio de mantenimiento y despertar precoz a primeras horas de la mañana. Por lo general, estos pacientes presentan una disminución del apetito, con frecuencia acompañado de pérdida ponderal. Habrá pacientes que, independientemente de la gravedad de la depresión, experimentarán una sintomatología atípica en forma de hipersomnia y aumento de apetito y de peso. Algunos de los síntomas depresivos más frecuentes son: visión sombría del futuro, retraimiento social, aplanamiento afectivo, baja autoestima, sentimientos de soledad, incapacidad, culpabilidad o de menosprecio hacia su persona e ideación suicida. Los síntomas de ansiedad

psíquica y somática son especialmente comunes en estos pacientes, siendo así, que hasta el 90% de los pacientes con TB experimenta síntomas de ansiedad. Hasta el 10% de los pacientes deprimidos desarrollan alteración del pensamiento, especialmente bloqueos y pobreza del contenido del mismo. Suelen albergar una visión negativa del mundo y de su persona, así como rumiaciones negativas o catastrofistas relacionadas con la culpa, la pérdida, el suicidio o la muerte.

Síntomas psicóticos en el trastorno bipolar

En relación con la sintomatología psicótica, si bien es más frecuente en los episodios de manía, en la depresión bipolar del TB se puede presentar hasta en un 50% de los casos. Si bien la recurrencia episódica es un elemento característico del TB, especialmente en casos de mala o irregular adherencia terapéutica, en la trayectoria natural de la enfermedad también es frecuente que existan fases de remisión sintomática. Por desgracia, muchos pacientes presentan de forma crónica y permanente una serie de síntomas residuales subsindrómicos, los cuales suponen un obstáculo para su recuperación funcional. Esta limitación se suele poner de manifiesto tras el padecimiento de un segundo, tercer o posteriores episodios. Cuando la polaridad de los episodios es de predominio maníaco, es más probable que el primer episodio maníaco se haya presentado a edades tempranas, que se asocie a un trastorno por uso de sustancias y que el diagnóstico definitivo sea TB tipo I.

Historia natural de la enfermedad

En relación con la polaridad anímica en la historia natural del TB, Lludd LI y colaboradores, llevaron a cabo un estudio de seguimiento durante más de 12 años de pacientes diagnosticados de TB tipo I, en el que se registró un estado de eutimia en casi la mitad del tiempo de estudio, estado depresivo en el 31,9%, estado maníaco/hipomaníaco en el 8,9% y síntomas mixtos en el 5,9% del tiempo. Más adelante, este mismo grupo publicó un segundo estudio con una metodología similar, pero con pacientes diagnosticados de TB tipo I. De forma

similar a la anterior investigación, el período comunicado de eutimia se registró en casi la mitad del período de tiempo estudiado. Sin embargo, el estado depresivo abarcó aproximadamente el 52% del tiempo estudiado. Aunque existen pacientes con TB que antes de ser diagnosticados cuentan con una capacidad cognitiva normal e incluso superior a la media, recientes estudios de cognición y neuroimagen han asociado el TB con déficits neurocognitivos relevantes, incluso en los períodos de remisión. En gran medida, esta disminución de la capacidad cognitiva podría explicar el deterioro funcional y global observado en los pacientes con TB. El valor clínico del deterioro cognitivo cobra un especial interés en relación con la evolución y el pronóstico del trastorno, ya que hay datos que sugieren que la alteración de la memoria verbal o de la función ejecutiva podría estar asociada a la presencia de sintomatología psicótica, así como a un aumento del número de episodios maníacos y síntomas subdepresivos.

Los trastornos del humor están asociados a un aumento del riesgo de suicidio y en el TB, la incidencia de suicidio consumado es especialmente alta, llegando a ser hasta más de 20 veces mayor que en la población general, especialmente en los casos no tratados. Se ha estimado que entre un tercio y la mitad de los pacientes diagnosticados de TB llevan a cabo un intento de suicidio al menos una vez en su vida y de estos, entre un 15-20% acaba por consumarlo. Entre los factores clínicos y sociodemográficos asociados a los intentos de suicidio en el TB se encuentra la edad temprana de presentación de la enfermedad, el sexo femenino, el carácter depresivo del primer episodio del trastorno o la polaridad depresiva de la mayoría de los episodios, la presencia de un trastorno de ansiedad, el trastorno de inestabilidad emocional asociado, el trastorno por uso de sustancias comórbido, así como la existencia de antecedente de suicidio en un familiar de primer grado.

El objetivo primordial del tratamiento de los episodios de manía aguda en el TB es la consecución de la más rápida resolución de los síntomas, sin olvidar que la alteración conductual de muchos de estos pacientes en ocasiones puede poner en riesgo su integridad y/o la de las personas cercanas a ellos. En cuanto

a las medidas conductuales en el episodio agudo de manía, se recomienda la disminución de las actividades y la excesiva estimulación, así como la instauración de hábitos estructurados que incluyan un patrón regular de sueño. El abordaje terapéutico de la fase maníaca aguda estará determinado por la intensidad del episodio, así como por el tratamiento previo que haya podido recibir. El tratamiento a largo plazo es de carácter preventivo y combina un abordaje farmacológico, psicológico y educacional en relación con la promoción de un estilo de vida saludable. Debido a la naturaleza crónica y recurrente de la enfermedad, el tratamiento a largo plazo tiene el objetivo de evitar la aparición de episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos o mixtos. Existen dos elementos primordiales para conseguir estos objetivos a largo plazo. El más importante tiene que ver con el desarrollo de una sólida alianza terapéutica entre el clínico y el paciente, necesario para la adecuación de la pauta de tratamiento. Otro elemento fundamental es saber identificar los signos de recaída, así como los estresores particulares que pueden desencadenar un nuevo episodio (Arrieta M et. al., 2019).

Las descompensaciones agudas de la enfermedad requieren con frecuencia una hospitalización, debido a la presencia de síntomas psicóticos, al alto riesgo de conductas suicidas o a las alteraciones de conducta de los pacientes. Aunque existe una variabilidad muy amplia de un paciente a otro, la evolución y el pronóstico en general dependerán del número de recaídas, la duración de estas y el tiempo que el paciente permanezca en eutimia entre episodios. Existe un estudio realizado por Salomon y cols., en el que refieren que la media de episodios de descompensación es de 6 y que el tiempo medio que tarda en recuperarse el paciente es de 13 semanas. La probabilidad de recuperación empeora en pacientes con episodios de ciclación rápida, con inicio brusco y con prevalencia de episodios depresivos. Otros factores que se consideran de mal pronóstico son el consumo de drogas, tener un diagnóstico comórbido asociado, tener un pobre funcionamiento social y personal previo, haber tenido intentos de suicidio, la presencia de síntomas depresivos subclínicos, el inicio temprano de

la enfermedad, el número de reingresos hospitalarios y el empobrecimiento de las funciones ejecutivas y cognitivas. El 60% de los pacientes presentan dificultades laborales, personales y relacionales, y este deterioro psicosocial no aparece únicamente en las fases de descompensación, sino también se observan en las fases de eutimia, no obstante, un 40% recuperan su funcionalidad basal en estados de eutimia. El diagnóstico tiene un alto impacto en los pacientes y en sus familiares, por lo que es importante explicarles bien la enfermedad, que entiendan la clínica y la importancia de saber identificar una nueva recaída, para intentar evitarla o tratar rápido la descompensación. En cuanto a la conciencia de enfermedad, debe estar centrada también en que entiendan la necesidad de tomar el tratamiento correctamente y siempre se debe realizar un abordaje multidisciplinario, ya que el tratamiento en el ámbito psicológico, social y familiar es fundamental (Asensio Aguerri et. al., 2019).

II B. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

La desinstitucionalización es una política bien establecida en los servicios de salud mental en el siglo XXI. La mayoría de los países del primer mundo implementaron políticas que facilitaron el paso a la atención psiquiátrica comunitaria durante las dos últimas décadas del siglo anterior. Sin embargo, algunas de las secuelas de estas políticas sólo ahora son aparentes, lo que permite una mirada más crítica a las premisas en las que se basó inicialmente la desinstitucionalización. Si bien hay dudas de que la motivación detrás del concepto inicial era mejorar la calidad de la atención a los usuarios de salud mental, han surgido consecuencias imprevistas que impactan tanto en esto como en el desarrollo de futuras políticas de salud mental. Esta desinstitucionalización condujo a una reducción drástica del número de camas psiquiátricas para pacientes hospitalizados agudos y subagudos. La intención era que esto fuera acompañado por el establecimiento de instalaciones comunitarias para cuidados intensivos y colocación residencial. Si bien, esta política tuvo éxito en algunos países, muchos otros no lograron establecer los servicios comunitarios necesarios para tratar con los usuarios de atención de salud mental ambulatorios. Además, con la disminución resultante en el número de instalaciones para pacientes hospitalizados, las políticas de admisión en los hospitales psiquiátricos de todo el mundo debían cambiarse. El efecto neto fue que ahora sólo los pacientes más gravemente enfermos podían ser admitidos y mantenidos en el hospital. Debido a la presión sobre las camas disponibles, incluso los pacientes que ingresaron pudieron permanecer en el hospital solo por un breve período y tuvieron que ser dados de alta en unos días o unas pocas semanas después del ingreso, dando el resultado inevitable de que algunos pacientes han tenido que ser dados de alta prematuramente para poder acoger a los que estaban más gravemente enfermos. Esto ha dado lugar para describir a los pacientes con enfermedades mentales graves que ingresan con frecuencia en el hospital y permanecen en el hospital, ya sea sólo por cortos períodos de tiempo (Botha U. A. et. Al., 2009). La literatura no es clara con respecto a la relación entre el resultado hospitalario (es decir, mejoría de los síntomas durante

un ingreso hospitalario) y el reingreso, cuestionando la validez del reingreso como indicador de la calidad de la hospitalización previa (Byrne S. L. et. al., 2010). Se ha estudiado el progreso de las estrategias de desinstitucionalización en varios países y descubrió que, si bien algunas áreas tenían bastante éxito en la provisión de programas comunitarios, incluso allí la implementación no había estado libre de problemas. Los recursos de la comunidad a menudo se vieron desbordados y las manifestaciones de estigmatización se hicieron más evidentes. La escasez de personal y los recursos comunitarios inadecuados dieron como resultado algunas repercusiones inesperadas y no intencionadas, incluidas grandes discrepancias en la prestación de servicios, estigmatización de los pacientes en la comunidad, altos niveles de abuso de pacientes, falta de vivienda y reingresos recurrentes al hospital de pacientes con enfermedades mentales graves. Algunas de las repercusiones de la desinstitucionalización son las altas prematuras, preparación inadecuada para el alta, recursos comunitarios inadecuados, el fenómeno de la puerta giratoria, así como el abuso y la falta de vivienda como secuelas preocupantes (Botha U. A. et. Al., 2009).

Reingreso hospitalario y factores asociados

El reingreso hospitalario o rehospitalización temprana en unidades de salud mental es la necesidad de hospitalización de un paciente en los primeros 30 días tras el alta, principalmente por descompensación recurrente de su enfermedad mental. Este fenómeno se relaciona con un peor pronóstico y tiene impacto en el entorno familiar, social y laboral (Olmos M. et. al., 2021); siendo los hombres jóvenes quienes presentan un mayor riesgo de uso de alta frecuencia y un mayor número de ingresos previos, así como puntuaciones más altas en las medidas de psicosis, siendo esto fuertes predictores de reincidencia (Botha U. A. et. Al., 2009). Los factores sociales y económicos también podrían contribuir a un aumento en la duración de la estancia inicial porque el paciente puede haber ingresado en una etapa posterior en una condición clínica más deteriorada y pasar por una fase de recuperación más difícil (Gastal F. L. et. al., 2000). Atender la estabilidad de la condición clínica y preparar a los pacientes para el alta puede

proteger contra la readmisión temprana. Un historial de ingresos repetidos aumenta el riesgo, lo que sugiere que se requieren esfuerzos especiales para romper el ciclo de la puerta giratoria (Urbin J. et. al., 2007).

Existe evidencia contradictoria sobre el papel del **abuso de sustancias** en el uso de alta frecuencia de los servicios, existiendo relación entre el abuso de sustancias concurrente y la falta de adherencia, siendo ésta última el factor desencadenante principal, cuando el abuso de sustancias contribuye claramente de manera significativa. La recaída a menudo se precipita por la interrupción simultánea de la medicación y el inicio del abuso de sustancias (Botha U. A. et. al., 2009). Los problemas de alcohol y drogas y el incumplimiento de la medicación han resultado los factores más importantes relacionados con la frecuencia de hospitalización, por lo que la prevención de estos comportamientos mediante la educación del paciente puede reducir las tasas de rehospitalización (Thomas W. Haywood et. al., 1995).

Los pacientes con **redes de apoyo deficientes** y entornos sociales desafiantes se mantienen bien durante períodos de tiempo más cortos. La falta de vivienda, vivir solos y los niveles más bajos de educación son factores que aumentan el uso de servicios; además, la gravedad de la enfermedad afecta la frecuencia de utilización del servicio. Las personas con enfermedades psicóticas que tuvieron estadías más prolongadas (especialmente durante el primer ingreso) y puntuaciones más altas en las medidas de psicopatología, parecen tener un mayor riesgo de convertirse en usuario de alta frecuencia. La presión sobre las camas de hospitalización, a causa de la reducción del número de camas, provoca el alta prematura de los pacientes que aún se encuentran inestables, para dar cabida a los más enfermos, perpetuándose aún más el patrón de la puerta giratoria, ya que el preparar adecuadamente a los pacientes para el alta y centrarse en la estabilidad clínica puede proteger contra la readmisión temprana (Botha U. A. et. al., 2009).

La **no adherencia a la medicación** es uno de los principales problemas en el tratamiento de pacientes. Los médicos pueden utilizar una variedad de estrategias de evaluación para identificar a los pacientes que no cumplen,

aunque ninguna de ellas es completamente confiable. Las intervenciones para mejorar la adherencia incluyen estrategias psicosociales, medicamentos de segunda generación e inyectables de acción prolongada (Kane J.M., 2006). Sin embargo, el riesgo de recaída en pacientes que reciben medicación de depósito garantizado sugiere que la recaída no siempre se debe al incumplimiento (Escolar N. R., 2003). La no adherencia y la adherencia parcial son extremadamente prevalentes y contribuyen significativamente a las tasas de recaída, siendo esta cinco veces mayor en los pacientes que no cumplen, habiendo una serie de factores que pueden influir en la adherencia a la medicación, como los efectos secundarios, la comprensión de la enfermedad, la sintomatología psicótica y maníaco-depresiva, así como el abuso de sustancias. El estudio CATIE confirmó que la interrupción de la medicación puede llegar al 74% en 18 meses de haberse iniciado, independientemente del tipo de fármaco utilizado. Las razones citadas con más frecuencia son los efectos secundarios y la ineficacia de la medicación. La falta de adherencia es un componente esencial de la enfermedad y debe considerarse como tal. El enfoque debe estar en el manejo de los síntomas y la mejora de la funcionalidad, en lugar de quedar envuelto en una batalla de voluntades en torno al cumplimiento del tratamiento. Teniendo en cuenta la presión sobre la atención hospitalaria causada por estos usuarios de alta frecuencia, se ha vuelto cada vez más importante comprender los factores que pueden contribuir a este fenómeno, y el reconocimiento temprano de las personas en riesgo puede informar las intervenciones que podrían reducir la prevalencia de la reincidencia. Los niveles de cumplimiento del tratamiento antes de la admisión resultan muy bajos y, a la inversa, el nivel de interrupción de la medicación antes de la admisión muy alto (Botha U. A. et. al., 2009). La remisión es un objetivo realista para los pacientes y, si se puede lograr una remisión sostenida sin recaída, los pacientes pueden lograr la recuperación funcional. Con cada recaída, la recuperación puede ralentizarse y la evolución de la enfermedad puede empeorar. El riesgo de autolesión y daño a otros aumenta con cada episodio. La posibilidad de recaída disminuye si la farmacoterapia continúa sin interrupciones, bajo una estrategia para garantizar

el tratamiento continuo (Kane J.M., 2007). Los hallazgos sobre el papel de la falta de adherencia reflejan los hallazgos de otras partes del mundo que muestran que el cumplimiento de la medicación es generalmente inadecuado y que se necesitan con urgencia nuevas estrategias para mejorar el cumplimiento, siendo la administración asegurada del fármaco un determinante importante del resultado.

Otro determinante importante del estatus son las **altas de crisis**, refiriéndose a una política en la que los pacientes con enfermedades mentales graves son dados de alta del hospital de forma prematura debido a la necesidad de admitir a pacientes más gravemente enfermos; existiendo evidencia de que tales altas de crisis pueden exacerbar el efecto de puerta giratoria en los hospitales psiquiátricos. Los datos muestran que los usuarios de alta frecuencia no solo tienen ingresos más frecuentes, sino que también son egresados mucho antes de cumplir los requisitos en comparación con sus contrapartes de baja frecuencia. Varios factores podrían explicar esto: en primer lugar, puede indicar que recaen antes, siendo su enfermedad más resistente o sensible a los cambios en la medicación. En segundo lugar, también pueden tener una forma más grave de enfermedad con un comportamiento perturbador de temprano inicio, lo que incitaría a los cuidadores a tomar medidas preventivas y apresuradas. Una cuarta posibilidad sería que estos usuarios tengan un acceso más rápido a los servicios de internamiento, ya que invariablemente son bien conocidos en las unidades de internación, mientras que los usuarios de baja frecuencia pueden ser atendidos por más tiempo por los servicios comunitarios, especialmente si parecen menos enfermos en contacto inicial. Estos usuarios son más propensos a presentar alteraciones del comportamiento o agresiones, lo que aceleraría su acceso a las salas de ingreso agudo. El hecho de que se haya informado que el 23% de los usuarios de alta frecuencia son resistentes al tratamiento respaldaría la teoría de que tienen una forma más grave de la enfermedad, y la mayoría de ingresan como pacientes ambulatorios involuntarios; además de que las implicaciones para la elección de medicamentos y los regímenes de tratamiento más complejos pueden afectar su cumplimiento al aumentar la carga de píldoras.

Esto pudiera ser también un reflejo de la presión experimentada por las unidades de hospitalización aguda, en donde los pacientes a menudo están bastante enfermos cuando son admitidos.

En una población de pacientes con enfermedades mentales graves e ingresos recurrentes, uno esperaría encontrar un gran número de usuarios de alta frecuencia en viviendas con apoyo o colocaciones residenciales, pero este no es el caso; y puede especularse que un número significativo de pacientes que aún viven con la familia podría indicar mayor aceptación de las enfermedades mentales en las sociedades en desarrollo; aunque de manera alternativa, puede simplemente indicar una escasez de colocaciones comunitarias disponibles para esta población. Esta mayor carga de cuidados para las familias puede ser uno de los factores que impulsan la puerta giratoria y no cabe duda de que los recursos limitados contribuyen al fenómeno de la puerta giratoria. La vivienda con apoyo adicional puede ofrecer a los usuarios de alta frecuencia la estructura y el apoyo necesarios para hacer frente a sus síntomas y seguir cumpliendo con su medicación, así como la disponibilidad de mejores recursos en la comunidad, situación que pudiera mejorar el cumplimiento del tratamiento y mejorar el contacto continuo entre los servicios de salud mental y los usuarios, desempeñando un papel importante en la reducción de recaídas y readmisiones y en la mejora de los resultados (Botha U. A. et. al., 2009).

Uno de los principales indicadores de la calidad de la atención en pacientes psiquiátricos es la rehospitalización temprana, ya mencionada con anterioridad como **“pacientes de la puerta giratoria”**, definida como, la reinstitucionalización de un paciente, por la misma condición clínica, en los siguientes tres meses del egreso hospitalario. El reingreso en pacientes psiquiátricos crónicos puede llegar a un 66%, estimándose que al menos el 50% de los pacientes que son usuarios habituales de los servicios de hospitalización psiquiátrica se han rehospitalizado durante el primer año del alta hospitalaria. Dentro de los principales determinantes de la rehospitalización temprana, se reportan los relacionados con el comienzo y curso de la enfermedad, las características del cuadro psicopatológico, el tratamiento, el apoyo social y las experiencias vitales (Cecilia

María Díaz Soto, 2016). La variable que demostró la mayor asociación con la rehospitalización fue el uso patológico de sustancias psicoactivas, que es similar a los hallazgos en la mayoría de los estudios. El trastorno bipolar se asocia con una mayor probabilidad de rehospitalización por su alta comorbilidad con esta situación, además de una mayor frecuencia de pacientes separados, divorciados y solteros en el grupo de rehospitalización lo que resulta en una falta de redes sociales que puedan apoyar al paciente en su adherencia al tratamiento y en momentos de crisis, lo que ayudaría a prevenir la hospitalización. Es posible que los estratos sociales más bajos tengan menos apoyo social y recursos financieros, lo que a su vez podría provocar que no pudieran acceder a la asistencia médica al mismo ritmo que aquellos con mayores ingresos, contribuyendo además a la adherencia al tratamiento, ya que menos de un tercio de los pacientes tienen una adherencia completa al tratamiento después del alta (Jaramillo González et. al., 2014).

Las personas con trastorno mental grave se caracterizan por presentar una serie de dificultades que incrementan su fragilidad para hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana y conllevan asociada la necesidad de una ayuda de terceros continuada para poder alcanzar el mayor nivel de autonomía personal posible. Así, muchos de éstos presentan dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento, el mantenimiento de una vivienda digna y adecuada a sus necesidades y deseos, así como el responsabilizarse de la adherencia a la toma del tratamiento. En un estudio realizado con 1,087 ingresos hospitalarios reportados de los cuales se utilizó un total de 531 registros que cumplieron los criterios para ser clasificados como controles y se seleccionaron aleatoriamente 315 registros. Del total de la población hospitalizada en la institución durante el periodo de estudio, el 14.2% presentó al menos un reingreso y solo dos pacientes reingresaron en cuatro ocasiones durante los tres meses siguientes a su egreso por la misma causa, siendo el diagnóstico de trastorno bipolar representado por el 41.9% de estos internamientos, siendo éste el diagnóstico predominante (Nancy Milena Campo Alegría, 2019). La rehospitalización ocurre como producto de una descompensación recurrente de su patología mental y se

ha convertido en un determinante de las deficientes políticas de intervención por parte del estado que garanticen una mejor cobertura en atención primaria, atención secundaria y en rehabilitación psiquiátrica, pero cuando se trata de pacientes psiquiátricos con patología mental crónica, las rehospitalizaciones obedecen a un patrón multifactorial y no se debe relacionar solamente con la calidad de la atención en salud. Este fenómeno está asociado con diferentes factores sociodemográficos, características clínicas y antecedentes personales del paciente (Cecilia María Díaz Soto, 2016). Aunque se pudiera esperar que los hombres tengan mayores tasas de readmisión en general y de readmisión precoz en particular, probablemente por la mayor agitación en las descompensaciones de estos, la mayoría de los resultados no muestran diferencia respecto de género, al igual que en el grupo de edad, que, aunque pudiera ser un factor de mayor riesgo en el mismo sentido descrito para el género, tampoco ha resultado diferente (Weiss M. et. al., 2013).

La rehospitalización debe ser evaluada en el contexto de cada sistema de atención de la salud. La tasa de rehospitalización permite inferir sobre la cantidad de individuos que no se reinsertan de forma adecuada a la comunidad y es un indicador de la calidad de la atención ambulatoria posterior al egreso. El paciente sujeto a rehospitalización entra en un estado cíclico de reingresos que traen como consecuencia no poder participar en actividades productivas o mantener un empleo dignamente, factores que son fundamentales para que el individuo tenga un sentido de satisfacción personal y autonomía. La proporción de pacientes psiquiátricos con empleo está alrededor del 42%, de los cuales el 75.9% tiene largos periodos de desempleo por rehospitalización, impactando e involucrando de manera negativa tanto al paciente, su familia y a las instituciones prestadoras de servicios de salud, así como al sistema de salud en general que enfrenta un desbordamiento en los costos derivados de la atención de dichos reingresos. Las instituciones prestadoras de servicios de hospitalización psiquiátrica se encuentran cada vez más colapsadas, con menor número de camas disponibles y bajo presión administrativa para disminuir los tiempos de estancia; por tanto, sus esfuerzos terapéuticos se centran, principalmente, en

contener la exacerbación aguda de la patología mental y en lograr una rápida reinserción del paciente a su entorno, lo que podría estar relacionado con el fenómeno de la rehospitalización. Algunas rehospitalizaciones son inevitables y evitarlas no es un objetivo directo de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, pero sí lo es, que no ocurran como consecuencia de una mala atención o de un evento adverso asistencial y es aquí que es posible impactar el problema (Cecilia María Díaz Soto, 2016). Se ha encontrado que los predictores significativos para la readmisión psiquiátrica 14 días a cinco años después del alta son esencialmente los mismos, excepto por la edad del paciente y el nivel de acreditación del hospital, destacando además la importancia de los factores socioeconómicos en la predicción de la readmisión (Lin et. al., 2010). Con respecto al motivo de consulta se evidencia que el 31.2% de los pacientes ingresa por exacerbación de síntomas comportamentales, mientras que el 12.8% lo hace por exacerbación de síntomas psicóticos únicamente, el 7.3% por síntomas psicóticos y afectivos, y un 13.8% de los pacientes por intento suicida. El 54.6% de los ingresos no tienen relación con la medicación, mientras que el 27.5% de los pacientes no cuentan con adecuada adherencia al tratamiento; el 12.8% no tiene tratamiento previo, el 2.3% tiene problemas con su entidad prestadora de salud para la administración del medicamento y el 1.8% presenta efectos adversos al tratamiento farmacológico. En cuanto a los factores personales se hace evidente que el 24.3% tiene disfunción familiar, el 10.6% disfunción de pareja, el 7.8% personal y el 1.8% laboral. Cuando se analiza el diagnóstico del egreso se ha encontrado que el 46.8% de los pacientes egresa con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar; y únicamente al 43.3% de estos se les suele referir, una vez dados de alta, al servicio de psicología. Se ha demostrado que el trastorno afectivo bipolar es el diagnóstico en el 29% de los reingresos (Cecilia María Díaz Soto, 2016). En un estudio de 249 hospitales de Florida, de los 10 diagnósticos más comunes que calificaron para sus criterios de readmisiones potencialmente prevenibles, tres fueron diagnósticos psiquiátricos: la esquizofrenia fue el tercero, el trastorno depresivo mayor el quinto y el trastorno bipolar el séptimo (Goldfield et. al., 2008). Numerosos

estudios han examinado los posibles factores de riesgo asociados con la readmisión psiquiátrica. Estos varían con respecto a la mezcla étnica / racial, el nivel socioeconómico, el momento de las evaluaciones y las categorías de diagnóstico evaluadas. Además, el tiempo de readmisión varió en estos estudios desde 30 días, 3 meses, 6 meses y 1 o más. Aunque estas variaciones hacen que las generalizaciones entre los estudios sean problemáticas, hay puntos en común en muchos de los estudios que pueden servir como pautas para mejorar la prestación de atención médica a los pacientes psiquiátricos gravemente enfermos. Los factores de riesgo identificados en estudios entre poblaciones psiquiátricas generales han incluido la presencia de síntomas más severos y mayor deterioro en autocuidado, menor edad en el primer ingreso, uso de restricciones durante la hospitalización, número de ingresos previos, intoxicación por alcohol y suponer un peligro para los demás en el momento de la admisión inicial. En algunos estudios el riesgo de readmisión incluyó el número de ingresos previos, abuso de sustancias comórbidas, incumplimiento de medicación después del alta, no estar en remisión en el momento del alta, y no cumplir con las visitas a la clínica ambulatoria. Un estudio examinó la asociación de factores sociodemográficos, clínicos y posteriores al alta con la readmisión de pacientes psiquiátricos dados de alta de un hospital general ubicado en una zona urbana del condado de Los Ángeles, teniendo como objetivo el identificar los factores de riesgo asociados con el reingreso en un plazo de 15 días y de 3 a 9 meses, evaluando la asociación de las características de los pacientes y las variables clínicas con el reingreso a una unidad psiquiátrica de un hospital general ubicado en un área urbana. El estudio difirió de estudios anteriores en que evaluó la readmisión de pacientes dentro de una ventana de 12 meses, incluidas las readmisiones dentro de los 15 días, 3 a 9 meses, y no readmitidas durante al menos 12 meses después del alta. Los factores de riesgo que diferenciaron a los pacientes reingresados posteriormente dentro de los 15 días posteriores al alta en comparación con los no readmitidos durante al menos 12 meses incluyeron el diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar, que se asoció con una alta probabilidad de reingreso dentro de los 15 días. Dos estudios

previos entre pacientes dados de alta de un hospital estatal encontraron que el trastorno bipolar es un factor de riesgo de rehospitalización (Lorine K. et. al., 2015).

El **estigma** también se ha observado que representa un factor importante que contribuye al riesgo de reingreso hospitalario. El deseo de una familia de mantener a las personas con enfermedades mentales permanentemente hospitalizadas podría contribuir al patrón de readmisión de "puerta giratoria" de sus familiares con trastornos psiquiátricos (Lago A. A. 2012). El alto riesgo de readmisión puede deberse a un conocimiento más pobre de su enfermedad, como resultado, estos pacientes pueden ser menos conscientes de una exacerbación pendiente y de la necesidad de intervención. Es posible que estos pacientes hayan requerido más tiempo para estabilizarse, tanto como pacientes hospitalizados como ambulatorios. Desafortunadamente, durante breves hospitalizaciones, solo se puede iniciar el trabajo de introducción a un plan de recuperación (Lorine K. et. al., 2015). También, la **primera hospitalización en la vida de carácter involuntaria** es un predictor estadísticamente significativo pero débil de más hospitalizaciones psiquiátricas durante la siguiente década (Rosca P. et. al., 2006). Otro factor asociado significativamente con la readmisión temprana fue el **lugar de residencia**. Las probabilidades de readmisión temprana fueron mucho más altas para aquellos que no tenían hogar, que residían en instalaciones de alojamiento y cuidado / residenciales y, en menor grado, aquellos que vivían solos o con miembros que no eran familiares. El **número de hospitalizaciones previas** se asoció con un aumento de las probabilidades de reingreso y cada hospitalización anterior aumentó el riesgo. Este hallazgo se suma a los hallazgos de otros estudios que han demostrado que la hospitalización previa representa un riesgo de readmisión, lo que sugiere que el personal del hospital debe considerar el número de hospitalizaciones previas como un indicador importante para la readmisión y, en consecuencia, asignar recursos clínicos y planificar la atención ambulatoria.

De acuerdo con estudios previos, el género y la raza no predijeron la readmisión temprana, y contrariamente a lo esperado, el incumplimiento de la medicación

para toda la muestra y en todas las categorías de diagnóstico no predijo el riesgo de readmisión temprana; así como tampoco encontraron asociación entre reingreso precoz y estar en estado involuntario en la hospitalización inicial. Este hallazgo es consistente con los hallazgos de un estudio entre pacientes psiquiátricos generales, el cual indicó que un mayor porcentaje de pacientes habían ingresado de forma involuntaria (86%). Los pacientes involuntarios que pueden tener un conocimiento deficiente de su condición no cumplirán después del alta y, como resultado, estarán en riesgo; sin embargo, este hallazgo respalda la utilidad de tratar a los pacientes involuntarios, ya que sus tasas de readmisión son comparables a las de los pacientes ingresados de forma voluntaria (Lorine K. et. al., 2015).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las instalaciones de nuestro hospital -en el servicio de consulta externa-, es constante la solicitud de valoraciones de carácter urgente por pacientes con el diagnóstico de trastorno bipolar tipo 1, los cuales al momento de dicha valoración acuden en total descontrol de su enfermedad, siendo éstos en su mayoría, pacientes ya conocidos por el servicio, que de manera reiterada acuden bajo las mismas condiciones de inestabilidad al poco tiempo de haber sido dados de alta del servicio de hospitalización, siendo necesario en todos los casos la indicación de rehospitalización. Las razones por las cuales estos pacientes presentan este descontrol suelen ser variadas y poco tomadas en cuenta a la hora de indicar el alta domiciliaria una vez estabilizado el cuadro.

Teniendo en cuenta la presión sobre la atención hospitalaria causada por estos usuarios de alta frecuencia, se ha vuelto cada vez más importante detectar y comprender los factores que pueden contribuir a este fenómeno, y el reconocimiento temprano de las personas en riesgo puede informar las intervenciones que podrían reducir la prevalencia de la reincidencia, lo que contribuiría a evitar el deterioro crónico del paciente al disminuir las exacerbaciones de la enfermedad, resultando en una mayor funcionalidad en el paciente y un menor número de reingresos hospitalarios. Por tal motivo es que surgió la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados al ingreso y reingreso hospitalario en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tipo 1 en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano?

IV. JUSTIFICACIÓN.

Actualmente se observa un aumento constante de ingresos y reingresos hospitalarios de pacientes, en su mayoría con trastorno bipolar, los que con frecuencia son traídos por sus familiares en condiciones inestables y con pobre control de su enfermedad. Suponemos que aunque las causas que condicionan el descontrol de la enfermedad y la necesidad de ingreso hospitalario, son variadas, suelen ser constantes en este tipo de pacientes, por lo que su conocimiento y consideración pueden ayudar al clínico para tenerlas en cuenta y lograr, una mayor vigilancia y control de éstos al externarlos, tanto al paciente como a sus familiares o red de apoyo, y con ello contribuir a disminuir su presentación, otorgándole a éstos, por medio de la psicoeducación las herramientas necesarias para su reconocimiento y prevención.

En cuanto a las autoridades sanitarias, esto resulta de gran ayuda pues, al intervenir adecuadamente, disminuirá la cantidad de hospitalizaciones potencialmente prevenibles, dando como resultado una reducción en los gastos y mayor aprovechamiento de los recursos.

Por otro lado, y lo más importante, esto influirá en el control de la enfermedad del paciente a largo plazo, con el beneficio de mejorar su adecuada funcionalidad e integración social al reducir la exacerbación de la enfermedad, causante de un mayor grado de deterioro crónico del paciente, menor respuesta al tratamiento y mayor dificultad en el control de la enfermedad. Así, tanto médicos adscritos, residentes e incluso personal de la salud interesado como enfermería, podrán dimensionar y contar con evidencia para lograr el inicio de estrategias psicoeducativas que aseguren y contribuyan al adecuado control de la patología; dejando la línea de investigación abierta para realizar de manera permanente el seguimiento de dichos pacientes y determinar si, al tomar en cuenta e incidir en éstas causas el paciente presenta menor exacerbación de su sintomatología, mayor control de la enfermedad y disminución de la necesidad de ingresos hospitalarios.

V. OBJETIVO: GENERAL Y ESPECÍFICOS

V A. OBJETIVO GENERAL:

- Describir los factores asociados al ingreso y reingreso hospitalario en pacientes con trastorno bipolar tipo 1 en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano en un periodo de tiempo de enero del 2021 a julio del 2021.

V B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Registrar los factores sociodemográficos (sexo, edad de primer ingreso, ocupación, escolaridad y lugar de residencia) de los pacientes con trastorno bipolar tipo 1 del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano durante enero del 2021 a julio del 2021.
- Determinar el motivo de consulta que amerita ingreso y/o reingreso hospitalario.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO: Escrutinio, transversal, prospectivo, unicéntrico y homodémico.

UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL: El estudio se llevó a cabo en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, en la ciudad de Puebla, durante los meses de enero 2021 a julio 2021.

ESTRATEGIA DE TRABAJO

Se realizó una búsqueda en el archivo clínico del Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano durante los meses de enero 2021 y julio 2021 de los expedientes de pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar tipo I y que fueron hospitalizados. Se realizó una base de datos ad hoc para recolectar información.

MUESTREO

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia,

DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN

Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tipo 1 con ingreso y reingreso hospitalario en el periodo comprendido de enero del 2021 hasta julio del 2021.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionaron todos aquellos expedientes de pacientes que ingresaron con diagnóstico de trastorno bipolar tipo 1, durante el periodo comprendido de enero del 2021 hasta julio del 2021, y que cumplieron con los criterios de inclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tipo 1.
- Lugar de origen indistinto.
- Sexo masculino y femenino
- Mayores de 18 años

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con expedientes clínicos incompletos

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes en los cuales el diagnóstico de trastorno bipolar fue descartado.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Las variables para considerar fueron:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
SEXO	Cualitativa	Hombre Mujer	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.
EDAD DE PRIMER INGRESO	Cuantitativa	Años cumplidos	Años cumplidos registrados en expediente clínico.
ACTIVIDAD LABORAL	Cualitativa	Si No	Actividad laboral o académica
ESCOLARIDAD	Cuantitativa	Ninguna Primaria Primaria trunca Secundaria Secundaria trunca Bachillerato Bachillerato trunco Licenciatura Licenciatura trunca	Rango académico registrado en expediente clínico
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Soltero Casado Unión libre Viudo	Estado civil registrado en el expediente
LUGAR DE RESIDENCIA	Cualitativa	Aledaño No aledaño	Puebla ciudad capital y alrededores (aledaño) Cualquier estado dentro de la república mexicana. (no aledaño)
MOTIVO DE CONSULTA	Cualitativo	Episodio maniaco Episodio depresivo	Razón por la cual el paciente es traído a valoración

INGRESO HOSPITALARIO	Cuantitativa	Si No	Internamiento de una persona en un hospital.
REINGRESO HOSPITALARIO	Cuantitativa	Numero de reingresos	Hospitalización tras un internamiento previo
TIEMPO DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA	Cuantitativa	Días hospitalizado	Lapso en que el paciente permanece bajo internamiento hospitalario
TIEMPO TRASCURRIDO ENTRE CADA REINGRESO	Cuantitativa	Semanas transcurridas	Lapso entre egreso y reingresos
RED DE APOYO	Cualitativa	Si No	Personas que ofrecen soporte al paciente en lo relacionado a su salud
ADHERENCIA A TRATAMIENTO	Cualitativa	Si No	Grado en el cual el paciente sigue las prescripciones farmacológicas según lo indicado.
COMORBILIDAD CON CONSUMO DE SUSTANCIAS	Cualitativa	Si No	Consumo activo de cualquier tipo de droga
CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	Cualitativa	Si No	Conocimiento y aceptación de su enfermedad

ANALISIS DE DATOS

Se realizó estadística descriptiva y mediante la clasificación de las variables y el programa de Excel se consignaron los datos en gráficas pertinentes.

VII.- ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud y Comité de Ética en Investigación. Este estudio está diseñado de acuerdo con los lineamientos anotados en los siguientes códigos:

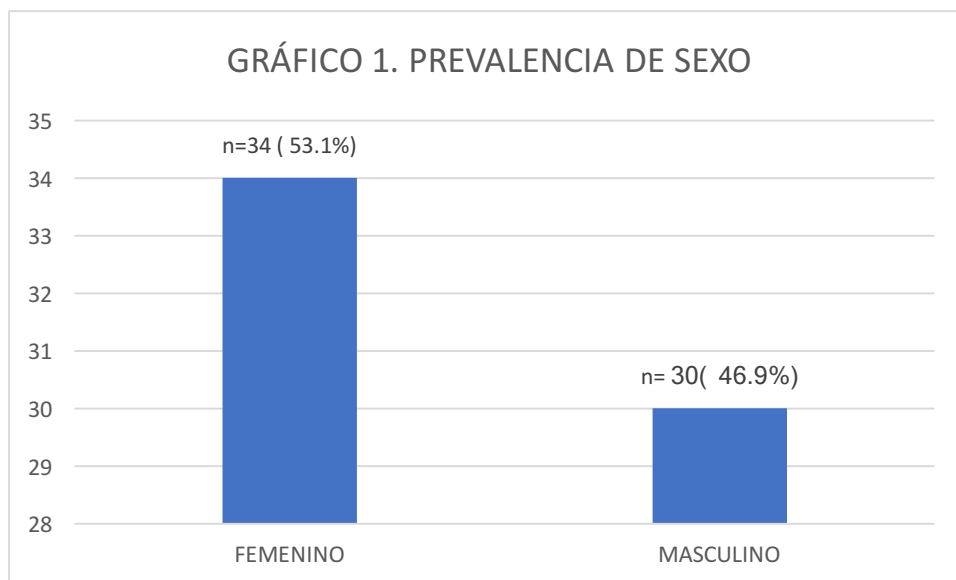
Con base en el Artículo 17, el presente estudio se clasifica como investigación sin riesgo por emplear técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada o intervención sobre variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, utilizando únicamente la revisión de expedientes clínicos.

Con base en el Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, según los artículos 13,14 y 16, este estudio se llevará a cabo cumpliendo las bases que el mismo dicta, ya que se preservará en todo momento el respeto y protección de los derechos de la población participante, así como su privacidad. Así mismo se llevará a cabo por médicos especialistas en el área y tema de estudio contando con la experiencia necesaria, cumpliendo así con lo mencionado en el Título Sexto en su Capítulo Único.

Las bases de datos electrónicas únicamente estuvieron bajo el conocimiento del investigador; no contuvieron datos personales como nombre ni número de expediente sino número progresivo en concordancia con el artículo 16 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Al término de la investigación el archivo electrónico que contenía la información recabada durante toda la investigación fue eliminado.

VIII.- RESULTADOS

Se revisaron un total de 64 expedientes completos de pacientes con diagnóstico de Trastorno bipolar tipo 1, donde se destacó el sexo mujer con 53.1%.



De toda la muestra, se observó que el promedio de edad en el que se requirió de un primer internamiento fue de 30 años, sin observarse gran diferencia en cuanto a la comparación por sexo (media = 29.4 para el sexo masculino; media= 30.6 para el sexo femenino).

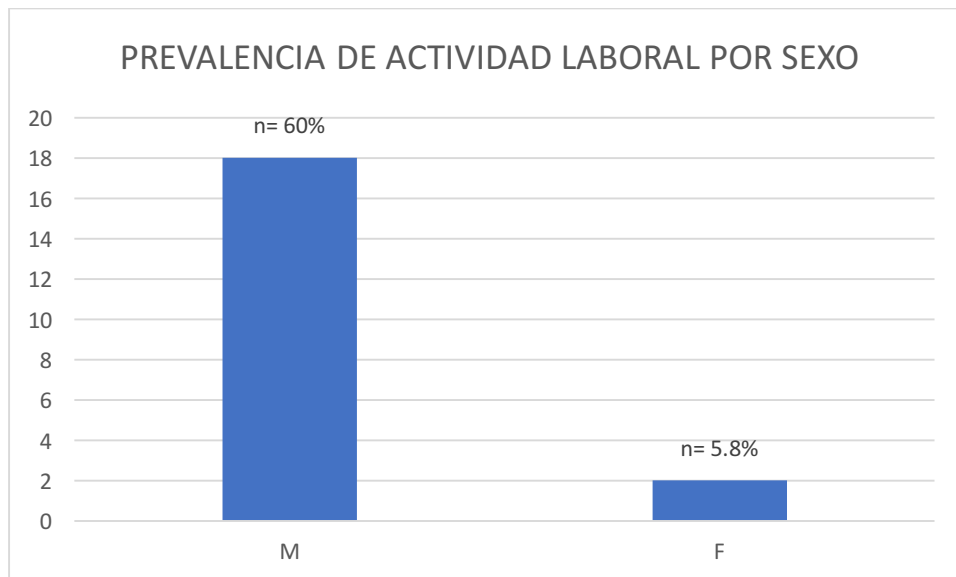
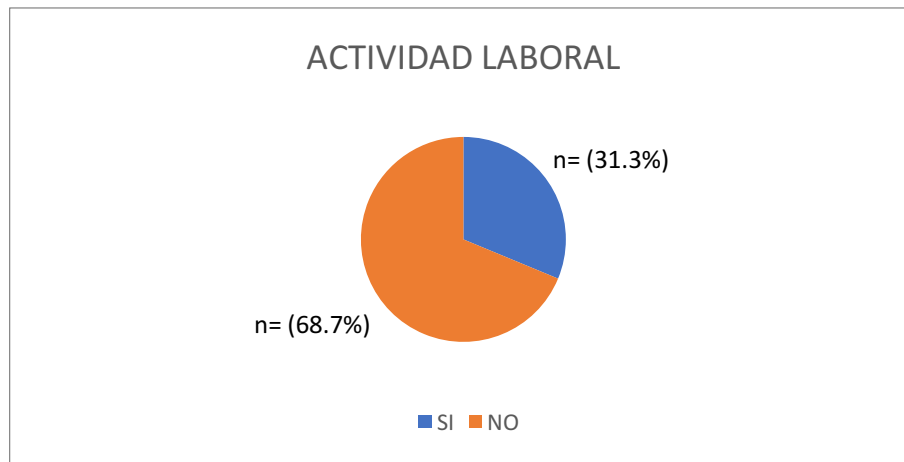
CUADRO 1. EDAD DURANTE EL PRIMER INGRESO.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	EDAD AL INGRESO
MEDIA	30
MEDIANA	27
MODA	35
RANGO	46
MÍNIMO	15
MÁXIMO	51

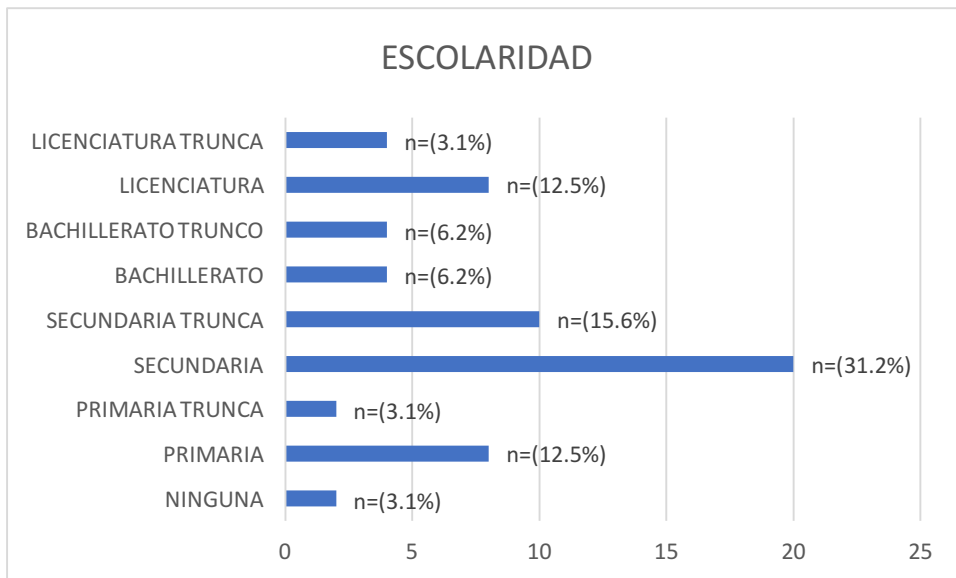
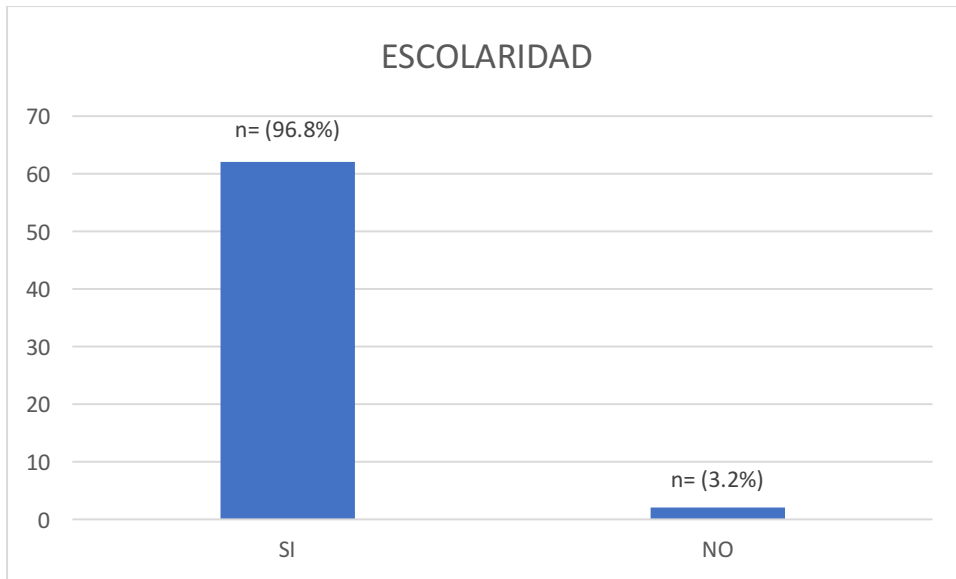
CUADRO 2. EDAD DURANTE EL PRIMER INGRESO SEGÚN SEXO.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	EDAD AL INGRESO	
	HOMBRES	MUJERES
MEDIA	29.4	30.6
MEDIANA	27	29
MODA	49	35
RANGO	32	36
MÍNIMO	17	15
MÁXIMO	49	51

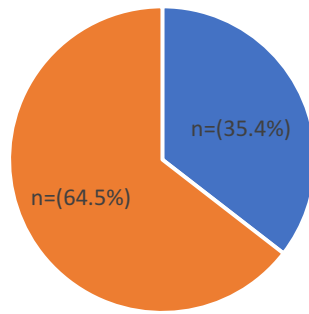
Más de la mitad de pacientes con el diagnóstico de Trastorno bipolar no cuentan con actividad laboral, siendo éstos el 68.7% de los casos analizados. En cuanto a sexo hubo una gran diferencia ya que el 60% de hombres no tenía actividad laboral a diferencia de solo el 5.8% de mujeres.



Se observó un mayor porcentaje de pacientes con algún grado de escolaridad (96.8%), siendo el nivel de secundaria el predominante, con un 31.2% de los datos analizados. De éstos, el 64.5% pudo completar su respectivo nivel académico.

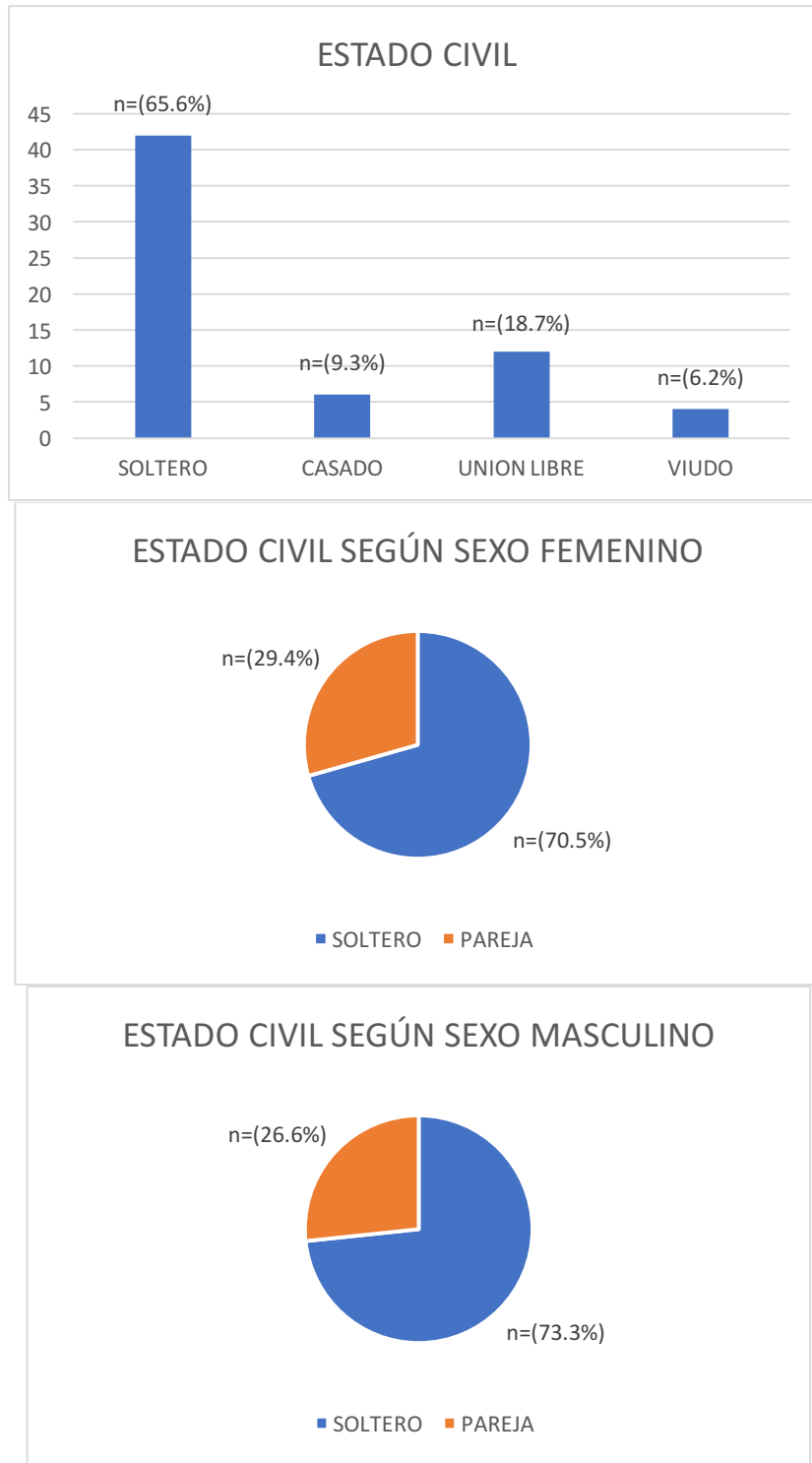


ESCOLARIDAD

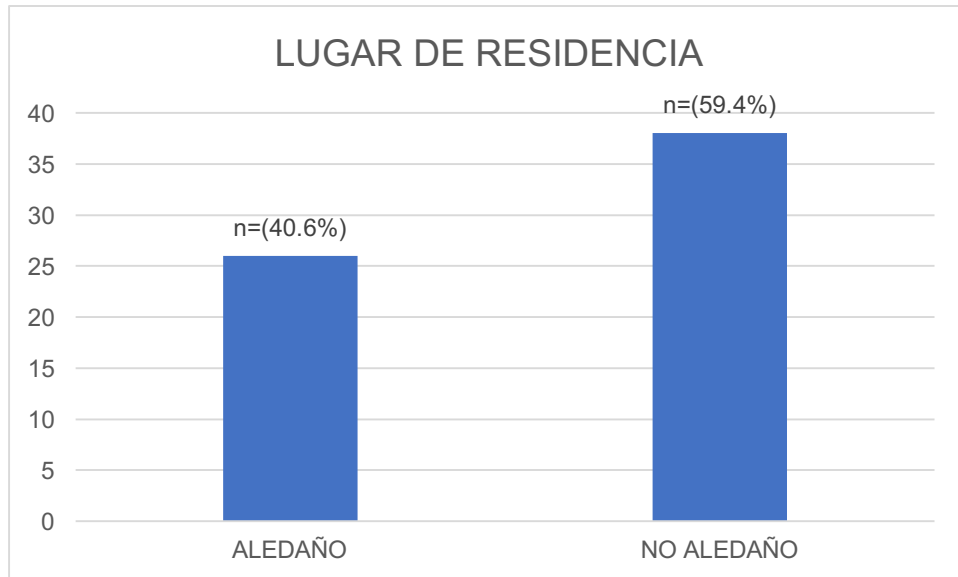


■ TRUNCA ■ COMPLETA

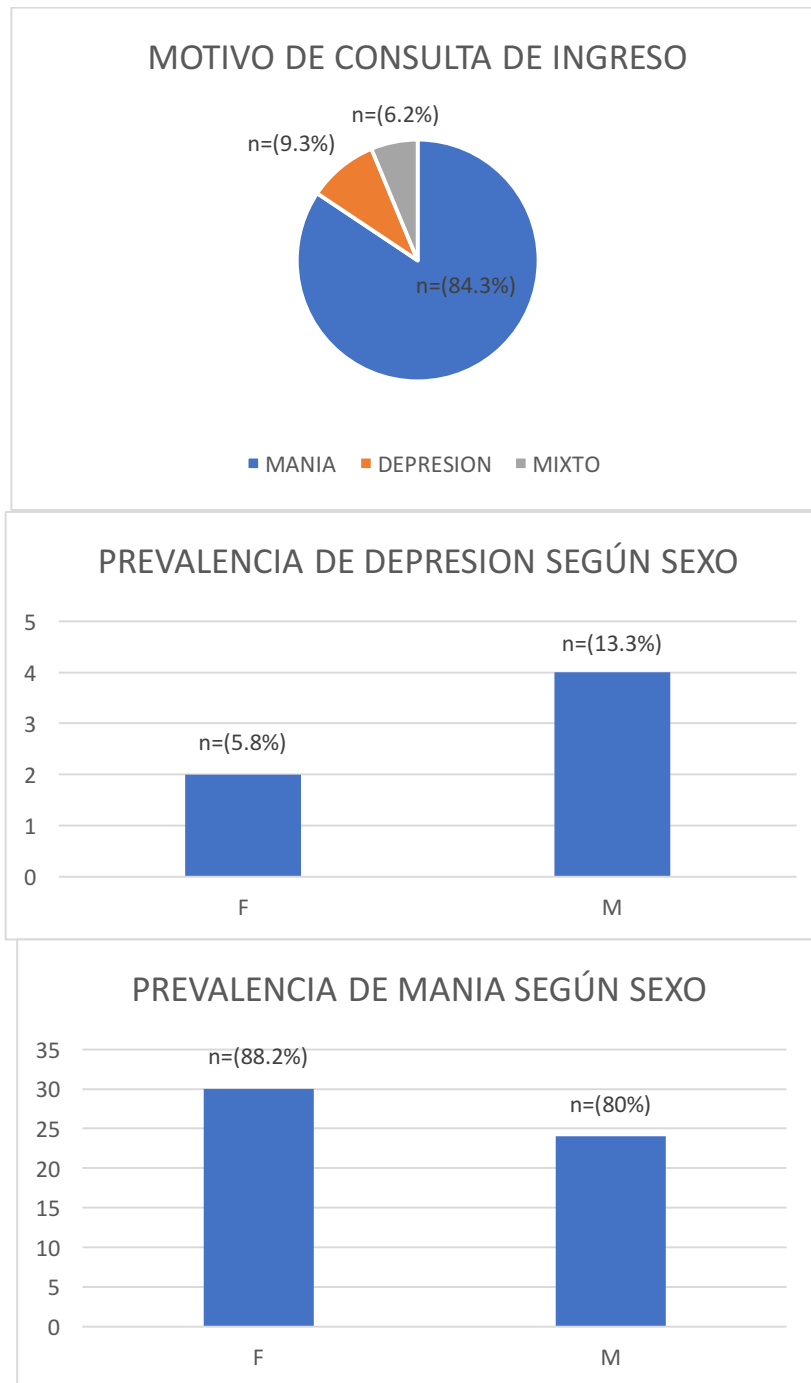
Se observó un mayor porcentaje de pacientes solteros, con un 65.5% de toda la muestra analizada. Al compararlo por sexo, no se encontró diferencia significativa, predominando en ambos el estado de soltería.



De la muestra total, se observó una mayoría en el número de pacientes que residen fuera, en zonas no aledañas al estado de Puebla, representada por el 59.4%



Se observó que el 84.3% presentó sintomatología maniforme al momento de requerir internamiento hospitalario. En cuanto a la diferencia por sexo, se observó mayor prevalencia de sintomatología maniforme al momento del ingreso en el sexo femenino con un 88.2% y una mayoría de sintomatología de carácter depresivo en el grupo del sexo masculino, con un 13.3% de la muestra.



Se observó que existe una diferencia mayor en el número de reingresos en cuanto al sexo femenino (media = 6.2). También se observó que, en comparación con el sexo masculino, todas habían presentado un reingreso hospitalario.

CUADRO 3. NUMERO DE REINGRESOS.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	EDNUMERO DE REINGRESO	
	HOMBRES	MUJERES
MEDIA	2.9	6.2
MEDIANA	1	4
MODA	1	4
RANGO	12	20
MÍNIMO	0	1
MÁXIMO	13	21

Se observó que el promedio de días de estancia hospitalaria, desde su ingreso hasta su egreso fue de 17.5 días, con una frecuencia en la mayoría de los datos analizados de 30 días.

CUADRO 4. DURACION DE ULTIMA ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA (DIAS).

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	TIEMPO TRANSCURRIDO EN DIAS
MEDIA	17.5
MEDIANA	16
MODA	30
RANGO	27

Se observó que el promedio de tiempo transcurrido (semanas) entre reingresos suele ser mayor del que se suele observar en los casos de usuarios de alta frecuencia (media=102 semanas); sin embargo, pudo observarse una diferencia de dicho promedio al compararlos por sexo, siendo menor en el sexo masculino (media=84.2 semanas).

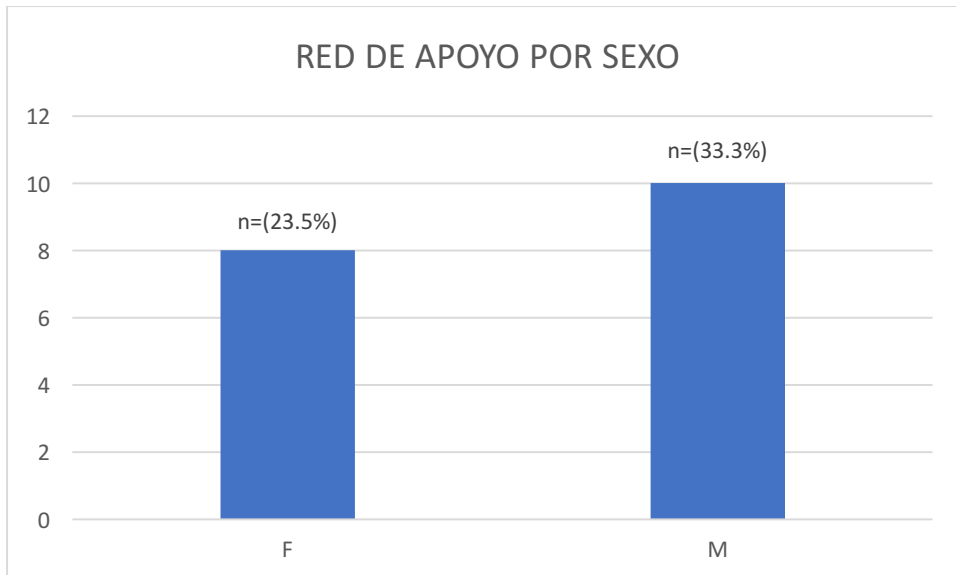
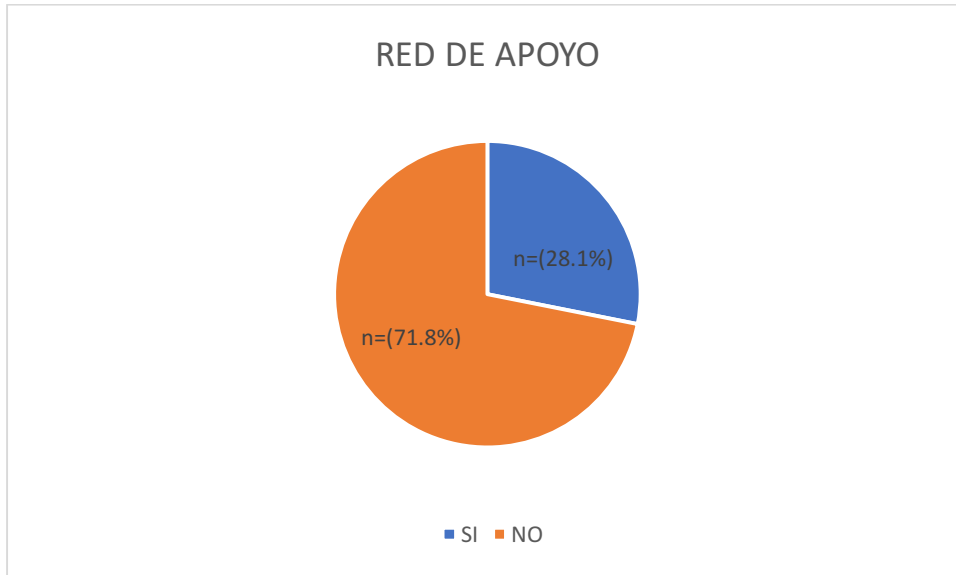
CUADRO 5. TIEMPO TRANSCURRIDO (SEMANAS) ENTRE ULTIMO ERGREGSO Y REINGRESO.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	TIEMPO TRANSCURRIDO EN SEMANAS	
	MEDIA	102
MEDIANA	52	
MODA	156	
RANGO	521	

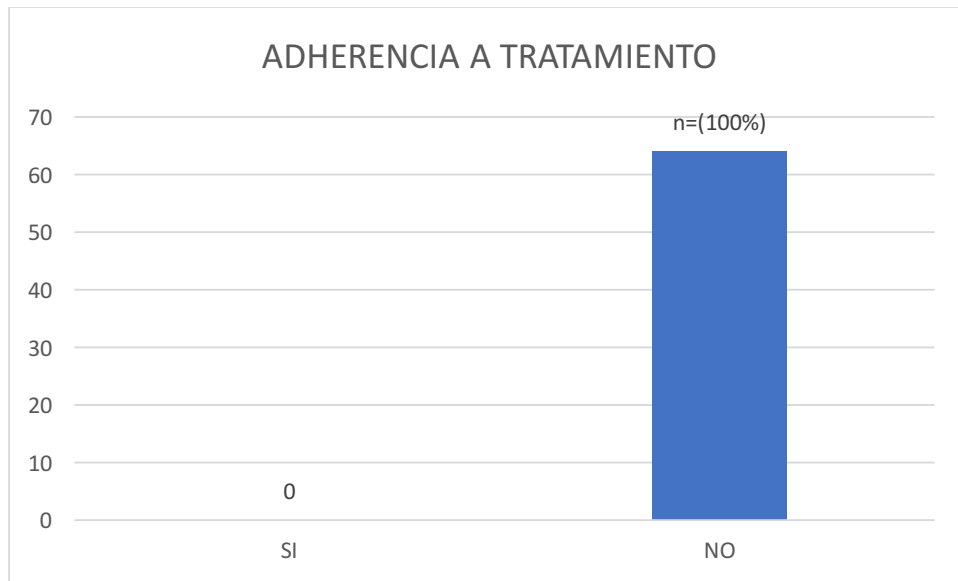
CUADRO 6. TIEMPO TRANSCURRIDO (SEMANAS) ENTRE ULTIMO ERGREGSO Y REINGRESO COMPARADO POR SEXOS.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	TIEMPO TRANSCURRIDO EN SEMANAS	
	HOMBRES	MUJERES
MEDIA	84	118
MEDIANA	52	104
MODA	52	156
RANGO	521	518

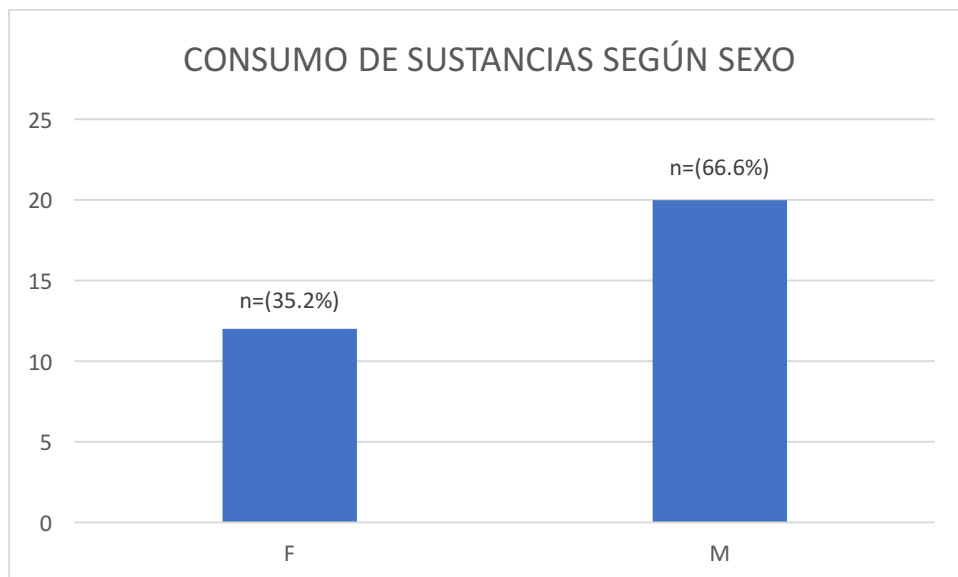
Encontramos que del total de los datos analizados el 71.8% no contaba con una red de apoyo. Al compararse por sexo se encontró una mayor prevalencia de ésta en el sexo masculino con un 33.3% a diferencia del 23.5% en el sexo femenino.



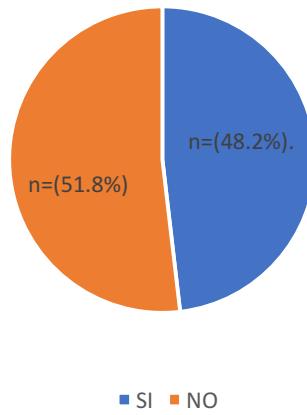
Se observó que, de todos los datos analizados, el 100% no tienen adherencia al tratamiento farmacológico establecido.



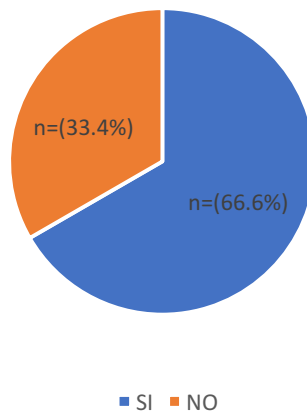
Se observó un porcentaje igualitario en la prevalencia del consumo de sustancias. Al compararlo por sexo se observó una mayor prevalencia en el sexo masculino con un 66.6%. Al comparar la relación del consumo de sustancias con la sintomatología presentada al momento del ingreso, se observó un mayor consumo en el grupo con sintomatología depresiva con un 66.6% a diferencia del 48.2% de quienes presentaron sintomatología maniforme.



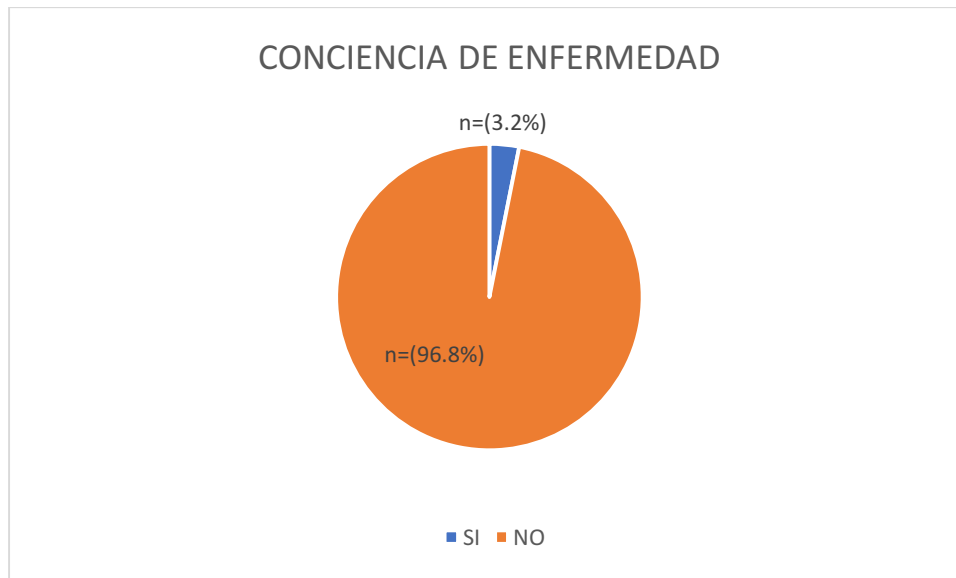
CONSUMO DE SUSTANCIAS Y MANIA



CONSUMO DE SUSTANCIAS Y DEPRESION



Del total de los datos analizados, únicamente el 3.2% presentó conciencia de enfermedad.



IX. DISCUSIÓN

Hubo algunas similitudes y discrepancias según lo establecido por otros autores en cuanto a los resultados en la presente investigación.

Según Christian Weiss M. et al., en el 2013, la mayoría de los resultados no muestran diferencia respecto al sexo, situación concordante según lo observado en nuestra investigación, donde se destacó el sexo femenino con una diferencia del 53.1%.

Según Cecilia María Díaz Soto et, al., en el 2016, la proporción de pacientes psiquiátricos con actividad laboral está alrededor del 42%, de los cuales el 75.9% tiene largos periodos de desempleo por rehospitalización, lo cual corresponde con lo observado en nuestro estudio, en donde destacó el mayor porcentaje de pacientes que no cuentan con actividad laboral, siendo éstos el 68.7% de los datos analizados. En cuanto a la prevalencia por sexo destacó el mayor porcentaje de pacientes con actividad laboral en el sexo masculino con un 60%, a diferencia del sexo femenino con un 5.8%.

Según Ulla A Botha et, al., en el 2009, en cuanto a que los niveles más bajos de educación son factores que aumentan el uso de los servicios, puede concordar con los resultados de nuestra investigación en donde, aunque se observó un mayor porcentaje de pacientes con escolaridad (96.8%), fue la categoría educativa básica la predominante, representado por el nivel de secundaria, con un 31.2% de los datos analizados. De éstos, el 64.5% pudo completar su respectivo nivel académico.

De la muestra total, se observó una mayoría en el número de pacientes que residen fuera, en zonas no aledañas al estado de Puebla, representada por el 59.4%, lo cual puede contribuir a un difícil acceso para recibir una evaluación psiquiátrica temprana. Según Fábio L Gastal et. al., en el 2000, los factores sociales y económicos también podrían contribuir a un aumento en la rehospitalización debido a que el paciente acude en una etapa posterior, en una condición clínica más deteriorada; concordando además con Kim Lorine et. al., en el 2015, quienes refieren un mayor riesgo de readmisión al no cumplir con las

visitas subsecuentes a la clínica ambulatoria, situación que puede asociarse a la mala adherencia al tratamiento.

Según Luis Eduardo Jaramillo González et. al, en el 2014, describen una mayor frecuencia de pacientes separados, divorciados y solteros en el grupo de rehospitalización, concordante con los resultados obtenidos en nuestro estudio, observándose un mayor porcentaje de pacientes solteros, con un 65.5% de toda la muestra analizada. Al compararlo por sexos no se encontró diferencia significativa, predominando en ambos el estado de soltería.

Según Kim Lorine et. al., en el 2015, este factor de riesgo resulta de gran relevancia por el suponer un peligro para los demás en el momento de la admisión. Cecilia María Díaz Soto et, al., en el 2016, evidenciaron que el 31.2% de los pacientes ingresa por exacerbación de síntomas comportamentales, situación que contrastó con nuestros resultados, en los que se observó que, el 84.3% de la muestra presentó sintomatología maniforme (heteroagresividad) al momento de requerir internamiento hospitalario. En cuanto a la diferencia por sexo, se observó mayor prevalencia de sintomatología maniforme al momento de ingreso en el sexo femenino en un 88.2% y una mayoría de sintomatología de carácter depresivo en el grupo del sexo masculino con un 13.3% de la muestra.

De toda la muestra, se observó que el promedio de edad en el que se requirió de un primer internamiento fue de 30 años, sin observarse gran diferencia en cuanto a la comparación por sexo (media = 29.4 para el sexo masculino; media= 30.6 para el sexo femenino).

Según Ulla A Botha et, al., en el 2009, los hombres jóvenes quienes presentan un mayor riesgo de uso de alta frecuencia y un mayor número de ingresos previos, no obstante, en nuestro estudio se observó que existe una diferencia mayor en el número de reingresos en cuanto al sexo femenino (media = 6.2). También se observó que, en comparación con el sexo masculino, todas habían presentado un reingreso hospitalario. Este hallazgo se suma a los hallazgos de Kim Lorine et. al., en el 2015, que han demostrado que la hospitalización previa representa un riesgo de readmisión,

Según Janet Urbin et. al., en el 2007, atender la estabilidad de la condición clínica y preparar a los pacientes para el alta puede proteger contra la readmisión temprana. En nuestro estudio se observó que el promedio de días de estancia hospitalaria, desde su ingreso hasta su egreso fue de 17.5 días. Aunque depende de cada paciente el tiempo necesario para su adecuada estabilidad clínica y preparación para el alta, sería adecuado realizar más estudios en cuanto al tiempo necesario para lograrlo y determinar si 17 días resultan adecuados.

Según Manuel Alejandro Pinzón Olmos et. al, en el 2021, la rehospitalización temprana en unidades de salud mental es la necesidad de hospitalización de un paciente en los primeros 30 días tras el alta, sin embargo, en nuestro estudio se observó que el promedio de tiempo transcurrido (semanas) entre reingresos suele ser mayor del que se suele observar en los casos de usuarios de alta frecuencia (media=102 semanas); no obstante, pudo observarse una diferencia de dicho promedio al compararlos por sexo, siendo menor en el sexo masculino (media=84.2).

Según Ulla A. Botha et. al., en el 2009, los pacientes con redes de apoyo deficientes se mantienen bien durante períodos de tiempo más cortos, siendo uno de los factores que impulsan la puerta giratoria, situación que contrastó con nuestro estudio, en donde se observó que, del total de los datos analizados, el 71.8% no contaba con una red de apoyo. Esta situación puede contribuir con lo referido por Nancy Milena Campo Alegría et. al., en el 2019, ya que muchos de éstos presentan dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades, así como el responsabilizarse de la adherencia a la toma del tratamiento. Al compararse por sexo, se encontró una mayor prevalencia de ésta en el sexo masculino con un 33.3% a diferencia del 23.5% en el sexo femenino.

A decir de John M. Kane et. al., en el 2006, la no adherencia a la medicación es uno de los principales problemas en el reingreso de pacientes. Según Ulla A. Botha et. al., en el 2009, la no adherencia y la adherencia parcial son extremadamente prevalentes y contribuyen significativamente a las tasas de recaída, siendo esta cinco veces mayor en los pacientes que no cumplen,

reflejando los hallazgos de otras partes del mundo que muestran que el cumplimiento de la medicación es generalmente inadecuado, similar a lo observado en nuestro estudio, en el cual, de todos los datos analizados, el 100% no cumplió con adherencia al tratamiento farmacológico establecido. Contradictorio con lo establecido por Kim Lorine et. al., en el 2015, quienes observaron que el incumplimiento de la medicación para toda su muestra y en todas las categorías de diagnóstico no predijo el riesgo de readmisión temprana. Según Kim Lorine et. al., en el 2015, el riesgo de readmisión incluyó el abuso de sustancias comórbidas; sin embargo, Thomas W. Haywoo et. al., comentan que existe evidencia contradictoria sobre el papel del abuso de sustancias en el uso de alta frecuencia de los servicios. Esto contrastó en mayor medida con los resultados obtenidos en nuestro estudio, observándose un porcentaje igualitario en la prevalencia entre los que presentan consumo de sustancias y los que no; aunque, según estos autores, contribuye claramente de manera significativa con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Según Luis Eduardo Jaramillo-González et. al., en el 2014, la variable que demostró la mayor asociación con la rehospitalización fue el uso patológico de sustancias psicoactivas, discrepando un poco con nuestros resultados, en donde, al compararlo por sexo se observó una mayor prevalencia de consumo en el sexo masculino, con un 66.6%, habiendo presentado éstos un menor número de reingresos en comparación con el sexo femenino. Al comparar la relación del consumo de sustancias con la sintomatología presentada al momento del ingreso, se observó un mayor consumo en el grupo con sintomatología depresiva con un 66.6% a diferencia del 48.2% de quienes presentaron sintomatología maníforme.

Según Kim Lorine et. al., en el 2015, el alto riesgo de readmisión puede deberse a un conocimiento más pobre de su enfermedad, al ser estos pacientes menos conscientes de una exacerbación y de la necesidad de intervención, concordando con nuestra investigación, donde, del total de los datos analizados, únicamente el 3.2% presentó conciencia de enfermedad.

X. CONCLUSIONES

Se concluye que, conforme a los resultados obtenidos, los factores asociados más relevantes con el ingreso y reingreso hospitalario fueron la mala red de apoyo, la no adherencia al tratamiento farmacológico, la duración de última estancia hospitalaria y la no conciencia de enfermedad.

Una persona que no tiene conciencia de su enfermedad difícilmente entenderá la razón por la cual ésta debe de seguir un régimen terapéutico, puesto que en todos los casos se negará a éste, una vez diagnosticado. Si esta persona no cuenta con una red de apoyo suficiente y dedicada, la cual se encargue de la correcta administración del fármaco establecido y de la constante motivación hacia el paciente por mejorar, no habrá forma de que el paciente se adhiera a su tratamiento farmacológico, por más incisivo y adecuado que éste resulte. Lo que conllevará a que el trastorno no se estabilice adecuadamente, resultando en la necesidad de acudir de manera urgente y repetitiva a valoración psiquiátrica debido a exacerbación de sintomatología, en este caso, heteroagresividad o síntomas maniformes.

Una vez que el paciente es hospitalizado, son varias las actividades que se deben manejar durante éste tiempo, siendo una de las primordiales la estabilización del cuadro clínico. Se reinicia tratamiento, se reajusta dosis y, aproximadamente de 2 a 3 semanas después, se logra la rehabilitación del paciente, encontrándose listo para su alta por mejoría. Este tiempo resulta mínimo y poco provechoso, ya que, el momento adecuado para iniciar intervención psicoeducativa exhaustiva con la intención de promover la conciencia de enfermedad, tanto al paciente como a su familia, es justamente aquel en el que el paciente es dado de alta, es decir, cuando se encuentra estable. Por lo tanto, prolongar la estancia para la implementación de estas herramientas ayudará a potenciar esa red de apoyo y a desarrollar su conciencia de enfermedad de la cual depende en gran medida su adherencia al tratamiento.

La residencia lejana a la institución parece ser también un factor a considerar, pues es probable que estos pacientes no tengan la oportunidad de asistir de

manera temprana, cuando la sintomatología aun pudiera controlarse de manera ambulatoria, acudiendo ya en una etapa de su enfermedad por completo en descontrol.

Es entonces que, la reincidencia hospitalaria dependerá en gran medida de estos factores, los cuales, al identificarlos e intervenirlos de manera adecuada será posible lograr un mayor control del paciente, lo que reducirá los reingresos, disminuyendo así su deterioro clínico y mejorando su funcionalidad y calidad de vida.

La importancia de este saber resulta de gran relevancia para todo aquel servidor de salud mental que trata e interviene en el tratamiento de estos pacientes, pues da pauta para el establecimiento de medidas que contribuyan a mejorar dichos factores. La propuesta es, en cuanto al tiempo de hospitalización, prolongar dicha estancia una vez que el paciente se encuentre estable y controlado farmacológicamente. A partir de ese momento, iniciar con el proceso de psicoeducación dirigida a lograr aceptación y entendimiento en el paciente de su trastorno; que entienda la razón del porqué la necesidad de seguir un régimen terapéutico, que conozca la causa y curso de su condición, eliminar el estigma y resolver dudas para garantizar una conciencia de enfermedad plena. Una vez desarrollado esto o durante su proceso, llevar a cabo reuniones con el grupo primario de apoyo para de igual manera, psicoeducar y en caso de ser necesario, ofrecer intervención en crisis, con la intención de fortalecer dicha red de la cual el paciente dependerá en gran medida, por lo menos en un inicio. Una vez logrado, será casi inherente en el paciente la adherencia a su tratamiento farmacológico, lo cual lo protegerá de recaídas futuras y habremos conseguido mejorar el curso de su enfermedad y su pronóstico de vida y funcionalidad en todas sus esferas.

XI. REFERENCIAS.

1. Aduino S. Clemente,¹ Breno S. Diniz,^{2,3} Rodrigo Nicolato. (2015). Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2, 7.
2. American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
3. Arrieta M., & Santos, P. M. (2019). Trastorno bipolar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5052–5066.
4. Asensio Aguerri, L., Mata Saenz, B., Nuevo Fernández, L., Segura Escobar, E., & Muñoz Martínez, V. (2019). Relación de las variables clínicas, evolutivas y pronósticas de los subtipos de trastorno bipolar tipo I y II. *Psiquiatría Biológica*.
5. Botha U. A., Koen, L., Joska, J. A., Parker, J. S., Horn, N., Hering, L.M., & Oosthuizen, P. P. (2009). El fenómeno de las puertas giratorias en psiquiatría: comparación de usuarios de baja frecuencia y alta frecuencia de servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados en un país en desarrollo. *Psiquiatría Social y Epidemiología Psiquiátrica*, 45(4), 461–468.
6. Byrne S. L., Hooke, G. R., & Page, A.C. (2010). Readmisión: Un indicador útil de la calidad de la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados. *Revista de trastornos afectivos*, 126(1-2), 206–213.
7. Cecilia María Díaz Soto. (2016). Factors associated with the readmission of psychiatric patients in a town in eastern Antioquia in 2014. *Medicina U.P.B*, 35, 17-23.
8. Escolar N. R. (2003). Recaída y rehospitalización: comparación de antipsicóticos orales y de depósito. *The Journal of clinical psychiatry*, 64 Suppl 16, 14–17.
9. Gastal F. L., Andreoli, S.B., Quintana, M. I. S., Gameiro, M. A., Leite, S. O., & McGrath, J. (2000). Predicción del fenómeno de la puerta giratoria

- entre pacientes con trastornos esquizofrénicos, afectivos y psicosis no orgánicas. *Revista de Saúde Pública*, 34(3), 280–285.
10. Goldfield, N. I., McCullough, E.C., Hughes, J. S., Tang, A.M., Eastman, B., Rawlins, L. K., & Averill, R. F. (2008). Identificar reingresos potencialmente prevenibles. Revisión de la financiación de la atención de la salud, 30(1), 75–91.
 11. Jaramillo González, L. E., Sánchez-Pedraza, R., & Herazo, M. I. (2014). La frecuencia de rehospitalización y factores asociados en pacientes psiquiátricos colombianos: un estudio de cohorte. *BMC psiquiatría*, 14,161.
 12. Kane J.M. (2007). Estrategias de tratamiento para prevenir la recaída y fomentar la remisión. *The Journal of clinical psychiatry*, 68 Suppl 14, 27–30.
 13. Kane J.M. (2006). Revisión de los tratamientos que pueden mejorar la falta de coherencia en pacientes con esquizofrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 67 Suppl 5, 9–14.
 14. Lago, A. A. (2012). Estigma y mayores tasas de re-hospitalización psiquiátrica: sistema público de salud mental de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), 185–192.
 15. Lin, C.-H., Chen, W.-L., Lin, C.-M., Lee RN, M.-D., Ko, M.-C., & Li, C.-Y. (2010). Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan. *Clínicas*, 65(5).
 16. Lorine, K., Goenjian, H., Kim, S., Steinberg, A.M., Schmidt, K., & Goenjian, A. K. (2015). Factores de riesgo asociados al reingreso psiquiátrico. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(6), 425–430.
 17. Martínez Hernández, Olivia, Montalván Martínez, Olivia, & Betancourt Izquierdo, Est. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 467-482.
 18. Nancy Milena Campo Alegría. (June 2019). Frecuencia y determinantes de reingreso hospitalario en pacientes con trastorno mental grave. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 2, 8.

19. Olmos M., Duque, C.C., Olmos, T. P. y Duarte, R. A. (2021). Determinación de factores asociados a la readmisión temprana de pacientes con enfermedad mental en dos ciudades de Colombia durante el 2018. *Revista Colombiana de psiquiatría* (ed.), S0034-7450(20)30119-0.
20. Rosca, P., Bauer, A., Grinshpoon, A., Khawaled, R., Mester, R., & Ponizovsky, A.M. (2006). Rehospitalizaciones entre pacientes psiquiátricos cuyo primer ingreso fue involuntario: un seguimiento de 10 años. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 43(1), 57–64.
21. Thomas W. Haywood, M.A., Howard M. Kravitz. (1995) Predecir el fenómeno de la "puerta giratoria" entre pacientes con trastornos esquizofrénicos, esquizoafectivos y afectivos. *American Journal of Psychiatry*, 152(6), 856–861.
22. Urbin, J., Lin, E., Layne, C., & Teed, M. (2007). ¿Es la readmisión un indicador válido de la calidad de la atención psiquiátrica hospitalaria? *The journal of behavioral health services & research*, 34(2), 137–150.
23. Weiss M, C., Santander T, J., Aedo C, I., & Fuentes M, X. (2013). Caracterización de las readmisiones precoces en la hospitalización psiquiátrica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(4), 239–244.