

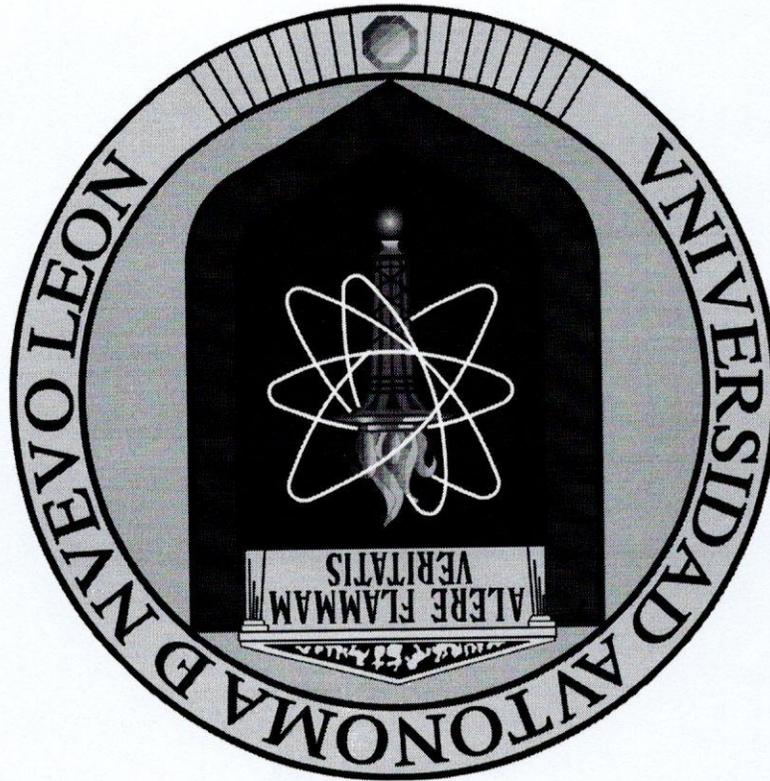
FEBRERO 2024

Como requisito parcial para obtener el grado de ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

ALEJANDRA MAYELA MARTÍNEZ GARZA

Por

FACTORES PREDICTORES DEL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA
EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR



HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"

FACULTAD DE MEDICINA Y

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACTORES PREDICTORES DEL TIEMPO DE HOSPITALIZACION PSIQUIÁTRICA
EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR

Aprobación de la tesis:



Dr. Med. Erasmo Saucedo Uribe
Director De Tesis



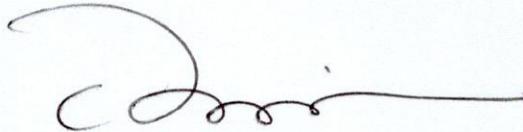
Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barbosa
Coordinador De Enseñanza Del Departamento De Psiquiatría



Dr. Med. Erasmo Saucedo Uribe
Cordinador De Investigación Del Departamento De Psiquiatría



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe Del Departamento De Psiquiatría



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector De Estudios De Posgrado

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi familia por el apoyo incondicional que me han brindado durante todo el proceso de mi desarrollo profesional.

A mis padres, Jorge y María Antonia por estar siempre presentes, por brindarme siempre su amor y recordarme lo orgullosos que están de mí. Ustedes son la razón de todo. Gracias por estar siempre presentes y creer en mí. Igualmente, a mis abuelos, un abrazo hasta el cielo.

A Karla, mi mejor amiga y quien me eligió como su hermana. Gracias a su compañía aprendí a estar sola, a ser valiente, a equivocarme y a confiar en mí misma.

A mis compañeros de generación que me han dado agradables recuerdos todos estos años.

Finalmente, quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Erasmo Saucedo y a su equipo por todo el apoyo brindado durante la elaboración de mi tesis. Su experiencia, conocimientos y motivación fueron fundamentales para que pudiera completar este proyecto académico con éxito.

1 TABLA DE CONTENIDO

2	ÍNDICE DE TABLAS	5
3	RESUMEN	7
4	INTRODUCCIÓN	9
5	ANTECEDENTES	10
6	JUSTIFICACIÓN	13
7	OBJETIVOS	14
7.1	Primario.....	14
7.2	Secundarios	14
7.3	HIPÓTESIS.....	14
8	MATERIAL & MÉTODOS	14
8.1	Criterios de inclusión:	15
8.2	Criterios de exclusión y eliminación:.....	15
8.3	Muestra.....	16
8.4	Análisis estadístico:.....	16
8.5	Aspectos éticos:.....	16
9	RESULTADOS	17
9.1	Análisis descriptivo.....	17
9.2	Correlaciones.....	20
9.3	U de Mann Whitney	20
9.4	Kruskal Wallis.....	24
9.5	Regresión lineal simple	25
10	DISCUSIÓN	26
10.1	Datos sociodemográficos	27
10.2	Características clínicas	27
11	LIMITACIONES	28
12	CONCLUSIONES	28
13	BIBLIOGRAFÍA	29

2 ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Variables estudiadas agrupadas en categoría.....</i>	13
Tabla 2. <i>Características clínicas de sociodemográficas de toda la muestra.....</i>	15
Tabla 3. <i>Comparación mediante U de Man Whiteny de dias de hospitalización con variables del estudio</i>	19
Tabla 4. <i>Comparación mediante H de Kurskal Walis de dias de hospitalización con variables del estudio</i>	22

3 LISTADO DE ABREVIATURAS

TB	Trastorno bipolar
TBI	Trastorno bipolar tipo I
TBII	Trastorno bipolar tipo II
TBNE no especificado	Trastorno bipolar no especificado
OMS	Organización mundial de la salud
LOS	Tiempo de hospitalización
TU	Trastorno unipolar
GAF	Escala de evaluación global de funcionamiento

4 RESUMEN

Alejandra Mayela Martínez Garza

Fecha de graduación: febrero 2024

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Medicina y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”

Título del estudio: Factores predictores del tiempo de hospitalización psiquiátrica en pacientes con trastorno bipolar

Número de páginas: 35

Candidato para obtener el grado de
Especialidad en Psiquiatría
Área de estudio: psiquiatría, ciencias de
la salud

Antecedentes. El trastorno bipolar (TB) es una condición mental crónica con un curso variable que puede resultar en afectaciones cognitivas y funcionales a lo largo de la vida. Se trata de uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, estimándose que entre el 20% y el 30% de los pacientes que buscan atención primaria por síntomas de ansiedad y depresión también sufren de TB. Además, constituye una de las principales causas de hospitalización en psiquiatría, ya que se observa comportamiento agresivo dirigido externamente durante las fases maníacas, y, por otro lado, existe un alto riesgo de suicidio durante los periodos depresivos. Esto representa una proporción significativa de los gastos totales y costos asociados con la atención médica, así como un desafío tanto para las familias como para los profesionales de la salud mental. **Justificación.** Aunque hay evidencia extensa sobre los factores que afectan la hospitalización psiquiátrica, pocos estudios se centran exclusivamente en la hospitalización de pacientes con trastorno bipolar. Al ingresar a un hospital psiquiátrico, varios factores del paciente y del hospital pueden determinar la duración de la estancia y afectar en la economía del paciente y del hospital. La evidencia actual es insuficiente o inconsistente. **Objetivo.** Determinar las características clínicas y sociodemográficas en pacientes con trastorno bipolar que modifiquen la duración de estancia hospitalaria. **Diseño del estudio.** Este es un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se llevó a cabo una investigación retrospectiva de pacientes ingresados entre julio de 2015 y mayo de 2022. **Métodos.** Se recopilaron las características clínicas y sociodemográficas de 276 pacientes diagnosticados con trastorno bipolar tipo 1 y tipo 2. Se realizaron análisis descriptivos para

5 INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) es un desorden mental de por vida con un curso variable que puede terminar en discapacidad cognitiva y funcional. El TB, conocido también como enfermedad maníaco depresiva, es un trastorno grave del estado de ánimo crónico caracterizado por episodios de manía, hipomanía y episodios alternos o entrelazados de depresión (Grande et al., 2016). Es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, se calcula que de los pacientes que son vistos en atención primaria por síntomas de ansiedad y depresión, 20 al 30% padecen TB (Manning, 2010). Además, comprende una de las principales enfermedades psiquiátricas que ameritan hospitalización debido a la conducta agresiva heterodirigida durante las manías y, por el contrario, al alto riesgo de suicidio que se presenta en los periodos depresivos. Debido a su recurrencia y cronicidad se requiere un manejo agudo para las crisis afectivas, pero también es fundamental el manejo farmacológico y psicoterapéutico para prevenir episodios futuros.

Según datos de la OMS, los pacientes con TB tienen en promedio 17.3 días fuera de función por año, ocupando el segundo lugar de las enfermedades mentales. Esto representa un impacto económico importante puesto que el TB comúnmente es diagnosticado en adultos jóvenes. La edad promedio de diagnóstico es entre los 20 y 30 años de edad, aunque este rango es difícil de delimitar debido a la tardanza en el diagnóstico y a los episodios de síntomas subclínicos que se presentan al inicio de la enfermedad (Rowland & Marwaha, 2018).

Se estima que hasta un 25% de esta población requirió ayuda de servicios médicos en algún momento de su vida (ten Have et al., 2002). Una gran parte de los pacientes han requerido en múltiples ocasiones de un manejo psiquiátrico intrahospitalario, lo cual representa una proporción sustancial de los ingresos totales y los costos de atención médica, así como un desafío tanto para sus familias como para los trabajadores de salud mental (Graca et al., 2013). Un estudio examinó la utilización de recursos de atención médica y los costos directos de atención médica en pacientes diagnosticados con TBI encontrando que el gasto anual aproximado por paciente alcanza los \$7700 dólares, de los cuales el 46% están destinados al internamiento y manejo intrahospitalario (Bryant-Comstock et al., 2002).

Existe poca evidencia científica establezca la duración de la hospitalización psiquiátrica en pacientes con padecimientos dentro del espectro de trastorno bipolar, esto debido a la variabilidad en los resultados obtenidos (Jacobs et al., 2015). En población japonesa, se ha estimado que el tiempo de hospitalización (LOS) en promedio es de 290.6 días y puede prolongarse hasta un año (Badriah et al., 2013; Oshima et al., 2003).

6 ANTECEDENTES

El TB se clasifica como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por episodios recurrentes de ánimo elevado y de depresión que se acompañan de cambios en la actividad y en la energía y se asocia con síntomas cognitivos, físicos y del comportamiento que son característicos de la enfermedad (Anderson et al., 2012). En los episodios maníacos hay hiperactividad, ánimo elevado, grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, fallas de juicio, síntomas psicóticos y alteraciones en el comportamiento. Por el contrario, durante los episodios depresivos, los pacientes presentan estado de ánimo deprimido, disminución de la energía, tristeza, retraimiento social e hipersomnia. Los episodios hipomaniacos son más cortos y menos graves que los maníacos, no presentan fallas de juicio ni síntomas psicóticos.

Este espectro de trastornos afectivos es clasificado de acuerdo con la severidad de sus síntomas en trastorno unipolar (TU), trastorno bipolar tipo I (TBI) y trastorno bipolar tipo II (TBII). Los pacientes con TBI y TBII presentan episodios de manías e hipomanías, respectivamente, intercalados con episodios prolongados de depresión. Aunque el TBI suele tener una evolución más tortuosa y un pronóstico más severo que el TBII debido a la gravedad de los síntomas transversales, el TBII tiene una alta frecuencia de episodios, altas tasas de comorbilidades psiquiátricas y comportamientos suicidas recurrentes que deterioran la calidad de vida (Vieta & Suppes, 2008). Los pacientes con TB presentan síntomas clínicamente significativos alrededor de la mitad de su vida (BP I 46.6% y BP II 55.8%). Dentro de estos, predominan los síntomas depresivos sobre los síntomas maníacos o hipomaniacos (Judd et al., 2003).

El TB afecta a aproximadamente 45 millones de personas en el mundo (James et al., 2018). Según una encuesta mundial de salud mental, la prevalencia global a lo largo de la vida del TB es del 2.4%, 0.6% TBI, 0.4% TBII y 1.4% trastorno bipolar no especificado (TBNE) (Merikangas et al., 2011). No existe evidencia clara que demuestre diferencias en la prevalencia en etnicidad, nivel socioeconómico o nacionalidad. Con respecto al sexo, TBI afecta a hombres y mujeres por igual, mientras que el TBII es más común en las mujeres (Nivoli et al., 2011).

En México, la prevalencia de TB es de 0.7%, y las características sociodemográficas concuerdan con las mundiales (Contreras & Tapia, 2002).

Se desconoce la etiología exacta del trastorno bipolar, un modelo multifactorial donde interactúan genes y el medio ambiente es el que mejor describe a este trastorno. Se sabe que la herencia desempeña un papel importante, las estimaciones de la heredabilidad para el trastorno bipolar oscilan entre el 70 y 90% (Gordovez & McMahon, 2020).

Las personas con ciertos genes tienen más probabilidad de presentar el trastorno bipolar que otras. No hay un solo gen que cause este trastorno, sino más bien hay muchos genes involucrados.

Los hallazgos provisionales con respecto a la genética subyacente y a las vías neurobiológicas potencialmente causantes de los trastornos bipolares se han derivado de diferentes estudios

de asociación de genoma completo. Muchos genes con efectos pequeños se han considerado que contribuyen a este grupo de trastornos. Por ejemplo, un estudio de asociación de genoma completo en el 2019 identificó 30 loci significativos, de los cuales 20 no habían sido reconocidos previamente (eQTLGen Consortium et al., 2019).

Por otra parte, un análisis mostró conjuntos de genes relacionados en pacientes bipolares, incluidos los involucrados en la regulación de la secreción de insulina y la señalización endocannabinoide. Sin embargo, esas variantes comunes de riesgo sólo representan aproximadamente el 25% de la heredabilidad general del trastorno (Gordovez & McMahon, 2020).

Además de lo anterior, se piensa que las variantes genéticas comunes interactúan con factores de riesgo, algunos de los factores conocidos son el nacimiento por cesárea, la infección de influenza y el tabaquismo durante el embarazo y la edad paterna avanzada. También los eventos adversos en la niñez se han descrito clásicamente como factores de riesgo para el trastorno bipolar, así como predictores de un curso más grave. El abuso de drogas tiene el mismo papel. De hecho, el consumo de cannabis u otras drogas durante la adolescencia podría conducir a la aparición temprana del trastorno bipolar, así como un curso más severo. Además, como la mayoría de los pacientes con trastornos bipolares presentan un episodio depresivo reciben tratamiento con antidepresivos sin estabilizadores del estado de ánimo, lo cual puede inducir hipomanía o manía y, por ende, el uso de antidepresivos puede desenmascarar el trastorno bipolar (Grande et al., 2016)

Se ha postulado una hipótesis como modelo para explicar la sensibilización gradual al estrés que conduce a episodios afectivos recurrentes. En este modelo, el primer episodio de trastorno bipolar ocurre después de la exposición a un factor estresante, y los episodios posteriores pueden ocurrir sin exposición a un evento estresante identificable (Carvalho et al., 2020).

Los mecanismos que sustentan dicha hipótesis son fortalecidos si la enfermedad no se trata o si la persona está expuesta a sustancias psicoactivas o si tiene factores de riesgo en su estilo de vida, tales como fumar o el sedentarismo, los cuales ocurren con mayor frecuencia entre las personas con trastorno bipolar que en la población general (Firth et al., 2019).

Cambios progresivos en la estructura del cerebro y en la función celular, conocidos como neuroprogresión, se han observado en algunos estudios de episodios recurrentes de este trastorno (Berk et al., 2011).

Una larga duración de la enfermedad se ha asociado con una reducción del grosor cortical de regiones del cerebro como la corteza prefrontal, que puede desempeñar un papel en la regulación del estrés (Hibar et al., 2018).

Los mecanismos epigenéticos, la desregulación de la función mitocondrial, las vías de la neuroplasticidad, la inflamación y un aumento del estrés oxidativo y nitrosativo han sido propuestos como factores que promueven la neuroprogresión en el contexto del trastorno bipolar (Berk et al., 2011).

Se piensa que las aberraciones en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal también juegan un papel importante en la fisiopatología y progresión del trastorno bipolar (Belvederi Murri et al., 2016)

Los mecanismos que sustentan la neuroprogresión también pueden contribuir a una mayor prevalencia de condiciones médicas coexistentes, como la muerte prematura entre personas con trastorno bipolar. Por ejemplo, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 es mayor entre las personas con trastorno bipolar que han sufrido de varios episodios que en aquellas con trastorno bipolar de episodio único (Vancampfort et al., 2016).

Los cursos del trastorno bipolar son heterogéneos y en algunos pacientes se preserva el funcionamiento cognitivo y psicosocial, así como la productividad durante toda la enfermedad (Passos et al., 2016).

Los episodios maníacos e hipomaníacos son periodos de tiempo donde el individuo presenta ánimo elevado y aumento de la actividad motora. La diferencia reside en la duración de cada episodio y en la severidad. Según en DSM-V, un episodio hipomaniaco persiste por al menos 4 días y uno maniaco 1 semana. Los episodios maníacos se acompañan de síntomas psicóticos en más de la mitad de los casos (Burton et al., 2018), también de afecciones sociales y laborales que pueden hacer que el manejo hospitalario sea la mejor opción. En cambio en un episodio hipomaniaco, también se presentan alteraciones funcionales reflejadas en la vida laboral y social que no siempre requieren manejo hospitalario (Grande et al., 2016).

El TB tiene la tasa más alta de suicidio de todas las condiciones psiquiátricas y es aproximadamente 20-30 veces mayor que la de la población general (Miller & Black, 2020) y se estima que a lo largo de la vida el 23 al 26% de los pacientes con TB intentarán suicidarse (Schaffer et al., 2015)

Debido a la cronicidad, la severidad y las recurrencias del TB, su tratamiento está conformado por diferentes enfoques terapéuticos, siendo la piedra angular el tratamiento farmacológico. Cuando el comportamiento del paciente es errático que llegue a poner en peligro la vida de sí mismo y de los demás, lo óptimo es el manejo intrahospitalario para el control de riesgos y manejo hospitalario. (Ziegenbein et al., 2006).

Los tiempos de hospitalización necesarios para el manejo del paciente con trastorno bipolar son inciertos. Dentro de los hospitales psiquiátricos, el internamiento para cualquier trastorno es variable dependiendo del país, el tipo de hospital y la modalidad de tratamiento que se le dé. En hospitales suecos el tiempo promedio de hospitalización es de 33 días (Habermeyer et al., 2018). En los hospitales de Estados Unidos el tiempo de hospitalización llega a variar entre 6 y 95 días (Tulloch et al., 2011). Estas variaciones podrían estar relacionadas con las características del paciente y del tratamiento que se emplee, entre otros. Diversos estudios a lo largo del tiempo han tratado de determinar las variables que modifican el tiempo de hospitalización psiquiátrica, con resultados variables.

Un estudio realizado en pacientes con trastornos como esquizofrenia y TB encontró que el diagnóstico de esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos, enfermedades prolongadas, el

requerimiento de dosis de antipsicóticos más altas, tratamientos farmacológicos más complejos al momento del alta, menor estado funcional, desempleo, estado civil soltero así como el uso de servicios de salud públicos son factores asociados con tiempos prolongados de hospitalización (Masters et al., 2014).

Los pacientes con puntajes bajos en la escala del Global Assessment of Functioning (GAF) y que no requirieron sujeción dentro del manejo intrahospitalario necesitaron menos días de estancia hospitalaria, comparados con los que obtuvieron puntajes altos en el GAF o requirieron sujeción (P et al., 2005).

Un estudio de análisis de bases de datos llevado a cabo en Corea del sur demostró que el tiempo de hospitalización se incrementó en pacientes masculinos, pacientes de edad avanzada y pacientes con desordenes psicóticos orgánicos como la esquizofrenia (Chung et al., 2009).

Pauselli *et al.* Encontraron 5 variables independientes que aumentan hasta en un 18% el tiempo de hospitalización, los cuales fueron el diagnóstico de esquizofrenia o algún otro trastorno psicótico, internamiento involuntario y el tratamiento medicamentoso complejo caracterizado por 3 o más clases de medicamentos (Pauselli et al., 2017)

Badriah, F. *et al.* encontró que los pacientes más ancianos y con enfermedades más severas requieren más tiempo de hospitalización y que los psiquiatras que tienen más tiempo trabajando en el área de internamiento o urgencias tardan más tiempo en dar de alta a sus pacientes (Badriah et al., 2013).

7 JUSTIFICACIÓN

A pesar de la existencia de una amplia evidencia de los factores que influyen en el tiempo de hospitalización psiquiátrica, son pocos los estudios que se han llevado a cabo exclusivamente en pacientes con trastorno bipolar, siendo uno de los padecimientos que más requieren un manejo hospitalario.

Cuando un paciente ingresa en un hospital psiquiátrico, es probable que múltiples factores relacionados con las características del paciente, del hospital y del psiquiatra a cargo interactúen para determinar el tiempo de hospitalización del paciente.

Se puede extrapolar que la duración de la estadía es un factor importante que determina el costo total de la hospitalización, ya que los costos de procedimientos y auxiliares diagnósticos no son tan significativos en las hospitalizaciones psiquiátricas.

Lo que es seguro es que la evidencia que se centra específicamente en los determinantes clave del tiempo de hospitalización para las personas con TB es sustancialmente insuficiente o inconsistente.

Se necesita más investigación actualizada para comprender los determinantes del tiempo de hospitalización en países fuera de EUA, donde la mayoría de las investigaciones sobre este tema se han llevado a cabo.

8 OBJETIVOS

8.1 PRIMARIO

Determinar las características clínicas y sociodemográficas en pacientes con trastorno bipolar que modifiquen la duración de estancia hospitalaria

8.2 SECUNDARIOS

- Determinar la asociación entre los datos sociodemográficos con la severidad al ingreso, evolución, severidad al egreso y tiempo de estancia
- Determinar la asociación entre los antecedentes médicos y psiquiátricos con la severidad al ingreso, evolución, severidad al egreso y tiempo de estancia
- Determinar la asociación entre la terapéutica farmacológica y no farmacológica empleada a partir del ingreso con la evolución, severidad al egreso y el tiempo de estancia.
- Determinar factores asociados con una reducción en el tiempo de hospitalización psiquiátrica
- Determinar las variables que se asocian con un aumento de la estancia hospitalaria
- Comparar los resultados obtenidos con los reportados en la literatura

8.3 HIPÓTESIS

Las características sociodemográficas, clínicas, farmacológicas e institucionales correlacionan con el tiempo de hospitalización psiquiátrica en pacientes con trastorno bipolar

9 MATERIAL & MÉTODOS

9.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Este fue un estudio retrospectivo observacional, descriptivo. Se solicitó a la Dirección del Hospital Universitario “Dr. José E. González” la autorización para solicitar y utilizar la información capturada en el Sistema de Órdenes Médicas y Expedientes (SOME) de los pacientes hospitalizados en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr.

José Eleuterio González” desde el año 2014 hasta junio del 2021. Las variables de interés para el presente estudio fueron clasificadas en una de las siguientes categorías:

Tabla 1. *Variables estudiadas agrupadas en categorías*

CATEGORÍA	VARIABLES PARA ESTUDIAR
Características sociodemográficas	Edad, sexo, estado civil, ocupación, religión, localización.
Características clínicas	Antecedentes psiquiátricos familiares comorbilidades no psiquiátricas, antecedente y número de internamientos previos, antecedente y número de intentos de suicidio previos, antecedentes de tratamiento farmacológico, número de fármacos empleados agrupados por familias
Características del internamiento	Tiempo de estancia: días de diferencia entre el egreso y el ingreso.

Se incluirán en el presente estudio la información de dos áreas de internamiento que cuenta el Departamento de Psiquiatría: Comunidad Terapéutica y Agudos. Con esto se expondrá la información recabada en nuestro medio y determinaremos dichas características en un hospital de tercer nivel con una unidad especializada para tratar dichos trastornos mentales. Las características de diagnóstico se determinaron en base a la clasificación internacional de enfermedades 10° edición (World Health Organization, 1992).

9.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Para ser incluido en el presente estudio, se requerirá que se cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes hospitalizados en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.
2. Pacientes hospitalizados con diagnóstico de un trastorno del espectro bipolar que sea reconocido por la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición (CIE-10) al momento de su internamiento.
3. Pacientes hospitalizados en el período comprendido del 1 de enero de 2014 hasta el 01 de junio de 2021.

9.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN:

Los registros electrónicos que no cumplan con los criterios de inclusión, o que tengan cualquiera de los siguientes, serán excluidos del estudio:

- Pacientes que no tengan el diagnóstico de algún trastorno del espectro bipolar que sea reconocido por la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición

(CIE-10) durante el internamiento en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José E. González".

- Expediente electrónico no cuenten con alguna información para los objetivos de este estudio.

9.4 MUESTRA

El presente estudio es de carácter poblacional, por lo que el tamaño de la muestra será determinado por el número total de hospitalizaciones reportadas en el periodo de estudio. Se tomará en cuenta toda la población consecutiva, por lo tanto no será necesario un cálculo de tamaño de muestra ni un muestreo estadístico.

9.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Las variables categóricas de este estudio son reportadas con frecuencias y porcentajes. Los datos cuantitativos fueron presentados con medidas de tendencia central (mediana) y de dispersión (rango intercuartílico) por la distribución de la muestra, determinada con la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para medir la asociación de los posibles factores predictores del tiempo de hospitalización con este desenlace, se utilizaron pruebas de correlación de Spearman en el caso de las variables independientes continuas, y en el caso de las variables categóricas se exploró en primera instancia si existían diferencias estadísticamente significativas en la duración del internamiento de cada grupo con las pruebas de U de Mann Whitney para variables dicotómicas y se empleó la prueba Kruskal Wallis en el caso de las variables politómicas. Posterior a esto, en aquellas variables en las que hubo resultados estadísticamente significativos con un alfa de 0.1, se procedió al análisis mediante modelos de regresión lineal para estudiar la aptitud de cada probable variable como predictor de duración de internamiento. Para todas las pruebas se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < .05$, a excepción de los casos en los que fue previamente establecido un valor diferente. El análisis estadístico de los datos se realizó con el software IBM SPSS Statistics²⁵.

9.6 ASPECTOS ÉTICOS:

Esta investigación no pone en riesgo a los sujetos involucrados ya que es retrospectivo observacional y descriptivo, por lo que se espera la dispensación de comité de ética para el no uso del consentimiento informado. Los datos y documentos fuente se encuentran en el Sistema de Órdenes Médicas y Expedientes (SOME) y será manejada con discreción y confidencialidad, en ningún momento se tomarán o guardarán datos personales de su expediente como nombre o dirección, entre otros. Sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente (México). Se prevalece el criterio de respeto, dignidad y confidencialidad en los derechos de los pacientes, de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki, y con la Ley General de Salud, Título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación en Seres Humanos Capítulo 1, disposiciones comunes Artículo 13 y 14. El protocolo será aprobado por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"

10 RESULTADOS

10.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se obtuvo una muestra de 1635 pacientes internados en el Departamento de Psiquiatría desde el 2014 hasta el 2021 de los cuales 276 tenían diagnóstico de Trastorno Bipolar que cumplieron los criterios de inclusión. La media de edad fue de 32 años. La mayoría de la muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres (n=184, 67%). La mayoría fueron solteros (n=141, 51%) empleados (n=141, 52%). La media de tiempo de hospitalización fue de 22 días. El resto de los datos descriptivos estar resumidos en la Tabla 2.

Tabla 2. Características clínicas de sociodemográficas de toda la muestra

Característica	n	%
Edad¹	32	22
Sexo		
Femenino	184	67
Masculino	92	33
Localidad		
Local	191	70
Foráneo	80	30
Estado civil		
Soltero	141	51
Casado	83	30
Divorciado	23	8.4
Separado	9	3.3
Viudo	4	1.5
Unión Libre	15	5.5
Ocupación		
Empleado	141	52
Desempleado	131	48
Religión		
Practicante	204	77

Característica	n	%
Ninguna	62	23
Tabaquismo		
Si	120	43
No	156	57
Alcoholismo		
Si	135	49
No	141	51
Toxicomanías		
Si	87	32
No	189	68
Historia de abuso		
No	252	91
Si	24	8.7
Violencia intrafamiliar		
Si	18	6.5
No	258	93
AHF psiquiátricos		
Si	112	41
No	164	59
Comorbilidades médicas orgánicas		
No	220	80
Si	56	20
Internamientos previos		
Si	139	50
No	137	50
Autolaceraciones		
Si	28	10
No	248	90
Intentos de suicidio previos		
Si	119	43

Característica	n	%
No	157	57
Medicamentos actuales		
Si	191	69
No	85	31
Antidepresivos		
No	233	84
Si	43	16
Número de antidepresivos		
1	37	13
2	6	2.2
Antipsicóticos		
No	123	45
Si	153	55
Número de antipsicóticos		
1	143	52
2	10	3.6
Benzodiacepinas		
No	172	62
Si	104	38
Número de benzodiacepinas		
1	102	37
2	2	0.7
Estabilizadores		
No	144	52
Si	132	48
Número de estabilizadores		
1	110	40
2	21	7.6
3	1	0.4
Polifarmacia		

Característica	n	%
Ninguna	85	31
Compleja	105	38
Simple	85	31
Presencia de delirios		
No	156	57
Si	120	43
Presencia de alucinaciones		
No	208	75
Si	68	25
Días de hospitalización ¹	22	21
Contención farmacológica		
Si	154	56
No	122	44

Notas. n = 276; ¹ Mediana (IQR); n (%)

10.2 CORRELACIONES

Se encontró una correlación negativa débil entre la edad y la duración de internamiento ($\rho(274)=-.28$, $p<.001$). Una correlación positiva débil con el número de hospitalizaciones previas ($\rho(274)=.132$, $p=.028$). y una correlación positiva débil con la contención farmacológica ($\rho(274)=.204$, $p=.001$).

10.3 U DE MANN WHITNEY

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en los días de hospitalización en personas con empleo y sin este (Mdn=19, IQR=17.5; Mdn=25, IQR=23; U=7601.5, $p=.012$, g Hedges=-0.244) pacientes foráneos o locales (Mdn=16, IQR=15.5; Mdn=25, IQR=23; U=5563.5, $p<.001$, g Hedges=-0.449), con antecedente de toxicomanías (Mdn=25, IQR=21; Mdn=20, IQR=21; U=6846.0, $p=.026$, g Hedges=0.226), antecedente de abuso en general (Mdn=33.5, IQR=31.75; Mdn=21, IQR=19.75; U=2215.0, $p=.030$, g Hedges=0.572), abuso físico (Mdn=34, IQR=35; Mdn=21, IQR=21; U=495.5, $p=.032$, g Hedges=1.041), abuso sexual (Mdn=42, IQR=32; Mdn=21, IQR=19; U=1209.0, $p=.002$, g Hedges=0.959), comorbilidades médicas (Mdn=17, IQR=12.75; Mdn=23, IQR=23; U=4943.0, $p=.022$, g Hedges=-0.341), hospitalizaciones previas (Mdn=25, IQR=22; Mdn=19, IQR=19; U=7656, $p=.005$, g Hedges=0.307), uso de estabilizadores (Mdn=19, IQR=17.5; Mdn=23.5, IQR=20.75; U=8029.5, $p=.026$, g Hedges=-0.201) y uso de contención farmacológica (Mdn=24, IQR=23; Mdn=18, IQR=17.25; U=7595.5, $p=.006$, g Hedges=0.332).

Tabla 3. Comparación mediante U de Man Whitney de días de hospitalización con variables del estudio

	N	Mediana	IQR	U	p (bilateral)	G de hedges
Sexo						
Femenino	184	21.50	21.75	8156.000	0.622	-0.1477
Masculino	92	21.5	17			
Empleo						
Si	141	19	17.5	7601.500	0.012	-0.2444097
No	131	25	23			
Religión						
Ninguna	62	25	19.25	5511.500	0.125	-0.1687911
Practicante	204	20	20			
Localidad						
Local	191	25	23	5563.500	0.000	-0.4490889
Foráneo	85	16	15.5			
Abuso de sustancias						
Si	120	23	23.25	8973.500	0.556	0.05238563
No	156	21	20.5			
Abuso de alcohol						
Si	135	23	22	9489.500	0.966	0.03426598
No	141	21	19			
Toxicomanías						
Si	87	25	21	6846.000	0.026	0.22621597
No	189	20	21			

	N	Mediana	IQR	U	p (bilateral)	G de hedges
Antecedente de abuso						
Si	24	33.5	31.75	2215.000	0.030	0.57294734
No	252	21	19.75			
Antecedente de abuso físico						
Si	7	34	35	495.500	0.032	1.04114587
No	269	21	21			
Antecedente de abuso psicológico						
Si	11	33	36	1197.000	0.315	0.30906771
No	265	21	21			
Antecedente de abuso sexual						
Si	17	42	32	1209.000	0.002	0.95921221
No	259	21	19			
Antecedente de violencia familiar						
Si	18	32	31.5	1768.000	0.091	0.60303501
No	258	21	21			
Antecedentes heredofamiliares						
Si	112	20	20	8006.500	0.070	-0.2395239
No	164	23.5	22			
Comorbilidades medicas						
Si	56	17	12.75	4943.000	0.022	-0.3418342

	N	Mediana	IQR	U	p (bilateral)	G de hedges
No	220	23	23			
Hospitalizaciones previas						
Si	139	25	22	7656.000	0.005	0.30749258
No	137	19	19			
Antecedente de autolaceraciones						
Si	28	26	38.5	2733.500	0.065	0.58079919
No	248	21	19.75			
Antecedente de intentos de suicidio						
Si	119	22	23	8915.500	0.516	0.1358961
No	157	21	19			
Medicación actual						
Si	191	20	21	7079.000	0.090	-0.144063
No	85	27	19			
Uso de antidepresivos						
Si	43	25	36	4211.000	0.097	0.36526557
No	233	21	20			
Uso de antipsicóticos						
Si	153	22	24.5	9335.000	0.910	0.06349051
No	123	21	19			
Uso de benzodiacepinas						
Si	104	19	19.5	7925.500	0.113	-0.1269619

	N	Mediana	IQR	U	p (bilateral)	G de hedges
No	172	24	20			
Uso de estabilizadores						
Si	132	19	17.5	8029.500	0.026	-0.201346
No	144	23.5	20.75			
Uso de otros medicamentos						
Si	56	18.5	20	5853.500	0.565	0.06464472
No	220	22	21			
Contención farmacológica						
Si	154	24	23	7595.500	0.006	0.33256493
No	122	18	17.25			

Note. N=276; IQR; U;

10.4 KRUSKAL WALLIS

Los resultados de la prueba de Kruskal Wallis identificaron diferencias significativas entre los el estado civil y los días de hospitalización ($H(5)=20.95$, $p=.001$). El análisis post hoc llevado a cabo con la prueba de Games Howell mostro que los pacientes solteros tuvieron una estancia hospitalaria más larga en comparación con los pacientes casados (Mdn=27, IQR=23; Mdn=16, IQR=15; $p<.001$, IC 95% [8.26, 12.15]).

Tabla 4. Comparación mediante H de Kurskal Walis de dias de hospitalización con variables del estudio

	N	Mediana	IQR	H	p
Polaridad					
Depresiva	44	28.5	26	3.836	0.28
Maniaca	190	20.5	19.5		
Mixta	29	21	16.5		

	N	Mediana	IQR	H	p
No especificada	13	23	29		
Estado civil					
Soltero	141	27.00	23.00	22.292	0.001
Casado	83	16	15		
Separado	9	28	33.5		
Divorciado	23	19	20		
Viudo	4	19.5	11.5		
Unión libre	15	21	25		

10.5 REGRESIÓN LINEAL SIMPLE

Calculamos un modelo de regresión lineal simple para predecir el efecto de las variables con resultados significativos y su impacto en los días de hospitalización. Estas fueron la edad ($F=20.46$, $R^2=0.066$, $\beta=-0.309$, $p<.001$), número de veces que fue necesaria contención farmacológica ($F=6.835$, $R^2=0.021$, $\beta=0.407$, $p=0.009$), hospitalizaciones previas ($F=3.430$, $R^2=0.021$, $\beta=0.407$, $p=.065$), estado civil ($F=2.756$, $R^2=0.010$, $\beta=-1.218$, $p=.098$), ocupación ($F=4.079$, $R^2=0.015$, $\beta=-4.173$, $p=.044$), localidad ($F=11.929$, $R^2=0.042$, $\beta=-7.572$, $p=.001$), toxicomanías ($F=3.066$, $R^2=0.011$, $\beta=3.874$, $p=.081$), antecedente de abuso ($F=7.233$, $R^2=0.026$, $\beta=9.740$, $p=.008$), antecedente de abuso físico ($F=7.436$, $R^2=.026$, $\beta=17.69$, $p=.007$), antecedente de abuso sexual ($F=14.759$, $R^2=0.051$, $\beta=16.093$, $p<.001$), antecedente de comorbilidad medica ($F=5.245$, $R^2=0.019$, $\beta=-5.832$, $p=.023$), antecedente de hospitalización previa ($F=6.560$, $R^2=0.023$, $\beta=5.234$, $p=.011$), uso de estabilizadores del estado de ánimo ($F=2.807$, $R^2=0.010$, $\beta=-3.450$, $p=0.95$) y uso de contención farmacológica ($F=7.570$, $R^2=0.023$, $\beta=5.650$, $p=.006$).

Tabla 4

Tabla de regresión simple

Variable	F	R ²	β	SE	p
Edad	20.464	0.066	-0.309	0.068	<0.001

Variable	F	R ²	β	SE	p
Número de veces que se usó contención farmacológica	6.835	0.021	0.407	0.156	0.009
Número de hospitalizaciones previas	3.430	0.009	1.699	0.917	0.065
Estado civil	2.756	0.010	-1.218	0.734	0.098
Ocupación	4.079	0.015	-4.173	2.066	0.044
Localidad	11.929	0.042	-7.572	2.192	0.001
Toxicomanías	3.066	0.011	3.874	2.213	0.081
Abuso	7.233	0.026	9.740	3.622	0.008
Abuso físico	7.436	0.026	17.693	6.488	0.007
Abuso sexual	14.759	0.051	16.093	4.189	<0.001
Comorbilidades	5.245	0.019	-5.832	2.547	0.023
Hospitalizaciones previas	6.560	0.023	5.234	2.043	0.011
Estabilizadores	2.807	0.010	-3.450	2.059	0.095
Contención farmacológica	7.570	0.023	5.650	2.054	0.006

Note. This is a note about the table

11 DISCUSIÓN

La hospitalización sin duda es un elemento esencial en el tratamiento de un paciente con trastorno bipolar. A la fecha son pocos los estudios que han investigado las variables que pudieran predecir las hospitalizaciones prologadas en esta población y no existen estudios recientes en población latina. Se ha visto que las hospitalizaciones prolongadas se relacionan con resultados negativos en la salud física y mental del individuo (Bird et al., 2020; Every-Palmer et al., 2018; Wesselius et al., 2018) y de sus familias (Jiang et al., 2019). Este es el primer estudio que correlaciona el tiempo de hospitalización con las características clínicas

y sociodemográficas de pacientes con trastorno bipolar en población mexicana. En la literatura previa, la duración promedio de las hospitalizaciones psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar varía entre 16 (Gonçalves-Pinho et al., 2022) hasta 41 días (Jacobs et al., 2015). La variabilidad entre el tiempo de hospitalización en esta población podría deberse al país donde se lleva a cabo el estudio y las características de la muestra. La duración promedio de nuestra muestra fue de 21 días, similar a lo reportado por Ragazan et al en el 2019 en un estudio realizado en Suecia (Ragazan et al., 2019).

11.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La mayoría de la muestra fue del sexo femenino (67%), más de la mitad no tenían pareja y en su mayoría eran solteros (51%), la mayoría vivían dentro del estado de Nuevo León (70%). Hubo poca diferencia entre si los pacientes eran empleados o desempleados al momento del internamiento (52% vs 48%, respectivamente). La edad media de nuestra muestra fue de 32 años

Encontramos una correlación negativa débil entre la edad y la duración del internamiento ($p < 0.001$). En el análisis de regresión, aunque hay una relación significativa entre la edad y la duración del internamiento, este no se considera un predictor bueno por sí solo reflejado en la evidencia previa contradictoria respecto a la edad

Se detectó una asociación significativa entre ser local o foráneo y el tiempo de hospitalización ($p < 0.001$) lo que demuestra que vivir fuera del área metropolitana reduce el tiempo de hospitalización, similar a lo reportado previamente por Hebermayer et al en suiza (Hebermayer et al., 2018). También encontramos que el empleo y el estar en casado se relacionan con hospitalizaciones más cortas, lo cual pudiese relacionarse con la funcionalidad del individuo. No encontramos una asociación entre el sexo y el tiempo de hospitalización, a pesar de la evidencia previa reportada (Nivoli et al., 2011). Este hallazgo pudiese estar relacionado con la distribución y el tamaño de nuestra muestra, siendo el 67% mujeres La mayoría eran practicantes de alguna religión (77%) y tampoco encontramos una asociación significativa en cuanto a las creencias religiosas.

11.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La ausencia de comorbilidades médicas, de internamientos psiquiátricos previos y de autolaceraciones se relacionaban con hospitalizaciones más cortas.

El consumo de sustancias, incluyendo el tabaco y el alcohol, no tuvieron relación estadísticamente significativa con la duración del internamiento, pero el consumo de sustancias.

En el modelo de regresión para explorar la relación entre historial de violencia intrafamiliar y duración del internamiento encontramos que fue estadísticamente significativo, denotando que el no tener antecedentes de violencia intrafamiliar reduce el tiempo de hospitalización.

En cuanto al tratamiento farmacológico al momento del ingreso, encontramos una asociación débil entre los pacientes que reportaron utilizar estabilizadores del ánimo y el tiempo de hospitalización. No se encontraron diferencias significativas respecto a la cantidad de fármacos utilizados

12 LIMITACIONES

La principal fortaleza de este estudio radica en su propósito de esclarecer las relaciones entre diversos factores predictores y los periodos de hospitalización, así como la duración de la estancia en una población no estudiada. A pesar de esto, el estudio presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, un tamaño de muestra más extenso y un seguimiento a más largo plazo podrían ofrecer resultados más fiables. En segundo lugar, no se evaluaron los impactos de la comorbilidad con enfermedades físicas, el nivel funcional, la gravedad de la condición del paciente y el grado de cumplimiento del tratamiento. Además, no se consideraron variables respecto al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Tampoco se consideraron valores clinimétricos. No obstante, este estudio, podría ser representativo del momento en el que el paciente es ingresado para su manejo intrahospitalario y podría ofrecer un panorama general del pronóstico preliminar. A pesar de estas limitaciones, las conclusiones de la investigación resultaron beneficiosas para el tratamiento de pacientes con trastorno bipolar y podrían potencialmente ofrecer medidas eficaces para reducir la utilización de recursos hospitalarios.

13 CONCLUSIONES

En general, este estudio destaca la importancia de los enfoques de tratamiento integrales y personalizados para pacientes con trastorno bipolar. Al abordar factores de riesgo específicos y optimizar las estrategias terapéuticas, los profesionales de la salud pueden reducir potencialmente la duración de las estancias hospitalarias, lo que mejorará el bienestar del paciente y la utilización de recursos dentro de los centros de atención psiquiátrica. Sin embargo, se justifican más investigaciones y estudios de intervención para validar e implementar estos hallazgos en la práctica clínica.

14 BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, I. M., Haddad, P. M., & Scott, J. (2012). Bipolar disorder. *BMJ*, 345(dec27 3), e8508-e8508. <https://doi.org/10.1136/bmj.e8508>
- Badriah, F., Abe, T., Nabeshima, Y., Ikeda, K., Kuroda, K., & Hagihara, A. (2013). Predicting the length of hospital stay of psychiatry patients using signal detection analysis. *Psychiatry Research*, 210(3), 1211-1218. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.019>
- Belvederi Murri, M., Prestia, D., Mondelli, V., Pariante, C., Patti, S., Olivieri, B., Arzani, C., Masotti, M., Respino, M., Antonioli, M., Vassallo, L., Serafini, G., Perna, G., Pompili, M., & Amore, M. (2016). The HPA axis in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 63, 327-342. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.10.014>
- Berk, M., Kapczinski, F., Andreazza, A. C., Dean, O. M., Giorlando, F., Maes, M., Yücel, M., Gama, C. S., Dodd, S., Dean, B., Magalhães, P. V. S., Amminger, P., McGorry, P., & Malhi, G. S. (2011). Pathways underlying neuroprogression in bipolar disorder: Focus on inflammation, oxidative stress and neurotrophic factors. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 804-817. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.10.001>
- Bird, V., Miglietta, E., Giacco, D., Bauer, M., Greenberg, L., Lorant, V., Moskalewicz, J., Nicaise, P., Pfennig, A., Ruggeri, M., Welbel, M., & Priebe, S. (2020). Factors associated with satisfaction of inpatient psychiatric care: A cross country comparison. *Psychological Medicine*, 50(2), 284-292. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000011>

- Bryant-Comstock, L., Stender, M., & Devercelli, G. (2002). Health care utilization and costs among privately insured patients with bipolar I disorder. *Bipolar Disorders*, 4(6), 398-405. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2002.01148.x>
- Burton, C. Z., Ryan, K. A., Kamali, M., Marshall, D. F., Harrington, G., McInnis, M. G., & Tso, I. F. (2018). Psychosis in bipolar disorder: Does it represent a more “severe” illness? *Bipolar Disorders*, 20(1), 18-26. <https://doi.org/10.1111/bdi.12527>
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58-66. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193>
- Chung, W., Cho, W. H., & Yoon, C. W. (2009). The influence of institutional characteristics on length of stay for psychiatric patients: A national database study in South Korea. *Social Science & Medicine* (1982), 68(6), 1137-1144. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.045>
- Contreras, J. I. M., & Tapia, H. L. (2002). Características clínicas y epidemiológicas del Trastorno Bipolar en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía «Manuel Velasco Suárez». *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 35(3), 132-137.
- eQTLGen Consortium, BIOS Consortium, the Bipolar Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Stahl, E. A., Breen, G., Forstner, A. J., McQuillin, A., Ripke, S., Trubetskoy, V., Mattheisen, M., Wang, Y., Coleman, J. R. I., Gaspar, H. A., de Leeuw, C. A., Steinberg, S., Pavlides, J. M. W., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Pers, T. H., ... Sklar, P. (2019). Genome-wide association study identifies 30 loci associated with bipolar disorder. *Nature Genetics*, 51(5), 793-803. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0397-8>
- Every-Palmer, S., Huthwaite, M. A., Elmslie, J. L., Grant, E., & Romans, S. E. (2018). Long-term psychiatric inpatients' perspectives on weight gain, body satisfaction, diet and

- physical activity: A mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 300.
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1878-5>
- Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., Allan, S., Caneo, C., Carney, R., Carvalho, A. F., Chatterton, M. L., Correll, C. U., Curtis, J., Gaughran, F., Heald, A., Hoare, E., Jackson, S. E., Kisely, S., Lovell, K., ... Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 675-712.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4)
- Gonçalves-Pinho, M., Freitas, A., Von Doellinger, O., & Ribeiro, J. P. (2022). Bipolar Disorder Related Hospitalizations – a Descriptive Nationwide Study Using a Big Data Approach. *Psychiatric Quarterly*, 93(1), 325-333.
<https://doi.org/10.1007/s11126-021-09951-6>
- Gordovez, F. J. A., & McMahon, F. J. (2020). The genetics of bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 25(3), 544-559. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0634-7>
- Graca, J., Klut, C., Trancas, B., Borja-Santos, N., & Cardoso, G. (2013). Characteristics of frequent users of an acute psychiatric inpatient unit: A five-year study in Portugal. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 64(2), 192-195.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.000782012>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *Lancet (London, England)*, 387(10027), 1561-1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Habermeyer, B., De Gennaro, H., Frizi, R. C., Roser, P., & Stulz, N. (2018). Factors Associated with Length of Stay in a Swiss Mental Hospital. *Psychiatric Quarterly*, 89(3), 667-674. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9569-4>

- Hibar, D. P., Westlye, L. T., Doan, N. T., Jahanshad, N., Cheung, J. W., Ching, C. R. K., Versace, A., Bilderbeck, A. C., Uhlmann, A., Mwangi, B., Krämer, B., Overs, B., Hartberg, C. B., Abé, C., Dima, D., Grotegerd, D., Sprooten, E., Bøen, E., Jimenez, E., ... Andreassen, O. A. (2018). Cortical abnormalities in bipolar disorder: An MRI analysis of 6503 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Molecular Psychiatry*, 23(4), 932-942. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.73>
- Jacobs, R., Gutacker, N., Mason, A., Goddard, M., Gravelle, H., Kendrick, T., & Gilbody, S. (2015). Determinants of hospital length of stay for people with serious mental illness in England and implications for payment systems: A regression analysis. *BMC Health Services Research*, 15(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1107-6>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Jiang, F., Hu, L., Zhao, R., Zhou, H., Wu, Y., Rakofsky, J. J., Liu, T., Liu, H., Liu, Y., & Tang, Y.-L. (2019). Satisfaction of family members with inpatient psychiatric care and its correlates: A national survey in China. *BMC Psychiatry*, 19(1), 427. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2362-6>
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Maser, J., Coryell, W., Solomon, D., Endicott, J., & Keller, M. (2003). Long-term symptomatic status of bipolar I vs. Bipolar II

- disorders. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6(2), 127-137.
<https://doi.org/10.1017/S1461145703003341>
- Manning, J. S. (2010). Tools to Improve Differential Diagnosis of Bipolar Disorder in Primary Care. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 17-22. <https://doi.org/10.4088/PCC.9064su1c.03>
- Masters, G. A., Baldessarini, R. J., Öngür, D., & Centorrino, F. (2014). Factors associated with length of psychiatric hospitalization. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 681-687. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.11.004>
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar Disorder and Suicide: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 22(2), 6. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>
- Nivoli, A. M. A., Pacchiarotti, I., Rosa, A. R., Popovic, D., Murru, A., Valenti, M., Bonnin, C. M., Grande, I., Sanchez-Moreno, J., Vieta, E., & Colom, F. (2011). Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: The role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 443-449.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.055>
- Oshima, I., Mino, Y., & Inomata, Y. (2003). Institutionalisation and schizophrenia in Japan: Social environments and negative symptoms: Nationwide survey of in-patients. *The*

British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 183, 50-56.

<https://doi.org/10.1192/bjp.183.1.50>

P, S., S, T., & Ba, A. (2005, abril). *Reliability of global assessment of functioning ratings made by clinical psychiatric staff*. Psychiatric Services (Washington, D.C.); Psychiatr Serv. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.4.434>

Passos, I. C., Mwangi, B., Vieta, E., Berk, M., & Kapczinski, F. (2016). Areas of controversy in neuroprogression in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(2), 91-103. <https://doi.org/10.1111/acps.12581>

Pauselli, L., Verdolini, N., Bernardini, F., Compton, M. T., & Quartesan, R. (2017). Predictors of Length of Stay in an Inpatient Psychiatric Unit of a General Hospital in Perugia, Italy. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 129-140. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9440-4>

Ragazan, D. C., Eberhard, J., Ösby, U., & Berge, J. (2019). Gender influence on the bipolar disorder inpatient length of stay in Sweden, 2005–2014: A register-based study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 183-191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.052>

Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251-269. <https://doi.org/10.1177/2045125318769235>

Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Kessing, L. V., Turecki, G., Weizman, A., Azorin, J.-M., Ha, K., Reis, C., Cassidy, F., Goldstein, T., Rihmer, Z., Beautrais, A., Chou, Y.-H., Diazgranados, N., Levitt, A. J., Zarate, C. A., & Yatham, L. (2015). Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of

- the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(9), 785-802.
<https://doi.org/10.1177/0004867415594427>
- ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R., & Nolen, W. A. (2002). Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): Results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 203-213.
[https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00310-4](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00310-4)
- Tulloch, A. D., Fearon, P., & David, A. S. (2011). Length of Stay of General Psychiatric Inpatients in the United States: Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(3), 155-168.
<https://doi.org/10.1007/s10488-010-0310-3>
- Vancampfort, D., Correll, C. U., Galling, B., Probst, M., De Hert, M., Ward, P. B., Rosenbaum, S., Gaughran, F., Lally, J., & Stubbs, B. (2016). Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: A systematic review and large scale meta-analysis. *World Psychiatry*, 15(2), 166-174.
<https://doi.org/10.1002/wps.20309>
- Vieta, E., & Suppes, T. (2008). Bipolar II disorder: Arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar Disorders*, 10(1 Pt 2), 163-178.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00561.x>
- Wesselijs, H. M., Van Den Ende, E. S., Alsmá, J., Ter Maaten, J. C., Schuit, S. C. E., Stassen, P. M., De Vries, O. J., Kaasjager, K. H. A. H., Haak, H. R., Van Doormaal, F. F., Hoogerwerf, J. J., Terwee, C. B., Van De Ven, P. M., Bosch, F. H., Van Someren, E. J. W., Nanayakkara, P. W. B., & for the "Onderzoeks Consortium Acute

Geneeskunde” Acute Medicine Research Consortium. (2018). Quality and Quantity of Sleep and Factors Associated With Sleep Disturbance in Hospitalized Patients.

JAMA Internal Medicine, 178(9), 1201.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.2669>

Ziegenbein, M., Anreis, C., Brüggem, B., Ohlmeier, M., & Kropp, S. (2006). Possible criteria for inpatient psychiatric admissions: Which patients are transferred from emergency services to inpatient psychiatric treatment? *BMC Health Services Research*, 6(1), 150.

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-150>

todas las variables utilizando frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Se aplicaron medidas típicas de dispersión a variables cuantitativas. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar medias entre grupos para variables dicotómicas y la prueba de Kruskal-Wallis para variables con más de dos categorías. Se empleó el coeficiente de correlación de Spearman para variables cuantitativas. Se consideraron valores estadísticamente significativos cuando $p < 0.05$. **Resultados.** Los factores asociados a una estancia hospitalaria más prolongada incluyeron una edad más joven, estar separado o divorciado, desempleo, ausencia de comorbilidad médica, historial previo de hospitalización, historial de abuso de sustancias, uso de restricción farmacológica y no uso de estabilizadores del estado de ánimo durante la hospitalización. **Conclusiones.** Este estudio destaca la importancia de tratamientos personalizados para pacientes con trastorno bipolar. Al abordar factores de riesgo específicos y mejorar las estrategias terapéuticas, los profesionales de la salud pueden reducir la duración de las estancias hospitalarias, mejorando así el bienestar del paciente y optimizando recursos en centros psiquiátricos. Aunque se justifican más investigaciones para validar estos hallazgos en la práctica clínica.

Financiamiento. Ninguno.

Registro: PS21-00014

Firma del asesor:

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom.