





SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES  
REVISTA CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD  
Año 7 Vol. 1 No. 8 (Pags. 88-100)

## CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA E.S.E. HOSPITAL PIÓ XII COLÓN PUTUMAYO Nora Elena Rosero Villota.<sup>1</sup> Cristina Cerón S.<sup>2</sup>

Fecha de recepción: Oct. 05/06      Enviado a evaluar: Nov. 17/06      Fecha de aceptación Marzo 17/07

### RESUMEN

**Introducción:** Después de dos años de creada la primera Unidad de Salud Mental en el departamento del Putumayo era necesario tener un conocimiento objetivo, sociodemográfico y clínico, de la población atendida. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, que incluyó el total de la población atendida en los servicios de consulta externa (un año) y de hospitalización (dos años). **Resultados:** La enfermedad mental afecta más a la población masculina con una razón de 1.4 y 1.5 en los servicios de hospitalización y consulta externa respectivamente; los diagnósticos mas frecuentes en la población hospitalizada fueron esquizofrenia paranoide (20.8%) y trastorno afectivo bipolar (17.5%) y en la población de consulta externa trastorno adaptativo depresivo (22.5%), el conflicto armado y el consumo de yagé se identificaron como factores estresores en las dos poblaciones. **Conclusiones:** Los resultados en variables sociodemográficas y clínicas coinciden con la literatura, hay diferencias entre las poblaciones analizadas, la enfermedad mental produce un deterioro marcado en el funcionamiento global y es obstáculo para el desarrollo personal. **Recomendaciones:** Son necesarios estudios de mayor evidencia para comprobar hipótesis.

**Palabras clave:** Unidad Mental, Departamento del Putumayo, Enfermedad mental

- 
- 1 MD, Esp. en Psiquiatría y Epidemiología. Coordinadora Unidad de Salud Mental E.S.E. Hospital Pío XII, Colón Putumayo. E-mail noelro@latinmail.com
  - 2 Magister en Docencia Universitaria. Esp. Epidemiología. Profesora Asistente Tiempo Completo. Facultad Ciencias de la Salud, Directora Programa Promoción de la Salud. Universidad de Nariño. E-mail: iceron@udenar.edu.co

## ABSTRACT

**Introduction:** After two years of the inauguration of first unit of mental health in the department of Putumayo was necessary to have an objective knowledge, sociodemographics and clinic of the attended population. **Materials and methods:** descriptive retrospective research. The research included the total of ambulatory population (one year) of hospitalized patients (two years). **Results:** The mental disease affect with more frequency to masculine population, ratio of 1.4 and 1.5 in hospitalization and ambulatory population respective. The most frequent diagnosis in hospitalization was paranoid esquizofrenia (20.8%) and bipolar disorder (17.5%) and in ambulatory population was depressive adaptative disorder. The army conflict and the yagé consumption were the environmental factors in the two populations. **Conclusions:** The results were agreed with the literature. There are differences among the tested populations. The mental disease produces a big deterioration in the global performance. **Recommendations:** Research of most evidence is necessary for to prove the hypothesis.

**Key words:** Mental unit, department of Putumayo, mental disease.

## INTRODUCCIÓN

La Empresa Social del Estado, Hospital Pío XII, con el apoyo del Departamento Administrativo de Salud del Putumayo, teniendo en cuenta la necesidad de contar con un servicio integral de atención en salud mental, tomó la iniciativa de organizar y poner en funcionamiento una Unidad de Salud Mental, hasta el momento único centro de atención y de referencia en psiquiatría en el Departamento del Putumayo, la cual se inauguró en septiembre de 2001 con diez camas para hospitalización.

Esta unidad de salud mental presta servicios en un contexto geográfico, político-social y cultural especial, el departamento del Putumayo es uno de los territorios más golpeados por la violencia en el país; tiene un alto porcentaje de población indígena y problemas adicionales como pobreza y desempleo, vías de comunicación deficientes, que pueden predisponer a la aparición de enfermedades mentales.

Después de dos años de trabajo en la unidad de salud mental, es necesario recoger y analizar los datos que permitan caracterizar objetivamente a la

población atendida, y extrapolar los resultados a la población del Departamento, teniendo en cuenta, que la Unidad Mental de la E.S.E. Hospital Pío XII, es el principal centro de referencia, en patología psiquiátrica.

La literatura dice que las tasas de prevalencia son similares en todo el mundo, las discrepancias en la prevalencia en diferentes estudios se debe a empleo de metodologías diferentes. La patología mental debida a la presencia de una condición médica ocupa un lugar importante en las estadísticas psiquiátricas, estudios norteamericanos revelan por ejemplo que 30 a 50% de los pacientes epilépticos tienen algún tipo de dificultad psiquiátrica en el curso de su enfermedad.<sup>(1, 2)</sup>

Igualmente, el abuso o dependencia de sustancias, siendo por si misma una enfermedad mental, contribuye a la generación de sintomatología psiquiátrica grave.

La prevalencia mundial de la esquizofrenia oscila entre 1% y 1.5%; a pesar de la gravedad del trastorno

sólo la mitad de los pacientes reciben tratamiento y la distribución por sexo es igual, con una edad de inicio mas temprana en hombres que en mujeres. En cuanto a factores de riesgo, se asocia con bajo nivel social, el riesgo para los solteros es 2.6 a 7.2 veces mayor que para los casados. La prevalencia estimada para el trastorno depresivo mayor es de 15% y quizás en las mujeres ascienda al 25%. La prevalencia del trastorno afectivo bipolar es del 1%, igual para ambos sexos. <sup>(3)</sup>

La prevalencia de retraso mental se estima en 1 % y la del trastorno por déficit de atención con hiperactividad entre 2 y 20% de los niños en edad escolar con distribución por sexos de 3 a 1 con mayor incidencia en niños.

El Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, reporta que el 40.1% de la población, informó haber tenido alguna vez en su vida uno ó más de los veintitrés trastornos basados en el DSM IV. Los trastornos más frecuentemente reportados alguna vez en la vida fueron los de ansiedad (19.3%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (15.0%) y los trastornos por uso de sustancias (10.5%). El 4.9% de la población ha intentado suicidarse alguna vez en la vida. <sup>(4)</sup>

El presente trabajo nace de la necesidad de conocer objetivamente las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes atendidos en la unidad de salud mental y a través de este conocimiento descriptivo, generar hipótesis sobre los orígenes, factores de riesgo y posibilidades de intervención de la enfermedad mental en la zona. Así mismo, tener pautas para desarrollar políticas de salud que permitan la optimización del servicio.

Siendo un estudio descriptivo no se encontraron niveles de asociación entre las variables, los hallazgos coinciden con la literatura y se generan muchas hipótesis por resolver en estudios de mayor evidencia.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio observacional, de tipo descriptivo retrospectivo, que pretende obtener información para conocer las características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada

Se estudiaron dos poblaciones en su totalidad, la de pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental entre Enero de 2002 y Diciembre de 2003 que corresponde a 154 casos y la población de pacientes que asistieron a consulta externa entre Enero de 2002 y Diciembre de 2002 que corresponde a 129 casos. Se seleccionaron diferentes periodos de tiempo de observación, teniendo en cuenta que la población que asiste a consulta externa es más estable en sus características.

Se utilizó como fuente de datos una de tipo secundario; el instrumento fue el formato de historia clínica que se usa en la consulta de primera vez para los pacientes que solicitan atención en la unidad mental del Hospital Pío XII. El formato fue diseñado para este estudio, teniendo en cuenta los parámetros de una historia clínica psiquiátrica completa y se utiliza desde el inicio de la prestación del servicio, de manera que se contó con una información integral en todos los casos y para todas las variables propuestas.

Se diseñaron dos bases de datos en el programa Epi 2000, una para hospitalización y otra para consulta externa. Se realizó un análisis univariado y bivariado de las variables propuestas: sociodemográficas (edad, genero, zona y área de residencia, religión, ocupación, escolaridad, estado civil, estrato socioeconómico, régimen de seguridad social, raza) y variables clínicas (servicio de ingreso, diagnósticos, acompañante, antecedentes tóxicos, antecedentes familiares de enfermedad mental, número de hospitalizaciones previas, número de hospitalizaciones en la unidad de salud mental, número de días de hospitalización, necesidad de contención, antecedente de intento de

suicidio, control actual positivo, número de controles). Las variables: servicio de ingreso, acompañante, número de días de hospitalización, número de hospitalizaciones previas, número de hospitalizaciones en la unidad de salud mental y necesidad de contención, se aplicaron únicamente a la población de pacientes hospitalizados, en quienes se pueden identificar estos datos.

La variable zona de residencia hace referencia al área geográfica de donde proviene el paciente, el departamento está dividido desde este punto de vista en tres zonas: alto Putumayo donde se ubican los municipios de Santiago, Sibundoy, Colón y San Francisco, medio Putumayo con los municipios de Mocoa, Villagarzón, Puerto Caicedo, Puerto Guzmán y bajo Putumayo con los municipios de Valle de Guamuez, Puerto Asís, La Dorada, Puerto Leguízamo. La variable diagnóstico está basada en el diagnóstico multiaxial propuesto por el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales, versión IV. El eje I se ocupa de los trastornos clínicos; el eje II abarca el retardo mental y los trastornos de personalidad, el eje III cualquier trastorno físico o enfermedad médica general presente; el eje IV codifica los problemas psicosociales y ambientales relacionados con el desarrollo o exacerbación del trastorno específico; y el eje V es la escala de funcionamiento global GAF que se puntúa de 0 a 100, en dos momentos, actual y el mejor en el último año. <sup>(5)</sup> Las variables se relacionaron con el diagnóstico en eje I como variable dependiente.

## RESULTADOS

El total de pacientes atendidos en el servicio de Hospitalización fue de 154 en un periodo de dos años y 129 en el servicio de consulta externa en un periodo de un año. La distribución por género fue similar en los dos servicios, siendo más afectada la población femenina razón de 1.4 y 1.5 respectivamente. La mayor parte de la

población procedía del área urbana; en el servicio de hospitalización del bajo Putumayo (48%) y en el servicio de consulta externa del alto Putumayo (60%). El grupo de edad más numeroso en la población de hospitalización fue de 15 a 30 años (48.7%) mientras que en consulta externa el de 31 a 45 años (32.4%) (Tabla 1)

En el servicio de hospitalización se encontró que el 76% de los pacientes ingresaron por urgencias, el acompañante más frecuente fue la madre (31.2%) y el 76.6% de los pacientes profesaban la religión católica. En el servicio de consulta externa el 94.6% eran católicos. Para el servicio de hospitalización, el 64.% de los pacientes eran subsidiados y el 33.8% vinculados; solo el 1.3% eran de régimen contributivo. En el servicio de consulta externa 50.4% eran subsidiados, 31% de régimen contributivo, 17.1% vinculados.

El diagnóstico sindromático más frecuente en el servicio de hospitalización fue el síndrome psicótico (54%), seguido del maniaco (21%); en el servicio de consulta externa el síndrome depresivo (41.9%) y en segundo lugar de frecuencia el ansioso (23.2%). El diagnóstico más frecuente en el eje I, entre los hospitalizados fue esquizofrenia paranoide (20.8%) y en consulta externa trastorno adaptativo depresivo (22.5%), (Tabla 2)

El 49% de la población de hospitalización presenta comorbilidad en eje II, el 27.3% de pacientes retardo mental y el 21.7% trastorno de personalidad.; los trastornos de personalidad mas frecuentes fueron los del grupo B (69.7%). El 45% de estos individuos presentaron condiciones médicas asociadas, siendo la más frecuente la patología neurológica, demencia o epilepsia (23%).

En el grupo de consulta externa 55.8% tenían comorbilidad en eje II; 14.0% retardo mental y 41.8% trastorno de personalidad; los trastornos de personalidad del grupo C, fueron los más frecuentes (61.1%). El 45.7% de estos pacientes presentaron comorbilidad con condición médica, la más frecuente, patología neurológica (33.8%).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de población atendida en servicios de hospitalización y consulta externa. Unidad de Salud Mental E.S.E. Hospital Pío XII**

Variables		Servicios			
		Hospitalización		Consulta Externa	
		Número	%	Número	%
Sexo	Masculino	64	41.6	52	40.0
	Femenino	90	58.4	77	60.0
	Menor de 15	8	5.2	20	15.5
Edad	15 a 30	75	48.7	29	22.5
	31 a 45	56	36.4	42	32.4
	46 a 60	6	3.9	26	20.2
Estado Civil	61 a 75	9	5.8	6	4.7
	76 y más	0	0.0	6	4.7
	Soltero	97	63.0	53	41.1
	Casado	18	11.7	41	31.8
	Unión Libre	27	17.5	17	13.2
Escolaridad	Viudo	4	2.6	10	7.8
	Separado	8	5.2	8	6.2
	Nula	17	11.0	10	7.8
	Primaria Incompleta	63	40.9	37	28.7
	Primaria Completa	27	17.5	10	7.8
	Media Incompleta	32	20.8	28	21.7
	Media Completa	11	7.1	15	11.6

**Tabla 2. Diagnóstico en eje I de la población atendida en los servicios de hospitalización y consulta externa Unidad de Salud Mental**

Diagnóstico en Eje I	Servicios			
	Hospitalización		Consulta Externa	
	Número	%	Número	%
Esquizofrenia paranoide	32	20.8	7	5.4
T. A. B. maniaco severo con psicosis	27	17.5	0	0.0
T. D.M. severo con psicosis	14	9.1	0	0.0
T. sicótico por condición médica	10	6.5	13	10.1
T. sicótico por sustancias	10	6.5	4	3.1
T. esquizofreniforme	9	5.8	0	0.0
T. adaptativo depresivo	3	2.0	29	22.5
T. D.M. severo sin psicosis	5	3.2	8	6.2
T.D.M. moderado	4	2.6	8	6.2
T. distímico	3	2.0	9	7.0
T. por estrés postraumático	3	2.0	5	3.9
T. Déficit de atención	0	0.0	4	3.1
T. psicótico no especificado	11	7.1	0	0.0
T.A.B. en remisión	0	0.0	5	3.9
T. de pánico	1	0.6	7	5.4
T obsesivo compulsivo	1	0.6	3	2.3
Otros	21	13.6	27	21.0

En la tabla 3, se observa la frecuencia de los principales diagnósticos en eje IV, el cual se logró identificar en el 8% de la población hospitalizada y en el 75% de la población ambulatoria.

En la tabla 4, se aprecia la puntuación en la Escala de funcionamiento global (Eje V), entre los pacientes de las poblaciones atendidas.

En la variable antecedentes tóxicos, son positivos el 33% de los hospitalizados, el alcohol es

la sustancia de mayor consumo (68.6%). En consulta externa son positivos 25.5% de los pacientes y el alcohol es la sustancia de abuso en el 90.9%

El intento de suicidio es positivo en el 23.4% de los hospitalizados 55% con diagnósticos relacionados con síndrome depresivo. El 11.6% de ambulatorios, reconoció este antecedente, el 33.3% tenían síndrome depresivo.

**Tabla 3. Diagnóstico en eje IV de la población atendida en los servicios de hospitalización y consulta externa Unidad de Salud Mental**

Diagnóstico en Eje IV	Servicios			
	Hospitalización		Consulta Externa	
	Número	%	Número	%
Conflicto Armado	47	30.7	33	34.0
Consumo de Yagé	16	10.4	6	6.2
Conflicto familiar o de pareja	36	23.5	48	49.5
Condición Médica	11	7.2	10	10.3

Fuente: Historias Clínicas

**Tabla 4. Diagnóstico en eje V (actual) de la población atendida en los servicios de hospitalización y consulta externa Unidad de Salud Mental**

Diagnóstico en Eje V	Servicios			
	Hospitalización		Consulta Externa	
	Número	%	Número	%
Menor de 20	63	40.9	3	2.3
21 a 40	79	51.3	25	19.4
41 a 60	12	7.8	79	61.2
61 a 80	0	0.0	22	17.1

Fuente: Historias Clínicas

La población estudiada presentaba antecedentes de enfermedad mental en la familia, en un 53.9% entre los hospitalizados y en un 87.6% entre los pacientes de consulta externa.

Para el servicio de hospitalización, fue necesaria la contención de los pacientes, como mecanismo de control de la heteroagresividad en el 61,5% de los casos. El 51.3% de esta población se hospitalizó

con primer episodio de enfermedad mental. El 79.9% se hospitalizaron una vez en los dos años de estudio y el 20.1% dos veces. El 55% requirió menos de 45 días de hospitalización, el 19.5% 46 a 60 días, el 24.5% más de 60 días.

El 38,3% de los pacientes que se hospitalizaron se encuentran en control actualmente, el 33% han asistido a 1 o 2 controles, el 23% a 3 o 4 controles;

el 28.7% de los pacientes de consulta externa están en control, un 59.3% han asistido de 3 a 6 controles en un año.

## DISCUSIÓN

Siendo la unidad de salud mental de la E.S.E. Hospital Pío XII, el único centro de referencia para la atención de pacientes con enfermedad mental, se puede pensar en una extrapolación de los resultados del presente estudio y tener una aproximación a la situación real en patología mental en la población del departamento del Putumayo. Se evidencia que las enfermedades mentales graves, que ameritan hospitalización, afectan en mayor porcentaje al sexo femenino que al masculino en razón 1.4/1, la edad de inicio coincide con la reportada mundialmente y los pacientes pertenecen a los grupos de edad de mayor productividad con un 85.1% de personas en edad entre 15 y 45 años. Llama la atención que el 5.2% de pacientes hospitalizados son niños, situación que indica la tendencia actual de inicio temprano de la enfermedad mental y la detección temprana de la misma, con presencia, en esta edad, de patologías que incluyen todos los espectros de la enfermedad, incluyendo la psicosis. <sup>(6)</sup>

Como se esperaba, dada la distribución socioeconómica en el departamento, un alto porcentaje de los pacientes provienen de los estratos más bajos; el 94.1% pertenece al estrato 0 y 1. Enfermedades como esquizofrenia se relacionan con bajo nivel social. <sup>(7)</sup>

Se hospitalizaron 1.3% de pacientes de régimen contributivo, no porque no presenten patología sino porque los pacientes vinculados y de régimen subsidiado tienen prioridad en los cupos disponibles; los pacientes de régimen contributivo se remiten a las instituciones contratadas por sus empresas prestadoras de servicios de salud.

Los niveles de escolaridad son mínimos, lo cual puede relacionarse con la falta de oportunidades,

y en algunos casos con el obstáculo que representa el desarrollo de la enfermedad mental a edad temprana. <sup>(8)</sup> Entre los hospitalizados, 11% de la población es analfabeta y el 40.9% tiene un nivel de escolaridad de primaria incompleta. El nivel educativo se relaciona con la ocupación; además las características geográficas y económicas del departamento coinciden con el hecho de que la mayor parte de la población se dedica a la labor agrícola (20.8%), y manteniendo la idiosincrasia de la zona la mujer permanece en labores del hogar (27.3%) y en algunos casos sale de su casa a trabajar en oficios domésticos (7.8%).

El bajo Putumayo, siendo la región más distante a la zona de ubicación de la unidad mental, es la que más aporta en número de pacientes hospitalizados (48%), probablemente por ser el área geográfica del departamento donde se concentra especialmente el conflicto armado, que como se puede ver es el principal estresor asociado al desencadenamiento de crisis de enfermedades mentales.

La enfermedad mental limita el desarrollo personal en todas las áreas del funcionamiento, como la posibilidad de formar una familia, éste es un hallazgo descrito en la población psiquiátrica a nivel mundial, especialmente en enfermedades mentales de mayor severidad y deterioro como la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y los trastornos bipolares. Además el estar solo (soltero, viudo o separado) es un factor de riesgo para enfermedad mental (esquizofrenia, depresión, trastornos de ansiedad). <sup>(9)</sup> Los pacientes en la población estudiada siguen este comportamiento y es así como son solteros el 84% de los pacientes con esquizofrenia paranoide, el 63% de los pacientes con trastorno bipolar, el 73% de los pacientes con trastorno psicótico no especificado, el 50% de los pacientes con trastorno depresivo mayor con psicosis, 100% de los pacientes con esquizofrenia indiferenciada. En el grupo de los solteros, el 27.8% tienen diagnóstico de esquizofrenia paranoide, y el 17.5 % de trastorno afectivo bipolar maniaco con psicosis.

Desde esta perspectiva, es de esperar que no exista una red de apoyo adecuada para estos pacientes, el 8.4% de los pacientes hospitalizados en el periodo, ingresó y egresó solo, las madres son quienes permanecen con más frecuencia como acudientes y responsables de los pacientes de todas las edades, son las acompañantes en el 31.2% de los casos.

Siendo el departamento del Putumayo una región con población indígena, se esperaría un mayor número de pacientes de esta raza, sin embargo el hecho de no encontrar este resultado, podría explicarse por el pensamiento mágico que rodea a la enfermedad mental en esta cultura, que acude al manejo empírico por parte de los curanderos de las comunidades; por lo tanto ingresan a la unidad mental los pacientes en quienes el manejo empírico ha empeorado la sintomatología psiquiátrica y/o aquellos que por curso natural de la enfermedad no son transitorios y no mejoran "coincidentalmente", con el manejo instaurado por los curacas.

El síndrome psicótico es el diagnóstico de hospitalización más frecuente, se podría decir que el componente psicótico es un factor que motiva la hospitalización, ya que generalmente lleva a mayor desorganización comportamental y especialmente a heteroagresividad; de hecho, los pacientes psicóticos fueron quienes más requirieron contención (63% sumando los diagnósticos que incluyen psicosis), como mecanismo de control de la agresividad en la población estudiada. <sup>(10)</sup>

El 59% de los pacientes con trastorno afectivo bipolar maniaco con psicosis requirió contención, se debe tener en cuenta que aunque se trata de un trastorno afectivo, existe también un componente psicótico.

En cuanto a diagnóstico en Eje I, se observaron entre los hospitalizados, cuadros de todos los espectros: psicótico, depresivo, ansioso, trastorno del comportamiento alimentario, disociativo, relacionados con consumo de sustancias y con condición médica.

La esquizofrenia, con sus diferentes tipos (paranoide, indiferenciada, desorganizada) es la enfermedad de mayor frecuencia entre los hospitalizados (24.8%), su prevalencia en la población general es de 1%; se diagnosticó un caso de esquizofrenia en un menor de 15 años, una edad de inicio que empeora el pronóstico de la enfermedad mental de peor pronóstico. En el grupo de 15 a 30 años el 21.3% tienen esquizofrenia paranoide, 1.3% desorganizada y 1.3% indiferenciada, coincidiendo con la edad de inicio reportada mundialmente. <sup>(11)</sup>

El trastorno afectivo bipolar que amerita hospitalización se observa como episodio maniaco severo con síntomas psicóticos y es la segunda causa de hospitalización (17.5%), en la población general su prevalencia es similar a la de esquizofrenia. El tercer lugar es para la depresión mayor con psicosis, se conoce una prevalencia general del trastorno depresivo mayor de 15 a 25 %, que incluye casos moderados y leves. <sup>(12)</sup>

En una zona donde la población está expuesta a eventos traumáticos relacionados con el conflicto armado, solo se hospitalizaron 3 casos (2.0%) de trastorno por estrés postraumático.

Siendo el conflicto armado, el principal factor de estrés en el presente estudio (identificado en el 30.5% de los casos), se observa una multiplicidad de diagnósticos de enfermedad mental entre las víctimas del mismo, incluyendo esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad.

Los conflictos familiares y de pareja ocupan el segundo lugar como diagnóstico de eje IV (32.7% de los que identificaron estresor), e igualmente se relacionan con multiplicidad de diagnósticos, incrementándose el porcentaje de trastornos depresivos, comparado con los diagnósticos relacionados con el conflicto armado como estresor. <sup>(13)</sup>

Es preocupante la habitual utilización de yagé (*Ayahuasca*) en el departamento, los resultados del presente estudio, en el cual se observa que este factor estuvo presente en el 14.5% de los que lograron identificar estresor, hacen sospechar que esta sustancia está directamente relacionada con el desencadenamiento y/o empeoramiento de crisis de enfermedades mentales.

No existen en la literatura estudios que indiquen esta asociación, quizás porque la sustancia se considera un ansiolítico; sin embargo no se ha tenido en cuenta que frecuentemente se mezcla con alucinógenos y probablemente funcione como el *cannabis* como "revelador" de enfermedades mentales.

Entre los resultados del estudio, es evidente el grave problema relacionado con la dependencia al alcohol entre las personas que sufren de enfermedad mental grave, empeorando el pronóstico. El 22% del total de pacientes presenta comorbilidad con consumo de licor.

También la comorbilidad con diagnóstico en el eje II, el retardo mental y la presencia de trastornos de personalidad, limita el porcentaje de recuperación y el mantenimiento de la remisión. Los rasgos y trastornos de personalidad predominantes son los del grupo B (narcisista, límite, antisocial, histriónico), relacionados con todos los diagnósticos sindrómicos. Los trastornos de personalidad del grupo A como la literatura lo menciona se observan más en pacientes con esquizofrenia, hallazgo que se repite en el presente estudio. <sup>(14)</sup>

La enfermedad mental es un factor de riesgo para suicidio, en la población estudiada se observa el antecedente de intento de suicidio en el 23.4 % de los casos. Coincidiendo con la literatura mundial, el mayor porcentaje (55.6%) de pacientes que tienen este antecedente presentan un diagnóstico de trastorno depresivo. <sup>(15)</sup>

La enfermedad mental deteriora las capacidades de los pacientes, quienes llegan a los puntajes más

bajos en la escala de funcionamiento global en el momento de la crisis, se comprueba una vez más que la enfermedad mental limita el desarrollo y desempeño global del ser humano.

Siendo la enfermedad mental en todas sus manifestaciones, una patología en la que la herencia ejerce una marcada influencia, probablemente exista en el resultado de este estudio, una subinformación. Se logró identificar el antecedente claro en aproximadamente el 50% de los casos.

El 94.7% de los pacientes estudiados solo se ha hospitalizado una vez por año en el periodo analizado. Es evidente la reducción de recaídas gracias a las medidas tomadas como el refuerzo de la red de apoyo, la garantía del suministro permanente de medicamentos de mantenimiento y la psicoeducación durante la hospitalización y ambulatoriamente para mejorar la adherencia al tratamiento y la conciencia de enfermedad.

La severidad de los episodios y la limitante de la retardada respuesta a la farmacoterapia, lleva obviamente a periodos prolongados de hospitalización, pero las estrategias utilizadas como la atención más personalizada, la evaluación diaria y contar con un equipo de alta calidad humana ha permitido también reducir el promedio de estancia; el 38.3% de los pacientes tienen una estancia inferior a treinta días, considerando que el tiempo mínimo necesario para observar respuesta y tolerancia al medicamento no puede ser inferior a tres semanas. <sup>(16)</sup>

El cumplimiento con controles no es óptimo, el 38.3% de pacientes se encuentran en control actualmente. Entre los adherentes al control, afortunadamente se encuentran pacientes con patologías graves.

Antes de conocer el resultado de este estudio ya se había evidenciado el bajo cumplimiento en controles y se atribuye a la dificultad de acceso

por problemas económicos y de transporte hasta el municipio de Colón. Ya se han tomado medidas, como procurar el control por medicina general en el municipio de origen y el envío del correspondiente medicamento para los pacientes que definitivamente no pueden acudir al control y se encuentran estables con el tratamiento de mantenimiento instaurado, esto ha permitido por los resultados de este estudio reducir el riesgo de re-hospitalización.

Analizando los resultados del segundo grupo poblacional estudiado, en los pacientes que asistieron a consulta externa en el año 2002, la distribución por género es similar a la observada en el servicio de hospitalización.

Considerando que en este servicio, sí existe la posibilidad de atender pacientes de régimen contributivo, hay un cambio en la distribución por régimen de seguridad social y en la estratificación socioeconómica, un 31% de los pacientes pertenece al régimen contributivo, y el gremio que más aporta en este grupo es el magisterio; 29% de los pacientes atendidos son docentes. En esta población como en la hospitalizada la mayoría (50.4%) de pacientes pertenecen al régimen subsidiado.

La población de este servicio, con grados de menor severidad en su enfermedad mental, ha logrado mejores niveles de escolaridad, independientemente de la población docente que alcanza nivel universitario, hay más pacientes con educación media completa (11.6%) y menos analfabetas (7.8%). Igualmente estos pacientes han logrado un mejor desempeño familiar, el porcentaje de personas solas sigue siendo alto (55%), pero hay que tener en cuenta que existe un 15.5% de población infantil y por lo tanto aún no se espera que tengan pareja. El 45% de los pacientes tienen unión estable contra el 29.2% entre los hospitalizados. Desde este punto de vista de la ocupación, en este grupo hay menos cesantes (14.7%) y la agricultura entre los hombres y la dedicación al hogar entre las mujeres, continúan como los oficios más frecuentes.

El síndrome depresivo ocupa el primer lugar como diagnóstico sindromático en la población (41.9%), el síndrome ansioso ocupa un segundo lugar en frecuencia (23.2%), en el último estudio Nacional de salud la prevalencia de estos síndromes en inversa, predominando los cuadros de ansiedad. <sup>(17)</sup>

En la población infantil de este grupo se encuentran trastornos depresivos (35%), diagnóstico que según la literatura, va en incremento acelerado para este grupo etareo. Además aparece el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad; entre los niños atendidos el 40% lo presentan en la población general su prevalencia es del 25% y es causa de bajo rendimiento escolar y maltrato infantil, al no entenderlo y no diagnosticarse como enfermedad. <sup>(18)</sup>

Con base en los diagnósticos propuestos por el DSM IV, son veinte los diagnósticos específicos encontrados en esta población, el que ocupa la mayor frecuencia es el trastorno adaptativo depresivo (22.5%), con una prevalencia mucho más alta a la conocida entre la población psiquiátrica (10%). La presencia de esta patología influye en el bajo porcentaje de pacientes en control actual, ya que son pacientes en quienes una vez cesa el estresor o se logra un proceso adecuado de adaptación, pueden ser dados de alta. <sup>(19)</sup>

Los eventos relacionados con el conflicto armado son en el caso de la población de consulta externa y de hospitalización un estresor importante como disparador de la crisis; se podría esperar que el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático fuera más frecuente, sin embargo solo aparece en el 2.8% de los 283 pacientes atendidos en los servicios mencionados.

Los conflictos familiares y de pareja pasan a ser el principal estresor en esta población (34% de los casos), y generan trastornos adaptativos transitorios y otros cuadros depresivos de manejo ambulatorio. Nuevamente aparece el consumo de yagé en un 6.2% de los casos, relacionado temporalmente con el inicio del cuadro.

Los trastornos de personalidad, el grupo C (dependiente, evitativo, obsesivo), son los de mayor frecuencia (61.1%) en comorbilidad con los diagnósticos más frecuentes en eje I (ansiedad y depresión); la literatura muestra que este es un hallazgo frecuente, considerando que este tipo de personalidades son premórbidas con relación a estas patologías. <sup>(20)</sup>

La dependencia al alcohol se presenta en comorbilidad con variedad de diagnósticos en eje I, incluyendo psicosis, ansiedad y depresión; en los trastornos depresivos y ansiosos como se conoce por estudios previos, el alcohol se utiliza como ansiolítico. <sup>(21)</sup> En nuestra población, el 23.25% tiene comorbilidad con dependencia a alcohol.

Es importante anotar que aunque el problema de alcoholismo en la zona no está cuantificado por estudios serios, aproximadamente el 80% de la población indígena y un 50% del resto de la población presenta abuso o dependencia al alcohol, se ha observado que los intentos de suicidio en un 90% se realizan bajo sus efectos y que la población adolescente está incrementando el consumo severamente. <sup>(22)</sup>

El intento de suicidio se presentó en el 11.6% de esta población, probablemente hay subregistro, pero nuevamente está más relacionado con los cuadros depresivos.

El 28.7% de los pacientes permanece en control, probablemente en este porcentaje influye el hecho, como se mencionó, de que en este grupo pueden ser dados de alta muchos pacientes, principalmente los diagnosticados con trastorno adaptativo, que son la mayoría. Entre los adherentes al tratamiento el número de controles es adecuado, el 59.3% de esta población ha asistido en un año a entre 3 y 6 controles, gracias a que el departamento administrativo de salud no limita su número, y permite una programación de acuerdo con las necesidades del paciente y no con la "economía" del sistema de salud.

A partir de este estudio se generan varias hipótesis e interrogantes, como: Es el yagé una sustancia que como los cannabinoides se comporta como un revelador de enfermedades mentales?;Cuál es el real nivel de asociación del conflicto armado con la patología mental?;Cuál de los eventos relacionados con el conflicto armado es el de mayor influencia en el cambio del comportamiento de la salud mental?; El medio está haciendo que exista una mayor prevalencia de trastornos de personalidad?; Existe diferencia con otras poblaciones en el nivel de respuesta al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico?Cuál es el verdadero impacto de las estrategias instauradas para disminuir recaídas?; Cómo se encuentra el nivel de satisfacción de la población?,Cuál es el nivel de asociación entre consumo de alcohol y suicidio en nuestra población? Qué impacto tendría sobre las tasas de suicidio la disminución del consumo de licor? Cuántas camas se necesitan realmente en la unidad mental para atender a la población del departamento?Cuál es la prevalencia de la patología mental en el departamento? Después de obtener esta información, es obligatorio profundizar el conocimiento con el diseño de estudios con un mayor nivel de evidencia para resolver las hipótesis generadas en la búsqueda del objetivo de mejorar la atención de nuestra razón de ser como médicos y epidemiólogos: los pacientes.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud. Marzo 2004
2. Epidemiological Catchment Area - EEUU. 1990.
3. Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 1997.
4. Posada-Villa José, Aguilar-Gaxiola Sergio, Magaña Cristina, Gómez Luis Carlos. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. Revista Colombiana de Psiquiatría. Año 40. Volumen XXXIII. Número 3 Septiembre 2004. 241-262

5. Pochot Pierre, López Juan J. Y col. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A.1999
6. Kaplan Harold I., Sadock Benjkamin J., Grebb Jack A. Tratado de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica. Editorial panamericana. 1996
7. Tellez-Vargas, Lopez-Mato Andrea, Aspectos neurocognoscitivos de la Esquizofrenia. Nuevo Milenio Editores. Bogotá 2001
8. Kaplan Harold I., Sadock Benjkamin J., Grebb Jack A. Tratado de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica. Editorial panamericana. 1996
9. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada Villa J. y col. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization Word Mental Health Surveys. JAMA Jun 2; 291(21): 2581-90 2004
10. Posada- Villa José, Aguilar-Gaxiola Sergio, Magaña Cristina, Gómez Luis Carlos. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. Revista Colombiana de Psiquiatría. Año 40. Volumen XXXIII. Número 3 Septiembre 2004.241-262
11. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada Villa J. y col. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization Word Mental Health Surveys. JAMA Jun 2; 291(21): 2581-90 2004
12. Kaplan Harold I., Sadock Benjkamin J., Grebb Jack A. Tratado de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica. Editorial panamericana. 1996
13. Posada- Villa José, Aguilar-Gaxiola Sergio, Magaña Cristina, Gómez Luis Carlos. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. Revista Colombiana de Psiquiatría. Año 40. Volumen XXXIII. Número 3 Septiembre 2004.241-262
14. Ibid
15. Gómez Carlos, Rodríguez Nelsy. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría. Año 33 Vol XXVI. No 1 Marzo 1997. pag 23 -35
16. Posada-Villa José, Aguilar-Gaxiola Sergio, Magaña Cristina, Gómez Luis Carlos. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. Revista Colombiana de Psiquiatría. Año 40. Volumen XXXIII. Número 3 Septiembre 2004.241-262
17. Gómez Carlos, Rodríguez Nelsy. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría. Año 33 Vol XXVI. No 1 Marzo 1997. pag 23 -35
18. Montoya Iván Darío, Conceptos básicos de investigación en Salud mental. Revista colombiana de Psiquiatría. Año 34, Vol XXVII No. 2 Junio 1998.
19. Gómez Carlos, Rodríguez Nelsy. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría. Año 33 Vol XXVI. No 1 Marzo 1997. pag 23 -35
20. Kaplan Harold I., Sadock Benjkamin J., Grebb Jack A. Tratado de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica. Editorial panamericana. 1996
21. Ibid
22. Maris, RW. Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1981.



