

Trastornos mentales y del comportamiento en el Hospital San Pedro y San Pablo, 2015-2017

Mental and behavioral disorders in the Hospital San Pedro y San Pablo, 2015-2017

Brenda Marín-Toro¹, Mariana Blanco-Betancur¹, Jorge D. Buitrago-Calderón¹, Sarita Patiño-Valencia², Jorge A. Sánchez-Duque^{3,4}

Resumen

Introducción: Los trastornos mentales y del comportamiento son un grupo de patologías de alta prevalencia que impactan la calidad de vida, y además, genera altos costos debido a la ausencia de políticas para su prevención y manejo integral.

Objetivo: Describir los diagnósticos asociados a trastornos mentales y del comportamiento de mayor prevalencia.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes que consultaron a los servicios de salud mental de un hospital de referencia de Colombia, quienes tuvieron diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento, atendidos entre el 1 de enero del 2015 y 31 de diciembre del 2017. No se tuvieron criterios de exclusión. Esta información fue digitada en Microsoft Excel 2013 y analizada en el software STATA 14.2, versión oficial. Según la declaración de Helsinki este trabajo no representa daño a la salud o prestigio de los participantes.

Resultados: El hospital reportó 7 429 consultas asociadas a población con algún diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento (3 237 pacientes) de los cuales 56,1% eran mujeres y el 59,7% era mayores de 18 años. 88,71% fueron a consulta externa, de estas 58,03% fueron mujeres. De las consultas a urgencias, el 59,3% fueron mujeres. Los trastornos de ansiedad representaron un 17,18%, trastorno depresivo mayor episodio único 8,6% y trastorno mixto de ansiedad y depresión 8,1%.

Conclusión: Cada día se amplía el acceso a los servicios de salud mental, por lo cual aumenta el número de consultas.

Palabras clave:

Psicometría; Servicios de Salud Mental; Trastornos Mentales; Población Rural.

Abstract

Introduction: Mental and behavioral disorders are a prevalent group of high prevalence pathologies that impact the quality of life, and generate significant associated costs due to deficiencies in their prevention and integral management.

Objective: To describe the most prevalent diagnoses of mental and behavior disorders identified.

Material and Methods: A descriptive cross-sectional study was carried out. Patients who consulted the mental health services of the Colombian reference institution were included, who had a diagnosis of mental or behavioral disorder, attended between January 1, 2015 and December 31, 2017. There were no exclusion criteria. This information was typed in Microsoft Excel 2013 and analyzed in STATA 14.2 software, official version. According to the Declaration of Helsinki this work does not represent damage to the health or prestige of the participants.

Results: The institution reported 7 429 consultations associated to mental and behavioral disorders (3 237 patients), of which 56,1 % were women and the 59,7 % were over 18 years of age. Of the consultations, 88,7 % were outpatient, of which 58,0 % were women. Of the consultations to emergencies, 59,3% were women. Anxiety disorders represented 17,1 %, major depressive disorder, single episode 8,6%, and mixed anxiety and depression, 8,1 %.

Conclusion: Every day access to mental health services expands, which increases the number of consultation.

Keywords:

Psychometrics; Mental Health Services; Mental Disorders; Rural Population.

¹ Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Risaralda (ACEMRIS), Asociación de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina de Colombia (ASCEM-COL), Programa de Medicina, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira (Risaralda), Colombia.

² Grupo de investigación Salud Pública e Infección, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira (Risaralda), Colombia.

³ Grupo de investigación Epidemiología, Salud y Violencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira (Risaralda), Colombia.

⁴ Grupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad. Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.

Correspondencia a:

Jorge A. Sánchez-Duque

E-Mail:

jordansanchez@utp.edu.co
+ 57 6 3137032170

Recibido:

15 de julio de 2018

Aceptado:

19 de noviembre de 2019

scientific.umsa.bo

Fuente de Financiamiento

Autofinanciado

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la realización de este manuscrito.

INTRODUCCIÓN

La presencia de trastornos mentales y del comportamiento afecta la funcionalidad de las personas y ha sido asociada a diferentes factores modificables, no modificables y otras condiciones de riesgo sociodemográficas, por lo cual su comprensión es fundamental para la práctica clínica y el desarrollo de políticas públicas en prevención^{1,2}. Según datos del “Global Burden of

Disease Study”, se estima que alrededor del 10% de la población mundial lo padecerá en algún momento de la vida, y sólo 1 de cada 27 recibirá un tratamiento integral para esta condición²⁻⁷, lo cual ha llevado a un aumento en la prevalencia de consultas por autolesiones y reporte de suicidios en Estados Unidos de América durante el 2016, con datos de 420 000 y 44 000 casos, respectivamente.⁸

Estas altas prevalencias generan impactos en la economía global, con proyecciones que continúan en aumento, llevando a la salud mental a discusión en diferentes foros internacionales promovidos por organizaciones internacionales como la Organización de Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud.^{2,4,9-11} Además, se estima que los trastornos mentales representan un 7,4% de las causas de morbilidad mundial, y ocupan el primer puesto de morbilidad no mortal, causando discapacidad, exclusión del mercado laboral, mayor exposición a factores de riesgo de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, EPOC y otros problemas cardiovasculares que explican una reducción de la expectativa de vida en alrededor de 15 - 25 años, con relación a la población general.¹¹⁻¹⁴

A nivel internacional, se ha promovido la realización de estudios que permitan identificar factores determinantes para el desarrollo de estas condiciones, con el fin de generar estrategias de atención biopsicosociales promovidas por las instituciones prestadoras de salud y los sistemas de seguridad social, y coordinadas por los profesionales en salud mental en sus diferentes niveles de atención.^{2,4-6,15,16}

Los costos asociados a la enfermedad mental, incluyen el tratamiento farmacológico, no farmacológico y pérdidas activas asociadas (discapacidad, desbalance en ingresos laborales, otros), una suma que alcanza los 461 000 millones de euros anuales solo para Europa, lo que corresponde al 7% del presupuesto de atención en salud.^{5,9,12} Pese a esto, se evidencia una falla en la implementación de las políticas internacionales de salud mental, puesto que se proyectan reducciones en la disponibilidad de servicios comunitarios y de camas psiquiátricas en países como Reino Unido, Francia y Alemania en la última década.^{6,9-11,17}

Colombia es uno de los países con mayor prevalencia de trastornos de salud mental según reportes de la OMS^{18,19}, razón por la cual, el ministerio de salud realiza periódicamente la publicación de boletines de Salud Mental. El boletín de salud mental número 6, publicado en 2018, reporta un total de 862 272 consultas durante el 2017 por trastornos de salud mental y del comportamiento, de los cuales el 5,8% correspondió al departamento de Risaralda. Comprendiendo la problemática pública de la salud mental en la población, se realizó este estudio cuyo objetivo fue determinar los trastornos mentales y del comportamiento de mayor prevalencia identificados en un hospital de referencia de Colombia durante el periodo comprendido entre los años 2015-2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La información de las consultas fue proporcionada de manera sistemática por el área de estadística e informática del hospital de referencia, cumpliendo los indicadores de salud mental según parámetros solicitados por la Secretaría Departamental de Salud. Esta base de datos incluía información sobre todos los pacientes que consultaron a los servicios de salud mental en la institución de estudio quienes tuvieron un diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento, con códigos de F000 a F999, según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª versión (CIE10), durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. No se tuvieron criterios de exclusión.

Antecedentes demográficos: El municipio de La Virginia está ubicado en el departamento de Risaralda, Colombia, este cuenta con una población estimada de 32 261 personas. Allí se encuentra la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital San Pedro y San Pablo (HSPSP), el cual presta servicios de salud de baja y mediana complejidad, dentro de los cuales se incluyen psicología y psiquiatría para consulta externa e interconsultas en servicio de urgencias.

La información fue unificada en una plantilla de Microsoft Excel 2013, con la base instaurada, se realizó un control de calidad para verificar la correcta y completa digitación de la información para disminuir sesgos de información. Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico STATA 14.2, en su versión oficial. Se analizaron las medias y rango intercuartílico (RIQ) de las variables continuas y discretas. Las variables nominales se analizaron a través de frecuencias absolutas y relativas. El presente trabajo no representa ningún daño a la salud o el prestigio de los participantes y/o centro de estudio ya que no existió ninguna intervención; basados en la declaración de Helsinki, se conserva confidencialidad y el anonimato de la información de cada paciente durante cada etapa del proyecto.

RESULTADOS

Para el periodo de estudio, el hospital reportó 7 429 consultas al servicio de salud mental por consulta externa y urgencias, estas correspondieron a 3 237 pacientes. El 56,7 % (n=1 834) de la población fueron de sexo femenino frente a un 43,3 % (n=1 403) de sexo masculino.

Tabla 1. Distribución de pacientes que consultaron a salud mental y psiquiatría en un hospital de segundo nivel de Colombia, por edad y sexo, 2015-2017.

Edad	Edad				2016				2017			
	H	%	M	%	H	%	M	%	H	%	M	%
<1	6	0,08	1	0,01	2	0,03	1	0,01	2	0,03	0	0,0
1-5	108	1,45	56	0,75	212	2,85	39	0,52	150	2,02	60	0,81
6-9	166	2,23	100	1,35	167	2,25	2,25	1,20	62	0,83	171	2,30
10-13	121	1,63	96	1,29	94	1,27	142	1,91	129	1,74	106	1,43
14-17	79	1,06	124	1,67	111	1,49	176	2,37	95	1,28	204	2,75
18-24	125	1,68	120	1,62	125	1,68	1,55	1,55	116	1,56	202	2,72
25-29	74	1,00	1,00	0,79	69	69	130	1,75	62	0,83	114	1,53
30-44	106	1,43	223	3,00	96	1,29	273	3,67	162	1,62	236	3,18
45-59	88	1,18	208	2,80	126	1,70	240	3,23	168	2,26	308	4,15
>60	82	1,10	136	1,83	100	1,35	176	2,37	134	1,80	267	3,59
Total	959	12,91	1.125	15,14	1.116	1.116	1.377	18,54	1.184	15,94	1.668	22,45

Fuente: Área de estadística ESE HSPSP.

El 72, 3 % (n=2 340) de los pacientes fue mayor de 18 años de edad, y tuvieron el 59, 8 % (n=4 440) de las consultas, frente a un 27, 7 % (n=897) de población pediátrica con un 40, 2% (n=2989). La distribución por sexo y por edades según las consultas observa en la (Tabla 1)

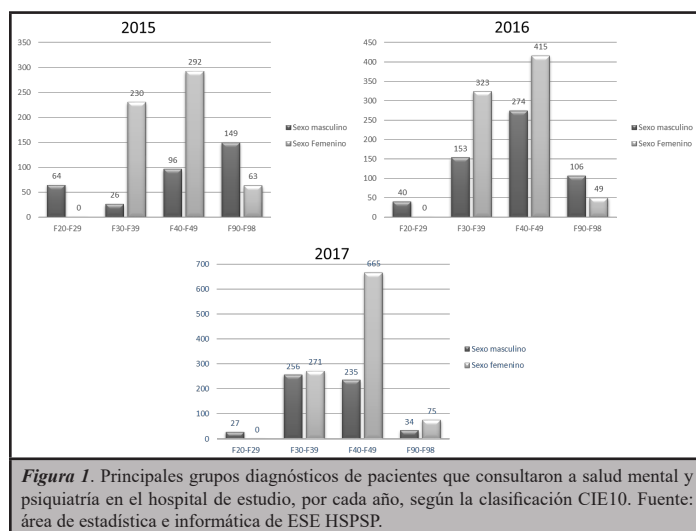
Los diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento más frecuentemente reportados en la institución fueron: Trastorno de ansiedad (17, 2 %; n=1 276), trastorno depresivo mayor episodio único (8, 6 %; n=640) y trastorno mixto de ansiedad y depresión (8, 1 %; n=598). En la (Tabla 2) se describen los diagnósticos basados en la clasificación CIE10.

Tabla 2. Principales grupos diagnósticos de pacientes que consultaron a salud mental y psiquiatría en un hospital de segundo nivel de Colombia, 205-2017, según la clasificación CIE10.

Código CIE10	Trastornos mentales y del comportamiento	n°	%
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	98	1,32
F20-F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	131	1,76
F30-F39	Trastornos del humor (afectivos)	1.259	16,95
F40-F49	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos	1.977	26,61
F50-F59	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	28	0,38
F70-F79	Retraso mental	34	0,46
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico	290	3,90
F90-F98	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia	476	6,41
F99	Trastorno mental sin especificación	3.136	42,21
Total		7.429	100

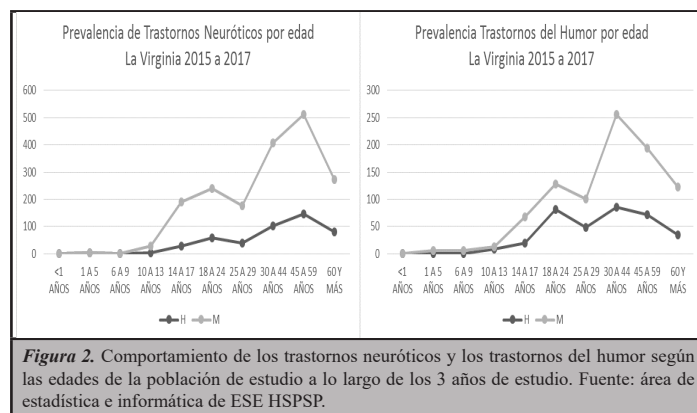
Fuente: Área de estadística ESE HSPSP.

Del total de consultas, el 88, 7 % (n=6 590) correspondió a consulta externa, mientras que el 11, 3 % (n=839) fueron interconsultas en el servicio de urgencias. De los pacientes que consultaron de manera ambulatoria, el 58, 0 % (n=3 924) fueron mujeres, mientras que el 42, 0 % (n=2 766) fueron hombres.



Las principales razones de consulta externa fueron trastornos del humor (28, 2 %, n=1 855), trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (27, 2 %, n=1 792) y trastornos emocionales y del comportamiento en que aparecen en la niñez (11, 1 %, n=731); De los pacientes que asistieron a urgencias, el 59, 3 % (n=498) fueron mujeres, mientras que el 40, 6 % (n=341).

Las principales razones de ingreso fueron trastornos de ansiedad (45, 29 %, n=380), trastornos del humor (23, 5 %, n=197) y esquizofrenia (14, 3 %, n=120). Los grupos diagnósticos más prevalentes de la población en general por año se observan en la Figura 1, mientras que en la Figura 2 se observa la frecuencia de los principales grupos diagnósticos por edad.



DISCUSIÓN

El objetivo de nuestro estudio fue realizar una descripción de los principales motivos de consulta al servicio de salud mental de una institución de referencia de Colombia durante un periodo de tres años consecutivos. Este estudio no excluyó población pediátrica como se realizó en otros estudios puesto que el objetivo era realizar una caracterización de la población general atendida en el hospital lo cual difiere de numerosos estudios en los cuales se enfocan en grupos poblacionales por edades ^{2,20,21}.

El 56, 1 % de la población incluida en el estudio fue de sexo femenino, en contraste con las frecuencias reportadas en la literatura que oscilan entre 45 – 87 % 20-25. En nuestra población 26, 6 % de los pacientes tuvo un trastorno de ansiedad, en contraste con las frecuencias reportadas en la literatura que oscilan entre 15 - 30 % ^{20,21,23}. El segundo trastorno de mayor frecuencia fueron las alteraciones del humor con un 16, 9 %, frente a 23-62 % registrados en la literatura ^{2,20,21,26,27}. El fuerte impacto de la salud mental en la calidad de vida de las personas, los días de vida perdidos ajustados por discapacidad y años de vida potencialmente perdidos en aquellos que cometen actos suicidas por un trastorno mental, señalan la importancia de la prevención primaria y el tamizaje precoz en salud mental ^{4,8,23,28}.

Durante este periodo se evidenció un aumento en el número de consultas e interconsultas analizando entre años, lo cual parece estar asociado a los programas de prevención primaria y atención extrahospitalaria coordinados por el equipo multidisciplinario. Además, se ha logrado un constante mejoramiento del servicio de salud mental, una fuerza laboral calificada, un proceso sustancial en torno al alcance en todos los niveles de atención en coordinación con otros centros de mayor complejidad, y una estimulación por la realización de procesos investigativos y de publicación científica basados en los registros de la consulta de salud mental del hospital. Es importante considerar la alta prevalencia de comorbilidades médicas y comedificaciones en los pacientes con

enfermedades mentales, pues constituyen problemas clínicos y de salud pública que no han sido adecuadamente abordados por programas especializados de salud mental o de atención médica general^{13,29}.

Este estudio tiene importantes limitaciones, es un estudio de carácter local que no incluyó esquemas terapéuticos o comedificaciones, no se realizaron clasificaciones de las enfermedades según su severidad y no se realizaron correlaciones con desenlaces primarios como costos asociados, calidad de vida o mortalidad, sin embargo, estos hallazgos son importantes pues logran establecer un punto de partida para la realización de futuros estudios de investigación en salud mental dentro del hospital y de forma multicéntrica.

Agradecimientos

Se agradece a todo el equipo de salud mental de la ESE HSPSP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Edlund MJ, Wang J, Brown KG, et al. Which mental disorders are associated with the greatest impairment in functioning? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2018;1-12.

² Jaramillo-Toro C, Martínez JW, Gómez-González JF, Mesa P. T, Otálvaro S, Sánchez-Duque JA. Sintomatología depresiva en una población universitaria de Colombia: Prevalencia, factores relacionados y validación de dos instrumentos para tamizaje. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2018;56:18-27.

³ Kallakuri S, Devarapalli S, Tripathi AP, Patel A, Maulik PK. Common mental disorders and risk factors in rural India: baseline data from the SMART mental health project. *BJPsych Open* 2018;4:192-8.

⁴ Merikangas KR. Time Trends in the Global Prevalence of Mental Disorders in Children and Adolescents: Gap in Data on US Youth. Elsevier; 2018.

⁵ Kidia K, Machando D, Mangezi W, et al. Mental health in Zimbabwe: a health systems analysis. *The Lancet Psychiatry* 2017;4:876-86.

⁶ Bhugra D, Tasman A, Pathare S, et al. The WPA-lancet psychiatry commission on the future of psychiatry. *The Lancet Psychiatry* 2017;4:775-818.

⁷ Gururaj G, Varghese M, Benegal V, et al. National mental health survey of India, 2015-16: Summary. Bengaluru: National Institute of Mental Health and Neurosciences 2016.

⁸ Stanley B, Brown GK, Brenner LA, et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry* 2018.

⁹ Bouras N, Ikkos G, Craig T. Meta-community mental health care: towards a new concept. *The Lancet Psychiatry* 2017;4:581-2.

¹⁰ Winkler P, Krupchanka D, Roberts T, et al. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *The Lancet Psychiatry* 2017;4:634-42.

¹¹ Pabón JB, Espinosa JFS, Correa YM, Ríos DAV, Gutiérrez UR. Prevalencia de Sintomatología Depresiva en estudiantes del programa de Medicina de la Universidad de Caldas, Manizales-Colombia. *Revista Médica de Risaralda* 2018;24:20-3.

¹² Antunes A, Frasquilho D, Azeredo-Lopes S, et al. Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *European Psychiatry* 2018;49:56-61.

¹³ Bahorik AL, Satre DD, Kline-Simon AH, Weisner CM, Campbell CI. Serious mental illness and medical comorbidities: Findings from an integrated health care system. *Journal of psychosomatic research* 2017;100:35-45.

¹⁴ Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases: Program on the Global Demography of Aging; 2012.

¹⁵ Jaramillo-Toro C, Sánchez-Duque JA, Ariza-Duque DC, et al. Sensibilidad y especificidad de la escala CES-D frente a la escala de ZUNG en el diagnóstico de síntomas depresivos en una población universitaria. *Revista Médica de Risaralda* 2013;19:16.

¹⁶ Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry* 2018;5:357-69.

¹⁷ Allison S, Bastiampillai T, Fuller DA. Should the Government change the Mental Health Act or fund more psychiatric beds? *The Lancet Psychiatry* 2017;4:585-6.

¹⁸ Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama* 2004;291:2581-90.

¹⁹ Kessler RC, Üstün TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International journal of methods in psychiatric research* 2004;13:93-121.

²⁰ Dunstan DA, Scott N, Todd AK. Screening for anxiety and depression: reassessing the utility of the Zung scales. *BMC Psychiatry* 2017;17:329.

²¹ Naicker K, Galambos NL, Zeng Y, Senthilselvan A, Colman I. Social, demographic, and health outcomes in the 10 years following adolescent depression. *Journal of Adolescent Health* 2013;52:533-8.

²² Leach LS, Butterworth P, Olesen SC, Mackinnon A. Relationship quality and levels of depression and anxiety in a large population-based survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2013;48:417-25.

²³ Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2013;382:1575-86.

²⁴ Patel V, Saxena S. Transforming Lives, Enhancing Communities—Innovations in Global Mental Health. *New England Journal of Medicine* 2014;370:498-501.

²⁵ Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *The Lancet* 2012;379:1056-67.

²⁶ Law WC, McClanahan R, Weismuller PC. Depression Screening in the School Setting: Identification of the Depressed Adolescent. *NASN school nurse* 2017;32:364-70.

²⁷ Breland DJ, McCarty CA, Zhou C, et al. Determinants of mental health service use among depressed adolescents. *General hospital psychiatry* 2014;36:296-301.

²⁸ Range LM, Antonelli KB. A factor analysis of six commonly used instruments associated with suicide using college students. *Journal of personality assessment* 1990;55:804-11.

²⁹ Sánchez-Duque JA, García-Zuluaga AF, Betancourt-Quevedo R, Alzate-González MF. ¿ ES HORA DE REGULAR LOS PRODUCTOS Y SUPLEMENTOS HERBALES? *CIMEL* 2018;23.