



PERFIL SOCIAL Y ECONÓMICO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DEL HUMOR DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE, CALI¹

SOCIAL AND ECONOMIC PROFILE OF PATIENTS DIAGNOSED WITH MOOD DISORDERS AT THE HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE-CALI

José Fernando Sánchez Salcedo*, Sandra Viviana Ríos Castañeda**, Mateo Montes Martínez***

Universidad del Valle

Recibido: 13 de enero de 2020-Aceptado: 20 de febrero de 2021-Publicado: 16 de julio de 2021

Forma de citar este artículo en APA:

Sánchez-Salcedo, J. F., Ríos-Castañeda, S., & Montes-Martínez, M. (2021). Perfil social y económico de los pacientes diagnosticados con trastornos del humor del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, Cali. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 702-732. <https://doi.org/10.21501/22161201.3513>

Resumen

El objetivo de este artículo consiste en dar a conocer un perfil social, económico y demográfico de la población registrada con SISBÉN en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) entre el 2009 y el 2018, cuyo diagnóstico se encuentra dentro del grupo de los trastornos del humor (correspondiente al espectro de códigos del CIE-10 que va desde F30 a F39, episodio maníaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastorno del humor persistente, otros trastornos

¹ Avance preliminar de la investigación sobre la base de datos de historia clínica del Hospital Departamental Psiquiátrico del Valle, realizada como resultado del convenio de cooperación entre el Centro de Investigaciones Socioeconómicas (CIDSE) de la Universidad del Valle y el equipo compuesto por la Dra. María Adelaida Arboleda y la enfermera Angélica Soto del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.

* Doctor en Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad de Lovaina-Bélgica, profesor del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad del Valle. Cali-Colombia. Contacto: jfssalcedo@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-8322-0268>

** Médica psiquiatra, Magíster en Sociología de la Universidad del Valle, adscrita al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Cali-Colombia. Contacto: sarioca@hotmail.com

*** Sociólogo de Universidad del Valle, estudiante de Maestría en Políticas Públicas de la Universidad de Erfurt-Alemania. Erfurt-Alemania. Contacto: mateo.montes.martinez@correounivalle.edu.co

del humor, trastorno del humor sin especificación). Se optó por un trabajo en el que se complementó la información entre las bases de datos del SISBÉN de Cali y la del HDPUV para profundizar en datos sobre pobreza y vulnerabilidad de las personas que son potenciales beneficiarios de programas sociales estatales. Se identificaron 5.280 pacientes diagnosticados con trastornos del humor, en su mayoría mujeres (70,4 %) en condiciones de vulnerabilidad económicas, sociales y de acceso a servicios de salud, que representan otro factor más de riesgo para su salud mental.

Palabras clave

Salud mental; Pobreza; Vulnerabilidad; Trastornos del humor (afectivos); Caracterización sociodemográfica.

Abstract

The aim of this article is to provide a social, economic and demographic profile of the population registered with SISBÉN at the Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) between 2009 and 2018, whose diagnosis is within the group of mood disorders, (corresponding to the spectrum of ICD- 10 codes ranging from F30 to F39, manic episode, bipolar disorder, depressive episode, recurrent depressive disorder, persistent mood disorder, other mood disorders, mood disorder without specification). We opted for a study in which we complemented the information between the Cali SISBÉN and HDPUV databases to deepen in data on poverty and vulnerability of people who are potential beneficiaries of state social programs. We identified 5,280 patients diagnosed with mood disorders, mostly women (70.4%) in conditions of economic, social and access to health services vulnerability, which represent yet another risk factor for their mental health.

Keywords

Mental health; Poverty; Vulnerability; Mood (affective) disorders; Sociodemographic characterization.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se ha realizado con el objetivo de construir un perfil social y económico de la población registrada en el SISBÉN Cali que ha sido atendida en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) entre el 2009 y el 2018, cuyo diagnóstico hace parte del grupo de trastornos del humor (afectivos). La decisión de centrarse en una población específica de pacientes del HDPUV permite corroborar información entre las bases de datos del HDPUV y del SISBÉN, y ahondar, así, en la relación que existe entre sus trastornos mentales, sus características socioeconómicas, su tratamiento y atención.

El SISBÉN o Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales es un sistema estatal diseñado para la identificación de la población en condición de vulnerabilidad, cuyo propósito, de acuerdo con una serie de criterios de asignación, es distribuir el acceso a determinados programas sociales que los beneficiarios puedan requerir. En relación con los programas sociales, son un tipo de política pública desarrollada por el Estado colombiano para cerrar la brecha de la pobreza, promover el acceso al empleo digno, velar por la salud y la equidad. En ese sentido, el objetivo principal consiste en la generación de condiciones que permitan a todas las personas crear y proteger sus activos, además de desarrollarse a nivel personal y social.

Hasta el momento en que se adelanta este estudio, se habían implementado tres versiones del SISBÉN: SISBÉN I, construido con un énfasis en una metodología de carácter utilitarista del bienestar, considerando que las condiciones de acceso a bienes y servicios es central para comprender y clasificar la pobreza; SISBÉN II, propuesto como una reestructuración tras los aprendizajes de su versión anterior, reconociendo en este caso la necesidad de construir un índice más y excluyendo las variables que se podían manipular con facilidad por parte de los hogares o personas, como ingreso per cápita, equipamiento, entre otras variables, para ser sustituidas por otras más confiables y de fácil identificación para la persona que encuesta, como el material de los pisos, paredes o techos; SISBÉN III, diseñado como un instrumento que reevalúa las ediciones previas y se focaliza en un índice de caracterización de las personas y los hogares vulnerables, para permitir la consolidación de la información respecto a la asignación de recursos para programas sociales, es decir, fue pensado como un método para abordar la pobreza desde una perspectiva multidimensional con el objetivo de minimizar los errores durante el proceso de recolección de los datos (Camacho et al., 2010; Gúezguán, 2012).

Ahora bien, al hablar del grupo de los trastornos del humor hacemos referencia a las clasificaciones psiquiátricas del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Americana de Psiquiatría del año 1994 y a la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud de 1992. Desde estas clasificaciones se habla de “un grupo de trastornos cuya alteración fundamental es un cambio en el humor o en la

afectividad hacia la depresión (con o sin ansiedad asociada) o la euforia. El cambio en el humor se suele acompañar de un cambio en el nivel general de actividad; los demás síntomas, en su mayoría, son secundarios a, o fácilmente comprensibles en el contexto del cambio en el humor y la actividad. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de un episodio en particular puede, a menudo, estar relacionado con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes” (OMS, 2004, p. 89).

En cuanto a la historia de las categorías diagnósticas de los trastornos afectivos, “el grupo de los denominados ‘trastornos afectivos’ surge de la convergencia, ocurrida al inicio del siglo XX, de ciertos términos (afectos y sus derivados), conceptos (nociones teóricas sobre las experiencias relacionadas con el estado de ánimo) y conductas (cambios observables en el discurso y la acción asociados con la neurobiología de estos trastornos)” (Luque & Berrios, 2011, p. 131S).

En la antigüedad, manía y melancolía tenían significados distintos a los actuales, antes de 1800, manía era el término utilizado en general para denominar “locura” y con él se denominaban entidades que no son las que hoy denominaríamos como trastornos afectivos. Fue Pinel en su nosografía de 1818 quien usó el término de manía para definir por primera vez un trastorno en el que se afectaban principalmente las emociones (Luque & Berrios, 2011).

Es así como en el curso del siglo XIX, el concepto de manía quedó definido como un trastorno del afecto y de la acción. De manera similar sucedió con el concepto de melancolía, que denominaba trastornos diversos y en los que los cambios del ánimo no eran síntomas centrales. Se produjo un cambio alrededor de 1820, y empezó a ser definida como un trastorno primario de las emociones. Estos usos de los términos implicaron un cambio conceptual de la manía y la melancolía, en el que contribuyeron diversos factores, entre ellos, la influencia de la psicología de las facultades, el desarrollo de categorías menos amplias y generales, el nuevo modelo anatómico clínico de enfermedad, el desarrollo del lenguaje descriptivo en psicopatología y la incorporación de las experiencias subjetivas.

Hacia finales del siglo XIX empieza a aparecer en psiquiatría el uso del término depresión para denominar una “disminución de la emoción”, y progresivamente los médicos eligieron esta acepción en lugar de melancolía. Entre 1850 y 1880 se desarrollaron amplios debates clínicos en Francia, Bélgica y Alemania en torno a lo que se empezó a denominar “formas circulares de locura”, caracterizadas por la alternancia de periodos de manía y depresión. Este proceso culminó con la integración de todos los estados afectivos en la amplia categoría denominada locura maníacodepresiva (Kraepelin) que acopiaba todas las formas de depresión y manía.

A esta agrupación de todos los trastornos afectivos en una única entidad nosológica se le opusieron figuras importantes de la psiquiatría europea que consideraban que se debía mantener la melancolía como categoría autónoma. Los trabajos de Wernicke, Kleist, Leonhard y finalmente la propuesta de Angst y Perris de separar la depresión unipolar del trastorno bipolar fue aceptada desde 1980 por el DSM-III y confirmada por el DSM-IV (1994) y la CIE-10 (1992).

Las categorías diagnósticas de los trastornos afectivos han suscitado un agitado debate en las dos primeras décadas del siglo XX en las que se trabajó en la elaboración y publicación del DSM-5 (2013) y en el CIE-11 (2018, entrará en vigor 2022) con un esfuerzo por armonizar las categorías de las dos clasificaciones. En estas décadas se ha reducido el umbral para el diagnóstico de los trastornos del espectro bipolar, lo cual ha generado una amplia controversia entre los expertos en el campo (De Dios et al., 2014). El DSM y el CIE, en sus diferentes versiones, como otras clasificaciones, son el reflejo del sistema cultural del que emergen (diversos niveles de evidencia, consensos clínicos, sistemas de seguridad social, dinámicas económicas, etc.) y como tal deben ser considerados en el marco de sus contribuciones, pero también de sus limitaciones.

En lo que respecta a la asociación entre la situación social y económica con las enfermedades mentales, hay suficiente evidencia de la fuerte relación entre pobreza y problemas mentales. Dicha asociación no es al azar, hay una relación inversa entre nivel socioeconómico y prevalencia de trastornos: “Datos de encuestas transnacionales realizadas en Brasil, Chile, India y Zimbabwe demuestran que las tasas de los trastornos mentales más frecuentes son aproximadamente dos veces mayores entre los pobres que entre los ricos” (Berenzon & Juárez, 2005, p 620).

La relación entre tipo de tratamiento y condición económica también ha sido estudiada desde mediados del siglo XX hasta la actualidad. Por ejemplo, Myers y Bean en 1968 describían como pacientes en condición de pobreza recibían tratamientos hospitalarios por encima de lo evidenciado en pacientes pertenecientes a la clase media trabajadora; además, el grupo de pacientes con vulnerabilidad económica recibía en mayor proporción tratamientos físicos como terapia electroconvulsiva y lobotomía. Por su parte, Abramowitz y Dokecki (1977) reportaron que los pacientes de clase media recibían de manera preferencial farmacoterapia y psicoterapia.

Autores como Saraceno, consideran que “la pobreza puede deteriorar salud mental por el aumento del estrés que genera la exclusión social, el escaso acceso a servicios de salud, la disminución del capital social y el incremento de la violencia” (citado en Quitian et al., 2016, p. 32). Del mismo modo, la enfermedad mental puede incrementar la pobreza debido “al mayor gasto en salud, la pérdida de productividad, la estigmatización de los pacientes y la posible pérdida del empleo” (p. 32).

En el caso particular de la sociedad colombiana, en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, al revisar la psicopatología relacionada con la depresión, se encontró una prevalencia de trastorno depresivo más alta en los hogares en condición de pobreza, el 1.87 % de los adultos y el 0,78 % de los adolescentes (Quitian et al., 2016).

En términos generales, el estudio del campo de la salud mental y su relación con la pobreza se ha restringido a interpretaciones de indicadores de pobreza con connotaciones materiales, pero al ahondar en las condiciones de vulnerabilidad y en la noción del bienestar se comprende que hay otros elementos más por abordar que complejizan este vínculo. Además, el impacto de las enfermedades mentales se extiende más allá de un diagnóstico o tratamiento clínico porque repercute en aspectos sociales, económicos o laborales, lo que implica que se profundicen las condiciones de vulnerabilidad de la persona.

METODOLOGÍA

La estrategia metodológica utilizada para realizar la caracterización del perfil social y económico de pacientes diagnosticados con trastornos del humor del HDPUV supuso la consulta de la base de datos de historias clínicas del Hospital, que se cruzó con la base de datos del SISBÉN. El uso de los datos sociales, económicos y demográficos provenientes del SISBÉN se debe a que las personas registradas en esta base de datos son, en principio, de las más vulnerables de la población colombiana –propósito por el que se construye esta base de datos y la metodología que se aplica en su recolección–, pero también para complementar la información consignada en las historias clínicas, las cuales se centran más en los aspectos médicos y de diagnóstico, dejando en un segundo plano, y a veces obviando, los datos sociodemográficos de los pacientes.

Para la realización del perfil se tuvieron en cuenta variables como sexo, estado civil, nivel educativo, información socioeconómica y datos relacionados con el hogar, así como indicadores de necesidades básicas insatisfechas, esto con el fin de determinar un vínculo posible entre los diagnósticos y la situación socioeconómica de los pacientes. La población que ha sido estudiada en este trabajo muestra una compleja condición de vulnerabilidad, con dificultades que deben afrontar en diversas esferas de su vida cotidiana y que se relacionan no sólo con su salud mental, sino con condiciones socioeconómicas, de atención, cuidado o demográficas.

El artículo se divide en seis secciones. En la primera se presenta el SISBÉN o Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales a modo de contexto para comprender cómo se recolectaron las variables de caracterización socioeconómica y cuál es el uso que se les da; en la segunda sección se describe, a grandes rasgos, el Hospital Departamental

Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV); en la tercera sección se presenta a la población estudiada y se propone un contexto general de los trastornos mentales que son de interés para esta investigación; en un cuarto apartado se construye un perfil socioeconómico y demográfico de los pacientes; en la quinta sección se desagregan los datos del HDPUV sobre el diagnóstico del grupo de los trastornos afectivos; y en la última sección se plantean distintas conclusiones en relación con el perfil de la población y posibilidades para futuras investigaciones que busquen ahondar la relación que existe entre la salud mental y los datos sociales, económicos y demográficos de los pacientes.

RESULTADOS

Descripción del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV)

El HDPUV es un centro asistencial departamental, público y monovalente que está situado en la ciudad de Cali, Colombia. Es una institución para la atención de personas con trastornos y problemas mentales agudos que en el momento del estudio contaba con 224 camas, de las cuales 65 son usadas para cuidado crítico y 159 para el cuidado intermedio psiquiátrico. En relación con el promedio de estancia hospitalaria, este es de 21 días. Finalmente, por cada una de las características descritas, por su ubicación estratégica en el suroccidente de Colombia y porque para su región es el centro de mayor complejidad a nivel psiquiátrico, es una entidad de referencia en asuntos de salud mental.

El HDPUV, como la mayor parte de hospitales mentales públicos del mundo, ha albergado predominantemente a población de bajos recursos económicos, en primer lugar, por su condición de institución de beneficencia y, en segundo, porque posterior a la década de los noventa, bajo el modelo del sistema general de seguridad social de salud, la entidad tiene una contratación significativamente mayor con aseguradores del régimen subsidiado, población caracterizada como vulnerable a través del SISBEN.

Pacientes del HDPUV con SISBÉN

En la base de datos del HDPUV para el periodo estudiado aparece un registro de 73.340 personas. Ahora bien, no todas las personas incluidas en esos registros son pacientes, debido a que al solicitar una cita en la institución, los datos básicos de las personas se ingresan en la base de datos. De este modo, para una persona clasificarse como paciente es necesario que se cree una historia clínica a su nombre y, por ende, que haya sido atendida por uno de los profesionales de esta entidad, quien tras finalizar la consulta va a registrar un diagnóstico.

La Tabla 1 reporta el número de pacientes que cumplen con el requisito y el número de pacientes registrados en la base de datos del SISBEN-Cali.

Tabla 1

Distribución de la población del HDPUV.

Personas	n	%
Hombres	38.176	52,1
Mujeres	35.164	47,9
Total	73.340	100
Pacientes	n	%
Hombres	33.756	51,8
Mujeres	31.424	48,2
Total	65.180	100
Pacientes con SISBÉN	n	%
Hombres	10.018	47,8
Mujeres	10.932	52,2
Total	20.950	100
Pacientes con SISBÉN y diagnóstico	n	%
Hombres	9.591	47,9
Mujeres	10.423	52,1
Total	20.014	100

En ese orden de ideas, son 65.180 los pacientes que cumplen con el requisito descrito y 20.950 los pacientes registrados en la base de datos del SISBÉN III en la ciudad de Cali para el periodo en estudio. Sin embargo, debido a inconvenientes técnicos de dicha base de datos, existen casos en los que, pese a hallarse una historia clínica, no se registra un diagnóstico. Por tanto, la cifra decrece a 20.014, es decir que representa al 31 % del global de los pacientes. Al filtrar por SISBÉN, del 54 % de la población identificada con este instrumento en Cali, el 52,1 % son mujeres y el 47,9 % restante son hombres. La tendencia a un registro más alto de casos femeninos se explica porque el encuestador del SISBÉN es quien se dirige a los hogares para cumplimentar los formularios,

situación que coincide con una cantidad mayor de mujeres disponibles para atender este proceso, sin pasar por alto el interés de estas por ser incluidas en programas sociales como Familias en Acción.

Diagnósticos generales

Durante la atención de un paciente en el HDPUV, profesionales de diversas áreas lo atienden y registran un diagnóstico. De esta manera, la historia clínica de un paciente reúne diferentes miradas, métodos y concepciones en torno a la enfermedad mental. Teniendo en cuenta lo anterior, se optó por filtrar tan sólo los diagnósticos de las historias clínicas relacionadas con la atención en psiquiatría, siendo descartados los registros de profesiones cuya práctica no implica *per se* la formulación de un diagnóstico vinculado con las clasificaciones antes mencionadas. A raíz de lo anterior, los tipos de historia clínica seleccionados para el filtro son:

Ambulatorio

- ▶ Historia clínica psiquiátrica de primera vez.
- ▶ Historia clínica psiquiátrica de primera vez con examen físico.
- ▶ Historia clínica de ancianos.
- ▶ Seguimiento comunitario de ingreso.
- ▶ Atención domiciliaria (anexo de historia clínica de seguimiento).
- ▶ Evolución de historia clínica del hospital de día.
- ▶ Evolución de historia clínica de hospitalización.
- ▶ Evolución de historia clínica por consulta externa.

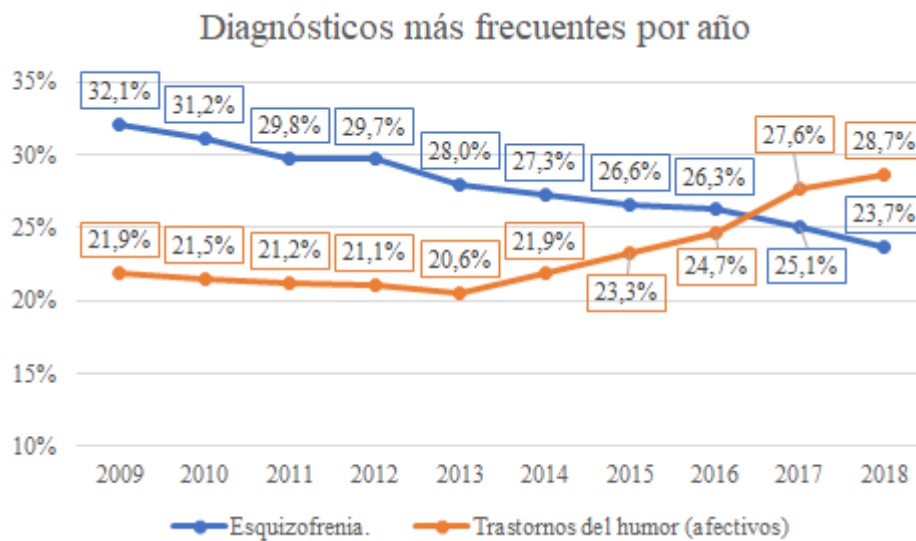
Hospitalario

- ▶ Evolución de ingreso por hospital de día.
- ▶ Nota de urgencias psiquiátricas.
- ▶ Seguimiento comunitario evolución.

Finalmente, se presenta el último diagnóstico asignado, considerando que es ese último diagnóstico psiquiátrico el que da cuenta de la trayectoria de atención del paciente.

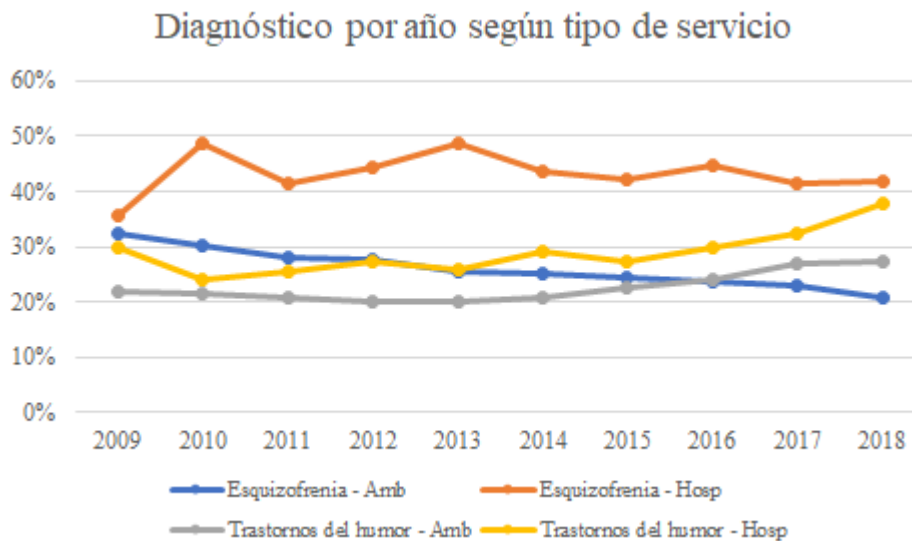
Una de las razones por la que los trastornos del humor (afectivos) resultan ser de interés es que al identificar el último diagnóstico de cada paciente por año, este grupo de trastornos ocupa el primer o segundo lugar entre los más frecuentes. Además, a partir del 2014 se encuentra un punto de inflexión con un aumento creciente en su proporción que en el 2017 termina por superar los casos de esquizofrenia. Por otro lado, el caso de los diagnósticos por esquizofrenia presenta una tendencia clara a la baja, al decrecer entre uno o dos puntos porcentuales año a año.

Figura 1. Diagnósticos más frecuentes por año.



Los servicios de atención ambulatoria muestran que del 2009 al 2015 el diagnóstico de esquizofrenia es el más frecuente, aunque con una tendencia a la baja año tras año. A partir del 2017 los trastornos del humor (afectivos) pasan a ser el diagnóstico moda, de nuevo con un comportamiento en la gráfica que refleja su incremento y, al tiempo, un decrecimiento en la proporción de diagnósticos por esquizofrenia.

Por otro lado, el servicio de hospitalización evidencia que es la esquizofrenia el diagnóstico que más se presenta, superando el 40 % del total de casos cada año, con la única excepción del 2009. Por parte de los trastornos del humor (afectivos), la tendencia desde el 2016 es al aumento en su proporción, donde en el 2018, si se compara con la esquizofrenia, hay solo cuatro puntos porcentuales de distancia, cuando en el 2010, que fue el año en que se registró la diferencia más amplia, alcanzó los veinticuatro puntos porcentuales.

Figura 2. Diagnóstico por año según tipo de servicio.

Es muy probable que la gran cantidad de casos de esquizofrenia se explique por el sesgo de atención que caracteriza al Hospital, pues se trata de un Hospital de segundo nivel y de alta complejidad, pero también por el uso que le atribuyen los usuarios para el tratamiento de ciertos trastornos mentales, respecto al papel social que desempeña como institución de salud mental en Cali y en el sur occidente colombiano.

Perfil social y económico de los pacientes con SISBÉN diagnosticados con trastornos del humor

En la Tabla 2 se presenta la información de los diagnósticos por grupo durante todo el periodo de estudio (2009-2018), donde se encuentra que los trastornos del humor son los más frecuentes con 5.280 pacientes, equivalentes a un 26.4 % de los casos, seguidos por la esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes con el 18.5 %, correspondiente a 3.705 pacientes para el período estudiado.

Tabla 2

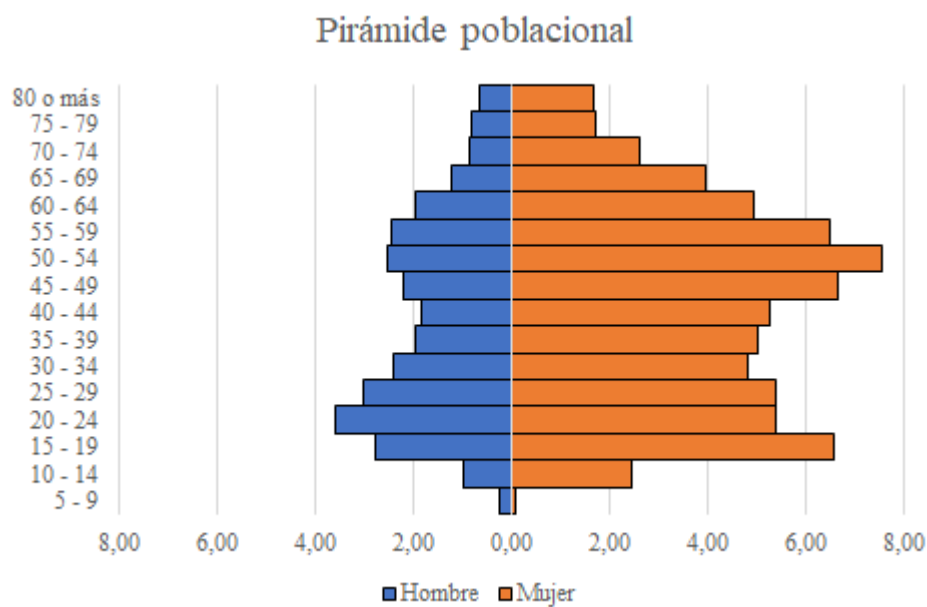
Diagnósticos más frecuentes de pacientes con registro en el SISBÉN.

Diagnóstico	n	%
Trastornos del humor (afectivos)	5.280	26,4
Esquizofrenia	3.705	18,5
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	2.694	13,5
Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación	2.559	12,8
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas	2.038	10,2
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	852	4,3
Retraso mental	787	3,9
Trastornos episódicos y paroxísticos	580	2,9
Pruebas para aclarar o investigar problemas de salud	289	1,4
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	256	1,3
Otros	974	4,9
Total	20.014	100

Ahora bien, los trastornos mentales se caracterizan por ser catalogados como parte de los trastornos que ocasionan una pérdida mayor de años de vida, incrementan la consulta en los servicios de salud, los costos asociados con su atención son altos y, en definitiva, la calidad de vida de quienes son diagnosticados con ellos se deteriora. Así mismo, los trastornos mentales son frecuentes en todo el planeta y se estima que su prevalencia en adultos es del 12 a 48 % a lo largo de la vida y, para los últimos 12 meses, entre el 8 al 29 % (World Health Organization, 2008). En Colombia, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 mostraron que la prevalencia de cualquier trastorno mental en adultos es de 9.1 %, durante los últimos 12 meses de 4 % y los últimos 30 días de 1.6 % (Ministerio de Salud, 2015). En esta misma encuesta, el principal grupo diagnóstico está comprendido por los trastornos del afecto, que incluye trastornos depresivos y trastornos afectivos bipolares.

Según el informe de salud mental del 2018 de la OMS y la OPS, titulado: “La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas 2018”, los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad, y cuando esta se considera junto con la mortalidad suponen 3,4 % del total de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) y 7.8 % del total de APD (años perdidos por discapacidad) (OPS, 2018b).

Figura 3. Pirámide poblacional.



La pirámide poblacional muestra que la mayor concentración de pacientes que se clasifican dentro de este grupo está en las mujeres de todos los rangos de edad, con la excepción del grupo etario de 5 a 9 años y con una mayor concentración entre los 45 a 59 años y los 15 a 19 años. En lo que respecta a los hombres, la prevalencia de este diagnóstico es menor y su mayor concentración se presenta entre los 20 a 29 años. En ese sentido, 70,4 % son mujeres y 29,6 % hombres.

Los datos anteriores muestran que son las mujeres las que más se diagnostican dentro de este grupo de trastornos, mientras que para los hombres su porcentaje crece a partir de los 15 a 24 años, para decrecer en los siguientes años e incrementar de nuevo levemente entre los 45 a 49, y posteriormente ir disminuyendo.

En un estudio realizado entre el 2013 y el 2014 en Quebec sobre los trastornos del humor en personas mayores de 12 años, los resultados dan cuenta que dichos trastornos se concentran en los rangos de edad que van de los 25 a los 44 años y de los 45 a los 64 años, estableciendo una clara diferencia con los hallazgos encontrados en esta investigación, donde una importante proporción de enfermos se presenta entre los 15 y 19 años. En lo que respecta al sexo, en este mismo estudio se demostró que las mujeres son las que más experimentan enfermedades de trastornos del humor en todos los rangos de edad (Ministère de la Santé et de Services Sociaux, 2018).

Tabla 3

Estado civil de los pacientes.

Estado civil	N	%	Hombres	Mujeres
Soltero	3.371	63,8	33,0	67,0
Casado o unión libre	1.179	22,3	28,5	71,5
Viudo	271	5,1	7,0	93,0
Separado o divorciado	459	8,7	20,0	80,0

El grupo más representativo por estado civil es el de los solteros, con más de tres cuartas partes de la población, seguido por el de los casados o en unión libre (22.3 %), y el de los separados o divorciados (8.7 %). Esto muestra que la vida en pareja, al momento de realizar la encuesta o previo a ella, es la que menos casos registra entre los pacientes y que las personas con este tipo de diagnósticos son en su mayoría solteras.

Al desagregar el estado civil por sexo, las cifras para el caso de las mujeres para todos los grupos son muy altas, sin embargo, la diferencia más significativa se encuentra en los grupos que han perdido el cónyuge (93,0 %) o se han separado o divorciado (80.0 %). Entre las que viven en pareja o casadas, el porcentaje también es muy alto, pues representa el 71.5 %. En cuanto a los hombres, las cifras más altas predominan entre los solteros, con el 33.0 %.

Tabla 4

Nivel educativo de los pacientes.

Nivel educativo	n	%	Hombres	Mujeres
Ninguno	224	4,2	25,9	74,1
Primaria	2.059	39,0	26,7	73,3
Secundaria	2.759	52,3	31,6	68,4
Técnico, universitario o postgrado	238	4,5	32,8	67,2
Total	5.280	100,0	29,5	70,5

El nivel educativo modal para los pacientes es la secundaria, seguido de la primaria. La educación superior, la cual agrupa los estudios técnicos, tecnológicos, profesionales o de posgrado, muestra tan sólo un 4,5 % de los casos, mientras que quienes presentan un nivel educativo nulo en términos de acceso a la educación formal representan el 4,2 %.

De este modo, se identifica, entonces, que esta es una población en la que el nivel educativo se concentra en la formación de secundaria o primaria con alrededor de un 90 %, siendo este un dato significativo si se piensa que tan sólo cerca de 3 de cada 100 pacientes se han formado en algún nivel de educación superior, factor que complejiza las posibilidades de cerrar las brechas de vulnerabilidad y de acceso a mejores condiciones laborales o de calidad de vida.

Tabla 5*Actividad principal en el último mes de los pacientes.*

Actividad principal	N	%	Hombres	Mujeres
Trabajando	1.459	27,6	49,0	51,0
Oficios del hogar	1.434	27,2	37,2	62,8
Sin actividad	883	16,7	44,3	55,7
Estudiando	765	14,5	32,5	67,5
Buscando trabajo	497	9,4	1,9	98,1
Jubilado, pensionado	215	4,1	25,0	75,0
Inválido	23	0,4	35,3	64,7
Rentista	4	0,1	43,5	56,5

Los pacientes vinculados a una actividad laboral, con un 27.6 %, son el caso más representativo, seguido de quienes se dedican a los oficios del hogar (27.2 %) y de aquellos sin ningún tipo de actividad (16.7 %). En lo que respecta al sexo de los informantes, como ya se ha mencionado (ver Figura 3), los trastornos del humor son un diagnóstico más frecuente en la población femenina del HDPUV. En ese sentido, al comparar la distribución de la actividad principal por sexo, los porcentajes tienden a ser superiores para las mujeres, con la excepción de quienes están trabajando o están inactivos.

Tabla 6*Estrato de la vivienda de los pacientes.*

Estrato	n	%
0	125	2,4
1	1.938	36,7
2	2.139	40,5
3	1.047	19,8
4, 5 y 6	31	0,6

Los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 representan el 97 % de la población, es decir, los estratos altos no alcanzan por lo menos un punto porcentual. A partir de estos datos se comprende que la población se concentra en los estratos bajo-bajo (1), bajo (2) y medio-bajo (3). Es decir, son pacientes que habitan viviendas clasificadas como de menores recursos y que son beneficiarias de subsidios en sus servicios públicos domiciliarios, a diferencia de lo que sucede con los estratos 5 y 6 que pagan sobrecostos por ser usuarios con recursos económicos mayores o el estrato 4 que ni paga sobrecostos, ni se beneficia de los subsidios.

Tabla 7

Tamaño del hogar: número de personas.

Personas por hogar	n	%
1	473	9,0
2	895	17,0
3	1.119	21,2
4	1.053	20,0
5	686	13,0
6 o más	1.046	19,8
Total	5.272	100,0

El número de personas por hogar o tamaño del hogar es una variable que dificulta el cuidado de un paciente con una enfermedad mental, porque son, en general, pacientes que precisan de condiciones de estabilidad y certidumbres en su rutina diaria para encaminar su atención, factor que se puede ver alterado en la medida en que el tamaño del hogar sea mayor, considerando no sólo la cantidad de personas que lo habitan, sino aspectos como la convivencia o la distribución y uso de los espacios de la vivienda.

En este caso, los pacientes con un diagnóstico que hace parte del grupo estudiado muestran una alta condición de vulnerabilidad, pues en cerca de un 20 % de los hogares viven 6 personas o más y en un 33 % lo hacen 4 o 5 personas. Por otro lado, es significativo el 8,6 % de pacientes que habitan hogares unipersonales, porque además del diagnóstico en salud mental que este documento aborda, su red de apoyo en el hogar es limitada y, por ende, su soporte en términos de cuidado y tratamiento es frágil.

Tabla 8

Tipología del hogar.²

Tipo de hogar	N	%
Hogar extenso	2.141	40,6
Hogar nuclear incompleto	1.209	22,9
Hogar nuclear completo	1.123	21,3
Hogar unipersonal	451	8,6
Hogar compuesto	348	6,6

Muchos estudios muestran cómo pacientes diagnosticados con trastorno bipolar “viven solos a causa de divorcios o separaciones y cuentan con un alto porcentaje de problemas por fallas laborales (33 a 40 %) de las cuales 15 % corresponde a desempleo y alrededor de 25 % a pensiones otorgadas por incapacidad” (Goodwin, 1990 y Goldberg, 2002, citados por Vargas-Huicochea y Huicochea-Gómez, 2011, p. 713).

² Hogares unipersonales son aquellos conformados por una única persona. Hogares nucleares son aquellos en los que viven ambos padres (completos) o uno de ellos (incompleto) con sus hijos, pero sin dependientes. En este mismo grupo se encuentra también los hogares formados por la pareja, pero que no tienen hijos. Hogares extensos son aquellos en los que viven otros parientes del jefe del hogar; se pueden agregar en los tres grupos anteriores y otro conformado por jefes que viven con otros parientes diferentes a cónyuge e hijos. Hogares compuestos son aquellos en los que pueden vivir otros parientes, pero siempre hay otros no parientes.

Tabla 9*Tipo de afiliación al régimen de aseguramiento.*

Afiliación	N	%	Hombres	Mujeres
Contributivo	1.155	21,9	30,7	69,3
Subsidiado	2.957	56,0	27,0	73,0
Vinculado	141	2,7	39,0	61,0
Particular	179	3,4	37,4	62,6
Otro	273	5,2	26,4	73,6
Ninguna	575	10,9	36,9	63,1

Por parte de quienes sí están afiliados, es el régimen subsidiado el más significativo, con el 56.0 % de los casos. Este es un dato que, en parte, se explica porque uno de los programas sociales más sólidos del SISBÉN es el de la afiliación de la población al sistema de salud en el régimen subsidiado, así que es de esperarse que la proporción sea alta. Ahora bien, la anterior explicación no anula que el dato sea alto y sea una muestra más de las condiciones de vulnerabilidad de la población, que en este caso en particular son atendidas por medio de un programa social.

Tabla 10*Necesidades básicas insatisfechas (NBI).*

Necesidades básicas insatisfechas (NBI)	n	%
Dependencia económica	383	7,3
Vivienda inadecuada	316	6,0
Hacinamiento crítico	592	11,2
Servicios inadecuados	200	3,8
Inasistencia escolar	376	7,1
Pobreza	1.405	26,7
Miseria	360	6,8

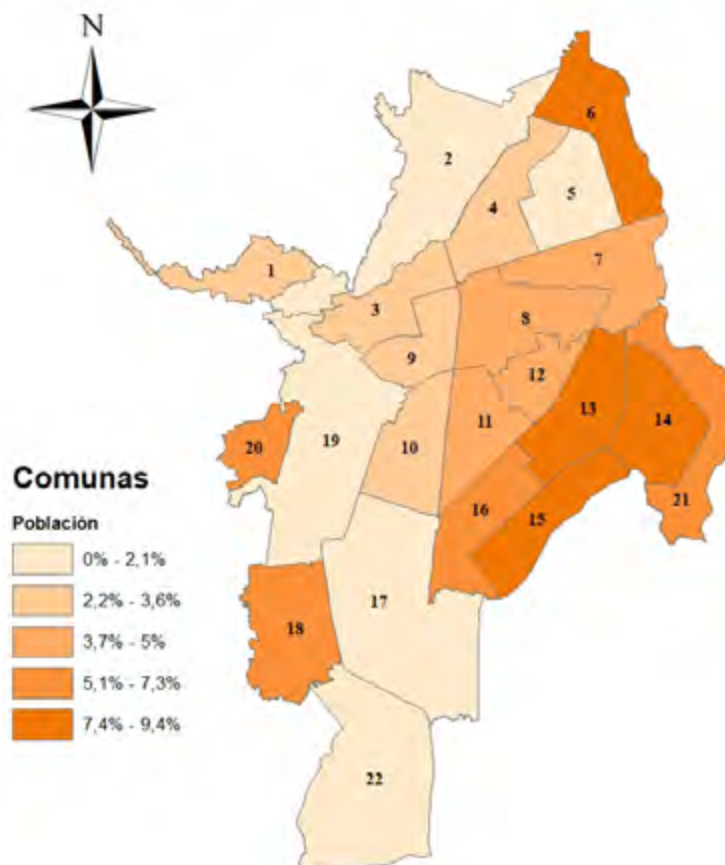
El hacinamiento crítico (11.2 %) y la dependencia económica (7.3 %) son las dos necesidades básicas insatisfechas más representativas de la población, a diferencia de lo que ocurre con las condiciones de la vivienda inadecuada (sus características físicas en caso de ser inadecuadas para el alojamiento humano) o los servicios públicos (imposibilidad de acceder a condiciones vitales y sanitarias mínimas). El 11.2% de casos que se han mencionado de pacientes en hacinamiento es un indicador de que los recursos de la vivienda en la que habitan, al igual que el grupo de personas restantes, están siendo ocupados de un modo crítico. Para la construcción de este índice se incluyen las viviendas que registran a más de 3 personas por habitación. Esta es una necesidad básica insatisfecha que se corresponde con los datos observados de tamaño del hogar en la Tabla 8, es decir, las dificultades son claras para esta población y se reafirma la idea de que, desde la óptica del cuidado en salud mental, para quien es diagnosticado dentro del grupo aquí abordado estas condiciones son demasiado complejas respecto de su tratamiento y estabilidad.

La dependencia económica es un indicador que se construye con base en el nivel de ingreso, siendo incluidas en esta categoría las viviendas en las que hay más de 3 personas por cada miembro ocupado, siempre y cuando el jefe haya alcanzado como máximo 2 años de educación primaria. En ese sentido, la población con NBI por dependencia económica es del 7.3 %, dato que se comporta de un modo muy similar a lo ya observado en la Tabla 5 sobre la actividad principal, porque es sólo el 27,6 % de los pacientes quienes trabajan y el 4,1 % quienes son jubilados o pensionados, por tanto, es una variable más que acentúa su situación de pobreza, en este caso particular al tener en cuenta el acceso a recursos económicos, al nivel educativo y la cantidad de personas en una vivienda que dependen de esos ingresos.

La anterior información muestra de modo desagregado la situación de pobreza de los pacientes a partir de sus necesidades básicas insatisfechas. Ahora bien, si un hogar vive en al menos una de estas condiciones se clasifica como en situación de pobreza, mientras que si el hogar cuenta con 2 o más NBI, su situación es de pobreza extrema. De este modo, el 26.7 % se ubica en la categoría de situación de pobreza y el 6.8 % en la de pobreza extrema.

Figura 4. Distribución espacial de los pacientes por comunas.

Pacientes con SISBÉN y diagnóstico de trastornos del humor (afectivos) por comunas: 2009 - 2018



La distribución en la zona urbana de Cali de los pacientes diagnosticados con trastornos del humor posibilita plantear vínculos que no son causales por el tipo de datos que se han usado, pero que sí se relacionan con los resultados de otras investigaciones, ya que son las zonas en las que se ubican con más frecuencia los pacientes, las que se describen con indicadores sociodemográficos de vulnerabilidad más altos (Barbary & Urrea, 2004; Urrea & Ortiz, 1999). En textos como los ya citados se propone distribuir la zona urbana de la ciudad en 5 clasificaciones al agrupar las comunas no sólo por su cercanía espacial, sino por sus semejanzas demográficas, sociales y económicas. Esa categorización es: Centro-Norte (comunas 3, 4, 9 y 10); Oriente (comunas 6, 13, 14, 15, 16 y 21); Norte-Sur (comunas 2, 5, 17, 19 y 22); Ladera (comunas 1, 18 y 20); y Nororiente (comunas 7, 8, 11 y 12). De este modo, la Figura 4 exhibe que el conglomerado Oriente es la zona con una distribución más alta de pacientes, seguido por la Ladera, aunque en este caso en específico se anota que el HDPUV se ubica en la comuna 18, lugar que hace parte de la Ladera, una primera razón por la que se pueden atender más casos de personas provenientes de barrios cercanos, sin pasar por alto que en ocasiones es posible que el personal administrativo de la institución, al no contar con la posibilidad de registrar una dirección de residencia del paciente, ingresa la del hospital.

Los conglomerados son, entonces, una vía más para ahondar en el perfil sociodemográfico de los pacientes, en particular por sus condiciones de vulnerabilidad, muy marcadas en términos de nivel educativo, acceso a la educación formal, necesidades básicas insatisfechas, acceso al mercado laboral, entre otras. Así mismo, en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 los resultados mostraron que para los últimos 12 meses, la prevalencia de cualquier tipo de trastorno mental en los adultos de hogares vulnerables (4,9 %) y en situación de pobreza (4,4 %) era mayor al promedio nacional (4 %)(Ministerio de Salud, 2015), hallazgo que invita a pensar en que las condiciones de vulnerabilidad y de pobreza, tal como se han descrito en los apartados anteriores, son elementos que se pueden relacionar con la enfermedad mental.

Vale la pena destacar para matizar la información, que el HDPUV es una institución que, en su mayoría, atiende a personas que por sus condiciones se clasifican como vulnerables y, a su vez, que el SISBÉN es un dispositivo estatal diseñado para identificar a las personas en esta condición con el fin de asignar programas sociales. En otras palabras, poblaciones con mayores recursos pueden contar con la opción de dirigirse a otras entidades para recibir atención en salud mental, como por ejemplo una clínica privada.

Diagnósticos de trastornos del humor

La anterior presentación de los datos ha dado cuenta del perfil sociodemográfico de los pacientes que en algún momento se diagnosticaron dentro del grupo de interés de este artículo al ser atendidos en el HDPUV y estar registrados en el SISBÉN. A continuación, de un modo muy breve, se muestra cómo es la distribución de los diagnósticos al desagregar la información.

Tabla 11

Diagnósticos desagregados de trastornos del humor (afectivos).

Diagnóstico	N	%	Hombres	Mujeres
Episodios depresivos	2.404	45,5	29,2	70,8
Trastorno bipolar	1.466	27,8	34,4	65,6
Trastorno depresivo recurrente	1.220	23,1	25,4	74,6
Trastornos del humor (afectivos) persistentes	169	3,2	18,3	81,7
Episodio maniaco	13	0,2	38,5	61,5
Otros trastornos del humor (afectivos)	5	0,1	80,0	20,0
Trastorno del humor (afectivo) sin especificación	3	0,1	66,7	33,3

Los episodios depresivos, con el 45.5 % son los más predominantes en el grupo de trastornos, seguidos de los trastornos bipolares, con el 27.8 %, y el trastorno depresivo recurrente, con el 23,1 %. Mientras las mujeres son las que más padecen dichos trastornos, 70,8 %, 65,6 %, 64,6 % respectivamente, los hombres se concentran de manera minoritaria en otros trastornos del humor (80.0 %) y trastornos del humor sin especificación (66.7 %). Para el caso específico de la sociedad colombiana, en el 2015 el Ministerio de Salud observó que “el 70,4 % de las personas atendidas con diagnóstico de depresión moderada fue de mujeres, mientras que el 29,6 % fue de hombres” (Ministerio de Salud, 2017, p. 3).

Tabla 12

Diagnósticos por grupos de edad.

Grupos de edad	Episodios depresivos		Trastorno bipolar		Trastorno depresivo recurrente	
	n	%	n	%	N	%
7 a 11 años	34	1,4	6	0,4	1	0,1
12 a 17 años	336	14,0	30	2,0	80	6,6
18 a 44 años	990	41,2	643	43,9	504	41,3
45 a 64 años	728	30,3	602	41,1	446	36,6
65 o más años	315	13,1	185	12,6	189	15,5

En lo que tiene que ver con los grupos de edad, los tres principales diagnósticos de trastornos del humor se concentran en los rangos que van entre los 18 y los 64 años. Sin embargo, es importante señalar que, para el caso específico de los episodios depresivos, el inicio de la enfermedad comienza entre los 12 y 17 años y presenta, igualmente, un número importante de casos entre los adultos mayores de 65 años y más.

En un estudio realizado por el Ministerio de Salud nacional entre el 2009 y el 2015, aunque la tendencia encontrada en el HDPUV es similar con respecto a la ocurrencia de diagnósticos de depresión a nivel nacional, hay una diferencia en el punto máximo de casos, pues en tanto a nivel nacional el puntaje más alto se alcanza entre los 50 y 54 años, en el caso de Cali se da entre los 18 y 44 años (Ministerio de Salud, 2017, p. 4).

Del mismo estudio del Ministerio llama la atención que se reportaron casos de depresión a edades muy tempranas, lo que coincide con los resultados de nuestro estudio, en el que observamos que hay 34 casos entre niños y niñas menores de 7 y 11 años. Este dato es importante porque “la evidencia de la depresión en niños ha sido asociada con la presencia de otras enfermedades mentales, al mismo tiempo de ser considerada un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, bajo desempeño escolar y desenvolvimiento social” (Ministerio de Salud, 2015, p. 208).

Tabla 13

Diagnósticos desagregados de episodios depresivos.

Diagnóstico	n	%	Hombres	Mujeres
Episodio depresivo moderado	1.045	43,5	27,0	73,0
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	541	22,5	33,1	66,9
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	196	8,2	36,7	63,3
Episodio depresivo leve	107	4,5	24,3	75,7
Otros episodios depresivos	223	9,3	25,1	74,9
Episodio depresivo sin especificación	292	12,1	29,8	70,2

Como ya se mencionó, el principal diagnóstico de los trastornos del humor es la depresión, en primer lugar, el episodio depresivo moderado (43,5 %) y en un segundo lugar el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (22,5 %). Las mujeres presentan una mayor recurrencia de la enfermedad que los hombres, lo que es posible constatar en otros estudios como el realizado en la zona metropolitana de Francia entre 2010 y 2014; en estos años los trastornos depresivos en las mujeres son del orden de los 650 y 690 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que en los hombres corresponden a 380 y 420 por cada 100.000 habitantes (Badjadj & Chan Chee, 2017).

En lo que respecta a la discapacidad que genera la enfermedad, el estudio de las OMS y OPS (2018) muestra a la depresión como principal causa de discapacidad, con 7,8 % de la discapacidad total y un intervalo de 5.9 % entre Canadá y 9,4 % en Paraguay. Colombia, junto con Paraguay, Brasil, Perú y Ecuador son los primeros países en la tabla clasificatoria por depresión, con 8,2 %, 9,4 %, 9,3 %, 8,6 % y 8,3 % respectivamente (OPS, 2018b, p. 14).

Tabla 14

Diagnósticos desagregados de trastorno bipolar.

Diagnóstico	n	%	Hombres	Mujeres
Trastorno bipolar sin especificación	227	50,1	30,9	69,1
Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos	104	12,8	55,3	44,7
Trastorno bipolar, actualmente en remisión	47	10,8	29,7	70,3
Trastorno bipolar, episodio actual mixto	28	5,5	35,0	65,0
Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado	21	4,4	32,3	67,7
Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco	25	3,4	50,0	50,0
Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos	6	1,9	21,4	78,6
Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos	5	1,1	31,3	68,8
Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos	6	1,0	40,0	60,0
Otros trastornos bipolares	36	9,0	27,3	72,7

El trastorno bipolar sin especificación presenta el mayor número de casos entre las personas analizadas, 227, lo que equivale al 51.1 % de los casos encontrados, y en un segundo lugar se halla el trastorno bipolar episodio actual maníaco con rasgos psicóticos, con 104 casos equivalentes al 12,8 % de la población consultada. Los datos muestran también una mayor recurrencia, en todos los diagnósticos desagregados, entre las mujeres, salvo en el trastorno bipolar episodio actual hipomaníaco, frente al que hombres y mujeres comparten la misma proporción de casos, y en el trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos, en el que se observa un porcentaje mayor de hombres. El trastorno afectivo bipolar tiene una prevalencia del 1,3 % en la población general “y está asociado con altas tasas de discapacidad, riesgo suicida y comorbilidad con abuso de sustancias” (Uribe-Villa et al., 2012, p. 16).

En lo que respecta a la discapacidad, los trastornos bipolares, como lo muestra el estudio realizado por las OPS y OMS, están por encima del promedio por países y del total de la región en 1,4 %. El intervalo va de 1,1 % en las Islas Vírgenes a 1,7 % en Nicaragua (OPS, 2018b).

Discusión de resultados

En el *Atlas de salud mental de las Américas, 2017*, con los datos reportados por 24 países, la tasa regional de sujetos con trastorno mental grave en tratamiento es de 429,8 por 100.000 habitantes: “La depresión moderada/grave es la enfermedad que presenta una mayor prevalencia de tratamiento entre las diferentes subregiones y grupos de ingreso, excepto en el Caribe no latino y el grupo de ingresos mediano-alto donde es sobrepasada por la psicosis” (OPS, 2018a, p. 24).

En lo que respecta al trastorno afectivo bipolar, este tiene una prevalencia del 1,3 % en la población general “y está asociado con altas tasas de discapacidad, riesgo suicida y comorbilidad con abuso de sustancias” (Uribe-Villa et al., 2012, p. 16). El porcentaje de discapacidad como APD para Colombia es del 1,7 % (OPS, 2018b, p. 20).

Como se ha mencionado anteriormente, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2015), el 9,1 % de la población colombiana mayor de 18 años ha presentado algún tipo de trastorno mental durante toda su vida. Así mismo, el 6,7 % tuvo prevalencia de algún trastorno afectivo, el 5,4 % de algún trastorno depresivo y el 3,9 % de algún trastorno de ansiedad. Por supuesto, las cifras no son comparables con el HDPUV porque es una institución especializada en salud mental, pero en ambos casos sí se refleja una tendencia en la presentación de este tipo de diagnósticos. De hecho, como se muestra en la Figura 1, los trastornos del humor (afectivos) se han convertido paulatinamente en el diagnóstico moda del hospital.

En general, los trastornos mentales en Colombia son más frecuentes en las mujeres (Ministerio de Salud, 2015; Tejada-Morales, 2016), situación que también ocurre en el *HDPUV (ver Figura 3), aunque en el caso de los trastornos afectivos bipolares la prevalencia es mayor para los hombres (1,9 %) respecto a las mujeres (0,9 %) (Ministerio de Salud, 2015), resultado que contrasta con los hallazgos de esta investigación en que por cada 2 mujeres diagnosticadas con trastorno bipolar hay 1 hombre.

El cruce entre la información de las historias y la registrada en el SISBÉN posibilitó una lectura de los datos en la que además del diagnóstico, y su respectiva clasificación en el grupo de trastornos del humor, pudimos constatar importantes indicadores socioeconómicos como el nivel educativo de los pacientes, que se concentra en un 90 % en la formación de primaria y secundaria; en lo que respecta a la actividad laboral, si bien un 27,6 % de los pacientes se encuentran realizando alguna actividad laboral, el 27,2 % lleva a cabo actividades del hogar y un 16,7 % no desarrolla ninguna; entre los que no desarrollan ninguna actividad laboral se encuentran también los que estudian, 14,1 %, buscando trabajo, 9,4 % y pensionados, 4,1 %. Justamente es en esta población que no desarrolla actividades laborales, donde se concentran, mayoritariamente, las personas con trastornos del humor.

En ese sentido, de acuerdo con la literatura hay factores que sobresalen en este perfil sociodemográfico y de trastornos del humor. Primero, coincidiendo con las conclusiones de otras investigaciones a nivel internacional, en un estudio en Antioquia con personas mayores de 75 años se plantea que el riesgo de depresión para este grupo de edad es mayor, con una carga más alta para las mujeres viudas, en particular si su hogar es unipersonal (Cardona et al., 2015), además del nivel educativo o el consumo de cigarrillo y alcohol (Segura-Cardona et al., 2015). Segundo, el desempleo como un factor de riesgo potencial para el desarrollo de una enfermedad mental o parte de sus síntomas, al igual que las implicaciones que tiene esta condición en términos de afiliación al sistema de seguridad social y el acceso a servicios de salud para recibir una atención oportuna y de calidad (García-Ubaque et al., 2012).

En lo que respecta a la clasificación del estrato socioeconómico, la población se agrupa en los estratos bajo-bajo (1), bajo (2) y medio-bajo (3), es decir, son personas que habitan viviendas clasificadas como de menores recursos y que son beneficiarias de subsidios en sus servicios públicos domiciliarios. Esto es evidente también en la cantidad de personas que conforman un hogar, pues en cerca de un 20 % de los hogares viven 6 personas o más y en un 33 % lo hacen 4 o 5 personas. Resulta significativo que el 8,6 % de los pacientes viven en hogares unipersonales, pues esto demuestra su grado de vulnerabilidad frente a enfermedades que requieren de una importante red de apoyo, cuidado y tratamiento. En ese sentido, Salazar-Torres, et al. (2019) se refieren a la carga del cuidador en su estudio sobre el programa de hospital de día de una institución de tercer nivel en Cali, en torno a la sobrecarga que experimentan las personas que cuidan de las otras con enfermedad mental, destacando que su perfil tiende a ser el de una mujer madre de familia, mayor de 55 años, de bajos ingresos, ejerciendo este rol 8 años en promedio y como mínimo durante 12 horas al día. Si bien la dedicación del cuidador depende de la condición de discapacidad de la persona, y en ese sentido habría que analizar en detalle su relación con los trastornos del humor, es claro que se trata de una más de las manifestaciones para considerar en la elaboración del perfil social, económico y demográfico del paciente, además de procesos de intervención e investigación.

Además de los indicadores expuestos se hizo uso del método de Necesidades Básicas Insatisfechas, que se utiliza para caracterizar la pobreza a través de indicadores como: dependencia económica, vivienda inadecuada, hacinamiento crítico, servicios inadecuados, inasistencia escolar, pobreza y miseria. Si el hogar experimenta alguno de estos indicadores vive en pobreza, pero si son dos o más viven en pobreza extrema. Con base en dicho método se logró establecer que el 11,2 % de los pacientes padecen hacinamiento crítico y el 7,3 % dependencia económica. El primer indicador corrobora la gran cantidad de personas que comparten un hogar, mientras que el segundo reafirma que un porcentaje muy pequeño de la población trabaja, esto es, el 27,6 %. De este modo, el 26,7 % de los pacientes se ubica en la categoría de situación de pobreza y el 6,8 % en pobreza extrema. A nivel nacional, con base en la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015, los mayores de edad en condición de pobreza presentaron en un 9,2 % un

trastorno mental a lo largo de la vida y el 4,3 % en el último año, mientras que en el caso de los no pobres, la prevalencia fue de 9,1 % y 3,9 % respectivamente (Quitian et al., 2016). Sin embargo, aunque el indicador de pobreza multidimensional utilizado fue construido a partir de datos sobre las condiciones educativas del hogar, de la niñez y la juventud, de servicios públicos y vivienda, trabajo y salud, la realidad es que se sigue tratando de un índice que prioriza el uso de las variables del hogar para su elaboración, situación semejante a lo que ocurre con el SISBÉN. Por esta razón, se requiere ahondar en este vínculo entre pobreza y enfermedad mental a un nivel más individual, familiar y comunitario.

A nivel espacial, la mayoría de los pacientes se ubican en el conglomerado oriente, (comunas 6, 13, 14, 15, 16 y 21) y de ladera (comunas 1, 18 y 20), que son, dicho sea de paso, las que presentan mayores condiciones de conflicto y vulnerabilidad en la ciudad. Al respecto, en otras investigación con base en la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 y la clasificación de municipios en conflicto permanente, interrumpido, finalizado o sin conflicto del Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos (CERAC), se identificó que los territorios más violentos reportan tasas de prevalencia más altas de trastornos depresivos, ansiedad y de posible estrés postraumático (Gómez-Restrepo et al., 2016). En esta misma línea, las víctimas del conflicto colombiano en situación de desplazamiento suelen tener prevalencias altas de síntomas o trastornos mentales (Campo-Arias et al., 2014; Tamayo Martínez et al., 2016).

Finalmente, en lo que respecta a los diagnósticos identificados se pudo constatar que la principal enfermedad que padecen los pacientes es la depresión (45,5 %), seguido del trastorno bipolar (27,8 %) y el trastorno depresivo recurrente (23,1 %). Los datos corroboran, además, una tendencia internacional de estas enfermedades, y es que es principalmente femenina, y en lo que respecta a la edad en que se desenvuelven estas enfermedades, el estudio halló que se mueven en el rango entre los 18 y 64 años. Sin embargo, se pudo identificar también cómo se empieza a presentar la depresión entre niños, en edades muy tempranas en el rango de los 7 y 11 años.

CONCLUSIONES

El estudio del perfil social y económico de pacientes diagnosticados con trastornos del humor del HDPUV nos permitió corroborar el fuerte vínculo existente entre enfermedad mental y pobreza reflejado en las condiciones sociales y económicas de los pacientes consultados a través de la base de datos de las historias clínicas del hospital y su filiación al SISBÉN. Lo anterior es un indicio de cómo los pacientes en esta situación se enfrentan a un ciclo que pareciera no tener fin, ya que su condición de vulnerabilidad y los riesgos de una agudización de su enfermedad mental se mantienen o acentúan. En otras palabras, se torna complejo que ese *círculo vicioso* se pueda

romper. A su vez, no hay que pasar por alto que la enfermedad mental está rodeada por prejuicios, comportamientos discriminatorios y estigmas. Con frecuencia, una persona diagnosticada con una enfermedad mental y en particular con condiciones de complejo tratamiento como el trastorno bipolar, se enfrentan a contextos en los que se restringen sus derechos legales, experimentan inequidades en su proceso de atención o son devaluados socialmente. Además, tanto las situaciones descritas como la enfermedad mental en sí misma se van infiltrando en la mente de la persona diagnosticada, lo que acarrea una baja en la autoestima y la negación a buscar un tratamiento o dificultar aún más el que se ha emprendido (Flores-Reynoso et al., 2012).

Desde una mirada institucional, los costos de manejo y tratamiento de la enfermedad mental son altos, lo que puede ocasionar que la atención en ciertas ocasiones sea imposible de brindar para los pacientes. De hecho, hay investigaciones a nivel mundial en las que se concluye que los trastornos afectivos son los más costosos de manejar (Salvador-Carulla et al., 2011). En un estudio realizado en México sobre los costos de atención médica entre el 2005 y el 2013 en todo el país a causa de la depresión y la esquizofrenia, se encontró que este es de USD 2.435,00 para la depresión y USD 2.216,00 para la esquizofrenia; en lo que respecta al número de casos de depresión, estos pasaron de 4.556 en el 2005 a 7.421 en el 2013 (Arredondo et al., 2018). En el año 2020 se publicó en Colombia un estudio que estima costos de tratamiento con las tecnologías disponibles en el SGSSS, incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (POS) de 2019 y en las resoluciones No. 5857 y No. 5858 de 2018, para trastornos del estado de ánimo, reportando un costo para trastornos depresivos por año por persona de 12.677.600 pesos y para trastorno bipolar de 13.347.200 pesos (Moreno-Londoño et al., 2020).

Aunque establecer una relación causal entre pobreza y enfermedad mental no es posible, lo que sí se identifica en esta investigación, es una coincidencia entre la distribución espacial de los pacientes, los resultados de investigaciones similares que integran entre sus objetivos variables a nivel social, económico y demográfico, y los indicadores del perfil sociodemográfico que se han descrito en este documento. Es decir, surgen nuevas posibilidades de estudio en las que se relacione la salud mental con variables como pobreza monetaria, ocupación, hacinamiento, necesidades básicas insatisfechas, nivel de ingreso, estrato, etc. En ese sentido, como se ha mencionado previamente y haciendo énfasis en las investigaciones de tipo cuantitativo, sería conveniente que en futuros estudios en los que se explore la relación entre las condiciones socioeconómicas del individuo y su salud mental, se empleen indicadores de pobreza que aborden de modo más exhaustivo características individuales, familiares y comunitarias, para contrastar los resultados de variables como el índice de pobreza multidimensional.

El estrecho vínculo entre pobreza y enfermedad mental, así como el surgimiento de casos de depresión en niños y niñas de bajos estratos socioeconómicos, alerta sobre la necesidad de ampliar las políticas de atención en términos de salud pública, tanto por la falta de estudios que relacionen

la pobreza con la salud mental, como por el contexto social, económico y político, que es propicio para que los índices de problemas de salud mental se incrementen en los sectores vulnerables y, a su vez, para que las posibilidades de acceso a programas de atención en salud mental se limiten.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

REFERENCIAS

- Abramowitz, C. V., & Dokecki, P. R. (1977). The Politics of Clinical Judgment: Early Empirical Returns. *Psychological Bulletin*, 84(3), 460-476. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.3.460>
- Arredondo, A., Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Arredondo, P., & Recaman, A. L. (2018). Análisis de costos de atención médica para esquizofrenia y depresión en México para el periodo 2005-2013. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(1), 1-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00165816>
- Badjadj, L., & Chan Chee, C. (2017). Prise en charge des troubles de l'humeur dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 en France métropolitaine. Analyse des données du RIM-P. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (10), 178-85. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/10/2017_10_1.html
- Barbary, O., & Urrea, F. (Eds.). (2004). *Gente negra en Colombia: Dinámicas sociopolíticas en Cali y el Pacífico*. Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica de la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle (Cali), CIDSE, L'Institut de Recherche pour le Développement de Francia (antiguo Orstom), IRD, Instituto para el Desarrollo de la Ciencia y Tecnología de Colombia "Francisco José de Caldas", COLCIENCIAS.

- Berenzon, S., & Juárez, F. (2005). Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 619-626. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400016>
- Camacho, E., Conover, E., Espinosa, F., Flórez, C. E., & Sánchez. (2010). El Sisbén: Su diseño y evolución. *Notas de Política*, (4), 2-6. <https://gobierno.uniandes.edu.co/en/publicaciones/notas-de-politica/nota-de-politica-no-4>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>
- Cardona, D., Segura, A., Segura, Á., & Garzón, M. O. (2015). Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. *Biomédica*, 35(1), 73-80. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2381>
- De Dios, C., Goikolea, J. M., Colom, F., Moreno, C., & Vieta, E. (2014). Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* http://www.academia.edu/30777145/Los_trastornos_bipolares_en_las_nuevas_clasificaciones_DSM-5_y_CIE-11
- Flores-Reynoso, S., Medina-Dávalos, R., Robles-García, R., & Páez-Agraz, F. P. (2012). Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11(3), 82-89. <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123f.pdf>
- García-Ubaque, J. C., Riaño-Casallas, M. I., & Benavides-Piracón, J. A. (2012). Informalidad, desempleo y subempleo: Un problema de salud pública. *Revista de Salud Pública*, 14(1), 138-150. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000700012>
- Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C. C., Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., de Vries, E., Rengifo, H., Rodríguez, A., & Rincón, C. J. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001>
- Güezguán, C. M. (2012). *Análisis de la metodología actual de encuestas del SISBÉN como mecanismo idóneo para la identificación de la población vulnerable en Colombia* [Tesis de maestría, Universidad Libre]. <http://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/5693/RojasGuezuguanCarlosMauricio2010.pdf;sequence=1>

- Luque, R., & Berrios, G. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 130S-146S. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60199-2](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60199-2)
- Masís, D. P., Gómez-Restrepo, C., Uribe-Restrepo, M., Miranda, C., Pérez, A., de la Espriella, M., Novoa, J., Chaux, A., Arenas, Á., Torres, N., Suárez, M., & Rondón, M. (2010). La carga económica de la depresión en Colombia: Costos directos del manejo intrahospitalario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(3), 465–480. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60219-5](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60219-5)
- Ministère de la Santé et de Services Sociaux. (2018). Dépression majeure, trouble bipolaire et trouble de l'humeur. Statistiques de Santé et de bien être selon le sexe- Tout le Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/depression-majeure-manie-et-trouble-de-l-humeur/>
- Ministerio de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015 (Tomo I)*. Ministerio de Salud, Colciencias. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Ministerio de Salud. (2017). *Boletín de salud mental. Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Moreno-Londoño, H. A., Cudris-Torres, L., & Aponte-Gutiérrez, N. (2020). Análisis de costo del tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en Colombia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(3), 304-308. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/19451/144814485810
- Myers, J., & Bean, L. (1968) *Decade later follow up of social class and mental illness*. New York: Jhon Wiley and Sons.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2004). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación. CIE-10: CDI-10*. Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2018a). *Atlas de salud mental de las Américas, 2017*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>

- Organización Panamericana de la Salud. (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018b). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Quitian, H., Ruiz-Gaviria, R. E., Gómez-Restrepo, C., & Rondón, M. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*, 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.005>
- Salazar-Torres, L. J., Castro-Alzate, E. S., & Dávila-Vásquez, P. X. (2019). Carga del cuidador en familias de personas con enfermedad mental vinculadas al programa de hospital de día de una institución de tercer nivel en Cali (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría, 48*(2), 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.002>
- Salvador-Carulla, L., Bendeck, M., Fernández, A., Alberti, C., Sabes-Figuera, R., Molina, C. & Knapp, M. (2011). Costs of Depression in Catalonia (Spain). *Journal of Affective Disorders, 132*(1-2), 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.019>
- Segura-Cardona, A., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., & Garzón-Duque, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública, 17*(2), 184-194. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
- Tamayo-Martínez, N., Rincón-Rodríguez, C. J., de Santacruz, C., Bautista-Bautista, N., Collazos, J., & Gómez-Restrepo, C. (2016). Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*(1), 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.004>
- Tejada-Morales, P. A. T. (2016). Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: Prevalencia, consecuencia y necesidades de intervención. *Revista Salud Bosque, 6*(2), 29-41. <https://go.gale.com/ps/i.do?p=IFME&sw=w&issn=22485759&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA597060280&sid=googleScholar&linkaccess=abs>
- Uribe-Villa, E., Gutiérrez-Briceño, P., Palacio, J. D., & García, J. (2012). Perfiles psicopatológicos en los hijos de los sujetos con trastorno afectivo bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 41*(1), 15-25. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60066-4](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60066-4)

- Urrea, F., & Ortiz, C. (1999). Patrones sociodemográficos, pobreza y mercado laboral en Cali (Documento de trabajo para el Banco Mundial). <https://drive.google.com/file/d/0B3qvoF5cGd68VGhTa3BKbEZUQVk/view?resourcekey=0-7SEd7bIA3JGD8gq423HNNHQ>
- Vargas-Huicochea, I., & Huicochea-Gómez, L. (2011). Percepción de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Aproximación a la relación médico/paciente. *Estudios de Antropología Biológica*, 13(2), 711-729. <http://www.journals.unam.mx/index.php/eab/article/view/26413>
- World Health Organization. (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: Scaling Up Care for Mental, Neurological and Substance Use Disorders*. World Health Organization. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310851/>