

**CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA DE SERVICIOS DE
SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD
DEL CAUCA 2008-2010**

ADRIANA MARCELA CAMACHO
YADY XIMENA GOMEZ
LAURA SOFIA MOSQUERA
YEIMI ADRIANA MUÑOZ

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2012

**CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA DE SERVICIOS DE
SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD
DEL CAUCA 2008-2010**

ADRIANA MARCELA CAMACHO
YADY XIMENA GOMEZ
LAURA SOFIA MOSQUERA
YEIMI ADRIANA MUÑOZ

ASESORA/ INVESTIGADORA PRINCIPAL
Enf. Mag. Gladys Amanda Mera U.

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
POPAYAN
2012

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	15
1. OBJETIVOS	19
2. MARCO DE REFERENCIA.....	20
2.1 EVOLUCION DEL CONCEPTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL	20
2.2 MARCO LEGAL.	21
2.2.1 Consideraciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la organización del régimen especial de las universidades.....	21
2.2.2 Relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud	23
2.2.3 Calidad de la atención en salud.	25
2.2.4 Marco legal de salud mental.....	25
2.2.4.1 Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	25
2.2.4.2 Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia.....	26
2.2.4.3 Decreto 3039 de 2007.....	26
2.3 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	27
2.3.1 Trastornos mentales orgánicos. (F00-10)	27
2.3.1.1. Demencia.....	27
2.3.1.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.	27
2.3.2 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delusivos (delirantes)	28
(F20 - F29)	28
2.3.2.1. Esquizofrenia	28
2.3.2.1.1 Esquizofrenia tipo I	28
2.3.2.1.2 Esquizofrenia tipo II	28

2.3.3 Trastornos afectivos (F30-F39):.....	28
2.3.4 Trastornos neuróticos somatomorfos y asociados al estrés. (F40-F48)	28
2.3.4.1 Trastorno de pánico.....	28
2.3.4.2. Trastorno de ansiedad generalizada.	29
2.3.4.3. Trastorno obsesivo compulsivo.	29
2.3.4.4 Reacción severa al estrés y trastornos adaptativos, se clasifican en:.....	29
2.3.5 Trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89).....	29
2.4 CICLO VITAL INDIVIDUAL Y SALUD MENTAL.....	31
2.5 CONTEXTO DEL ESTUDIO: UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.....	33
2.5.1 Caracterización de los servicios de salud mental en los usuarios de la unidad de salud.....	34
3. METODOLOGIA	35
3.1 TIPO DE ESTUDIO	35
3.2 POBLACIÓN A ESTUDIO	35
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	35
3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	36
3.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:.....	36
4. RESULTADOS.....	40
4.1 INSTITUCIONES Y DEMÁS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL CON CONTRATACIÓN VIGENTE DE LA UNIDAD DE SALUD DURANTE EL PERIODO 2008-2010.	41
4.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS QUE CONSULTAN A PRESTADORES DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL.....	45

4.3 FRECUENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN LOS AFILIADOS.....	47
4.4 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN SALUD MENTAL EN LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010	50
4.5 DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DE LOS COMPORTAMIENTOS MÁS FRECUENTES SEGÚN NÚMERO DE CONSULTAS ANUALES.....	52
4.6 DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES SEGÚN NÚMERO DE CONSULTAS ANUALES.....	54
4.7. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SEGÚN CIE 10, MÁS FRECUENTES DURANTE EL PERIODO 2008-2010.....	55
4.8. DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS ENCONTRADOS SEGÚN EL TIPO DE AFILIACIÓN.	57
4.9. DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS COTIZANTES SEGÚN EL TIPO DE OCUPACIÓN.....	58
4.10. DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS PENSIONADOS.....	59
4.11. DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS CON OCUPACIÓN DOCENTE.....	60
4.12. DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS CON OCUPACIÓN ADMINISTRATIVA.....	62
4.13. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO.....	63

MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS MENORES DE 1 AÑO.....	63
4.14. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO.....	64
MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS PREESCOLARES.	64
4.15. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO.....	65
MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS ESCOLARES.....	65
4.16. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS ADOLESCENTES.	66
4.17. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTE EN LOS USUARIOS ADULTOS JÓVENES.....	67
4.18. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTE EN LOS USUARIOS ADULTOS MEDIOS.	68
4.19. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTE EN LOS USUARIOS ADULTOS MAYORES.	69
5. DISCUSIÓN	71
6. CONCLUSIONES	81
7. RECOMENDACIONES.....	82
BIBLIOGRAFÍA.....	83

TABLA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfico N°1 Distribución porcentual de usuarios con diagnóstico de Trastorno mental y de comportamiento de acuerdo con el ciclo vital individual, Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010	46
Gráfico N°2. Frecuencia de Trastornos Mentales y del comportamiento según CIE 10, presentes en usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca durante el periodo 2008-2010	54
Gráfico N°3. Frecuencia de Trastornos Mentales y del comportamiento según CIE 10, presentes en Usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca período 2008-2010	56
Gráfica N°4. Distribución porcentual de usuarios según tipo de afiliación con diagnóstico de Trastorno Mental y del comportamiento según CIE 10 de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010	57
Gráfica N°5 Distribución porcentual de usuarios cotizantes con diagnóstico de Trastorno Mental y del comportamiento según CIE 10 - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010	58
Gráfica N°6. Distribución porcentual de diagnósticos de trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en pensionados - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010	59
Gráfica N°7. Distribución porcentual de diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento según CIE 10, más frecuentes en docentes – Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010	61
Gráfica N°8 Distribución porcentual de diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento según CIE 10, más frecuentes en administrativos – Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010	62

Gráfica N°9 Diagnósticos de trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en usuarios menores de 1 año - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010	63
Gráfica N°10 Diagnósticos de Trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en preescolares - unidad de salud de la universidad del cauca 2008-2010	64
Gráfica N°11 Distribución porcentual de Trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en escolares - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010	65
Gráfica N°12 Distribución porcentual de diagnósticos de trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en adolescentes - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010	66
Gráfica N°13 Distribución porcentual de diagnósticos de Trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en adultos jóvenes - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010	67
Gráfica N°14 Distribución porcentual de diagnósticos de Trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en adultos medios - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010	68
Gráfica N°15 Distribución porcentual de diagnósticos de Trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en adultos mayores - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010	69

TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Prestadores de servicios de salud mental periodo 2008-2010 según RIPS existentes en la unidad de salud universidad del cauca.	42
Tabla N° 2 Diagnósticos de Trastornos mentales y del comportamiento según CIE 10 encontrados en el periodo 2008-2010 en la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.	48
Tabla 3. Principales causas de consulta en Salud Mental en la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca durante el periodo 2008 a 2010	51
Tabla 4 Frecuencia de Trastornos Mentales y del comportamiento según CIE 10 de acuerdo al número de consultas anuales durante el período 2008-2010.	52

ANEXOS

Pág.

Anexo 1. Operacionalización de variables

81

DEDICATORIA

Agradecemos a Dios por permitirnos culminar este trabajo, fruto de nuestro esfuerzo y dedicación.

A nuestros padres y familiares por su apoyo incondicional e incontables sacrificios, que han contribuido a alcanzar nuestras metas personales y académicas.

A las gemelas Andrea y María por su paciencia, amor y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad del Cauca por su apoyo a la investigación académica, en la continua búsqueda de contribuir al conocimiento, permitiéndonos una formación integral con compromiso social.

Al Director de la Unidad de Salud, Doctor Elmer Muñoz Rosero, por la oportunidad de permitirnos realizar nuestro trabajo de investigación dentro de la institución.

A la Subdirectora de la Unidad de Salud, Dra. María del Socorro Cisneros, por su generosa colaboración y aporte a nuestra investigación.

Al personal administrativo de la Unidad de Salud, que con su contribución hicieron posible la realización de este trabajo.

A nuestra asesora Enfermera Gladys Amanda Mera, quien nos orientó con sus aportes académicos, dedicación, amor y valentía, logrando despertar en nosotras motivos de trabajo y de transformación humana.

A nuestros compañeros, quienes nos han enseñado el verdadero significado de la amistad y la empatía, necesarias para trabajar en equipo.

RESUMEN

Introducción: Con la reforma del sistema de salud tras la aprobación de la Ley 100 de 1993, surgieron grandes cambios en la forma de prestación de atención integral en salud a la población colombiana, en los diferentes regímenes establecidos. Con la Resolución 3374 del 2000, se reglamentó el Registro Individual de Prestación de servicios (RIPS), que facilita la comunicación entre entidades prestadoras y responsables del pago de dichos servicios. Este sistema brinda información necesaria para conocer el funcionamiento de la prestación de servicios de las entidades y se constituye como fuente para la toma de decisiones en salud. La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, desde la gerencia, avanza en el diseño participativo de un Modelo de salud que incorpore como eje transversal la Salud mental, dado que desde el Sistema de salud se considera la importancia de su incorporación prioritaria en planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud, incluida la atención clínica. **Objetivo:** Caracterizar los usuarios y los diagnósticos correspondientes de trastornos mentales y del comportamiento en afiliados consultantes de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, correspondiente a los años 2008-2010. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, con un total de 997 RIPS reportados durante el periodo 2008-2010. **Resultados:** Se encontró en total 18 entidades y prestadores de servicios en salud mental, 2 de ellas de carácter público, 14 del sector privado y 2 servicios de la Unidad de Salud de carácter público. De los RIPS reportados, se encontró un total de 202 usuarios con diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento, 99 de género femenino y 103 masculino. De acuerdo al ciclo vital individual, 6% (12) eran menores de 1 año, 13% (27) preescolares, 6% (12) escolares, 12% (23) adolescentes, 16% (33) adultos jóvenes, 21% (43) adultos medios, 26% (52) adultos mayores. Los diagnósticos principales fueron: en menores de 1 año F82 (trastornos específicos del desarrollo de funciones motoras, 57%=8); en preescolares F80.9 (trastorno del desarrollo del lenguaje no especificado, 25%=9); en escolares (17%=2) fueron F82x (trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado), F80.9 (trastorno del desarrollo del lenguaje no especificado) y F90.0 (alteraciones de la actividad y de la atención); en adolescentes (18%=5) se encontró F32.9 (trastorno depresivo no especificado) y F32.8 (otros episodios depresivos); en adultos jóvenes F32.9 (trastorno depresivo no especificado, 35%=14); en adultos medios F32.9 (episodio depresivo no especificado, 18%=11) y en adultos mayores F32.9 (episodio depresivo no especificado, 26%=20). **Conclusiones:** Principales causas de consulta por periodo: episodio depresivo no especificado (F32.9, 2008-2009) y

episodio depresivo leve (F32.0, 2010). Ambos diagnósticos hacen parte del grupo de F30-F39 (trastornos afectivos).

ABSTRACT

After the Health System Reform with the Law 100 of 1993, came out noticeable changes on how health comprehensible care was provided to Colombian population, within the different established regimes. With Resolution 3374 of 2000, was regulated the Single Record of Services (RIPS, for its Spanish initials), which eases communication between entities that provide and are responsible for payment of these services. This system supplies necessary information to know the performance of the services provided by the mentioned entities and becomes essential in health decisions making. The University Health Unity, from its management office, develops a participatory design for a Health Model which incorporates Mental Health as axis, inasmuch as Health System considers the importance of its needful incorporation in health services planning, execution and evaluation, clinical attention included. **Objective:** To characterize corresponding users and diagnostics of mental and behavior disorders in affiliates which consult to the University of Cauca Health Unity, during 2008-2010. **Methods:** Descriptive, cross-sectional, retrospective study, with 997 RIPS reported during 2008-2010. **Results:** 18 entities and health service providers were identified, 2 of them public, 14 private and 2 public services from University Health Unit. From reported RIPS, 202 users were found with mental and behavior disorders diagnosis, 99 females and 103 males. According to the individual life cycle, 6% (12) were minor than 1 year of age, 13% (27) preschoolers, 6% (12) school-aged, 12%(23) adolescents, 16% (33) young adults, 21% (43) middle-aged adults, 26% (52) older adults. Main diagnostics were: in minor than 1 year of age F82 (specific developmental disorder of motor function, 57%=8); in preschoolers F80.9 (developmental disorder of speech and language, unspecified, 25%=9); in school-aged children (17%=2) were F82x (non specified developmental disorder of speech and language), F80.9 (developmental disorder of speech and language, unspecified) and F90.0 (Disturbance of activity and attention); in adolescents (18%=5) were found F32.9 (Depressive episode, unspecified) and F32.8 (Other depressive episodes); in young adults F32.9 (Depressive episode, unspecified, 35%=14); in middle-aged adults F32.9 (Depressive episode, unspecified, 18%=11) and in older adults F32.9 (Depressive episode, unspecified, 26%=20). **Conclusions:** Main consultation causes per period were: Depressive episode, unspecified (F32.9, 2008-2009) and mild depressive episode (F32.0, 2010). Both diagnostics are part of the group F30-F39 (Mood-Affective disorders).

INTRODUCCION

Con la reforma del sistema de salud originada con la sanción de la Ley 100 de 1993, surgieron grandes cambios en la forma como debía prestarse la atención integral en salud, a la población colombiana en los diferentes regímenes establecidos.

Administrativamente se hizo necesario reglamentar la recolección, transferencia y difusión de la información, fue así que en el año dos mil (2000), con la aprobación de la Resolución 3374 se reglamenta la información básica que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios, estos datos básicos conforman el Registro Individual de Prestación de servicios (RIPS), un sistema que facilita la comunicación entre las entidades prestadoras y las entidades que son las responsables del pago de dichos servicios.

Este sistema además de brindar información básica de la prestación de servicios, permite conocer el cumplimiento de los diferentes programas establecidos en las mismas, así como las metas que se han fijado dentro de dichos programas.

La información almacenada en los RIPS es muy importante, por lo cual se requiere que el registro de los datos sea oportuno, adecuado y pueda constituirse en fuente para la toma de decisiones en salud. Sin embargo la transformación del Sistema de Salud se ha dado gradualmente y la adopción de esta norma no ha sido asumida de la misma manera por todas las instituciones de salud, por tanto, es de interés para la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, realizar una revisión retrospectiva de los RIPS existentes.

La Unidad de salud de la Universidad del Cauca, “Acuerdo No. 022 del 2.001, en desarrollo de la Ley 647 del 28 de febrero del año 2001, es considerada como una Entidad de régimen especial, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que brinda la atención a los docentes, pensionados y administrativos de la Universidad del Cauca y a su núcleo familiar, que en la actualidad asciende aproximadamente a tres mil el número de beneficiados, los cuales pueden acceder a servicios de baja y mediana complejidad, tales como consulta de medicina general, consulta y a tención en odontología, enfermería, trabajo social, psicología entre otros”.¹

¹ UNIVERSIDAD DEL CAUCA, Manual de Servicios. Unidad de Salud, Compromiso de Todos, , 2009

La misión de la Unidad de Salud, se orienta hacia el bienestar biopsicosocial de todos los usuarios y en la búsqueda de esa integralidad, desde la gerencia de la Unidad de Salud, se avanza en el diseño participativo de un Modelo de salud que incorpore como eje transversal a la Salud mental.

Para ello, la orientación en la prestación de servicios en salud, debe encontrar sustento en el perfil de los usuarios. La caracterización de los consultantes de los servicios de salud mental, en la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, permitiría una aproximación tanto a los eventos más frecuentes, como al grupo de trabajadores que pueden encontrarse con mayor afectación de su salud, dados los trastornos mentales y del comportamiento por los cuales se consulta.

Y es que la salud mental cobra más fuerza e importancia, por ello el Estado y en particular el Sistema de salud colombiano, encausan sus directrices hacia la consideración sobre la necesidad de visibilizar, incorporar o acrecentar este componente como prioritario en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud, incluso para la adecuada prestación de la atención clínica.

Teniendo en cuenta que las relaciones salud mental- salud física han sido evidenciadas más allá del concepto de la Organización Mundial (OMS), sobre salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”², si se afecta uno de estos componentes, el ser como ser integral se desequilibra con las consecuentes repercusiones negativas.

En Colombia el estudio nacional de salud mental 2003, reveló que “los trastornos más comunes eran los trastornos de ansiedad (19.3 % alguna vez), seguidos por los de estado de ánimo (15%) y el consumo de sustancias psicoactivas (10.3%) al menos 40.1% de los colombianos han tenido alguna vez un trastorno mental, predominantemente de ansiedad. Las mujeres son las mayormente afectadas por los episodios depresivos mayores, a diferencia de los episodios maniacos, donde los hombres alcanzan la mayor prevalencia”³

² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección general de salud pública. Asociación Colombiana de Psiquiatría Comité de Políticas Política Nacional del Campo de la Salud mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de derecho. Bogotá, D. C. Editorial Kimpres Ltda. Diciembre 2007

³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Fundación FES social. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003 <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo14822DocumentNo1466.PDF>

Así mismo dicho estudio evidenció que la carga global de la morbilidad, con la inclusión de los indicadores de discapacidad, así como los de mortalidad, cambió la manera de ver a las enfermedades y colocó a los trastornos mentales como una prioridad en salud pública; se constituyó en una voz de alerta para la toma oportuna de decisiones por parte del gobierno y entes territoriales, sugiriendo intervenciones que contribuyan a disminuir la incidencia y prevalencia de estos trastornos.

Las alteraciones en la salud mental de cualquier individuo, no afectan sólo su condición de salud sino además puede conllevar hacia una disfuncionalidad social, que afecta el desempeño laboral y limita la capacidad de aportar positivamente al desarrollo de la comunidad, por lo cual, prima desde la labor enfermera, aportar en la toma de decisiones con énfasis en salud mental.

La población objeto del presente estudio, también ha sido catalogada como expuesta a un alto riesgo psicosocial, tal como lo demuestra el estudio realizado por la Universidad de Antioquia 2010, expresa entre otros aspectos, que en “docentes universitarios modalidad catedráticos, la carga mental se ubica en un alto nivel, haciendo de ella por sí misma, una característica que explica el problema de la realidad actual del docente de cátedra en las universidades en Colombia.”⁴

Es por ello que los diagnósticos que puedan encontrarse, posiblemente correspondan a la punta del iceberg, constituyéndose en punto de referencia de lo que pudiera ser una aproximación situacional de los trastornos mentales o del comportamiento, en los usuarios adscritos a la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca. Continuando con el símil del iceberg, en la base se ubicarían los usuarios en riesgo, que requerirían de programas que logren una mejor adherencia a los servicios, esfuerzos que la Unidad de Salud estará dispuesta a realizar por su objeto misional.

Es así, como la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, no se siente ajena a la situación del país, ni ante la sospecha de que la salud mental debería abordarse

⁴ VELASQUEZ ARBOLEDA, Oscar Hernán. BEDOYA BEDOYA, Ever de Jesús. Una aproximación a los factores de riesgo psicosocial a los que están expuestos los docentes contratados bajo la modalidad de horas cátedra en la ciudad de Medellín. Facultad de Educación- Universidad de Antioquia. Medellín Colombia. 2010.

de manera transversal en sus servicios, con el interés por mejorar la calidad de la atención en salud de manera integral para todos sus usuarios. Se busca además crear alianzas intrauniversidad con el aporte de evidencia para la oportuna toma de decisiones.

La Ratificación de la promoción de la salud mental como parte del que hacer de enfermería, ha sido proclamada por organizaciones como el Comité Internacional de Enfermería (CIE), La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y La Asociación Nacional de Enfermeros de Colombia (ANEC).

En vista del auge que ha generado la relevancia de la salud mental en la última década, el olvido al que había estado sometida ha quedado en el pasado y ha surgido la necesidad de investigar más a fondo en este campo con el fin de generar nuevos conocimientos.

Para el escenario del presente estudio, es importante tener en cuenta la percepción que tienen los usuarios acerca de la salud mental y la respuesta frente al uso de los servicios que se prestan. Se conoce que existe cierta reticencia a este tema por la concepción que se tiene de estigmatizar a las personas con este tipo de trastornos, por lo cual no consultan o si lo hacen prefieren hacerlo en instituciones diferentes a la Unidad de salud, puesto que se trata de una comunidad en la que todos se conocen y esto hace posible que en el diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento exista un subregistro.

Hasta el momento no se ha avanzado en dicha caracterización del usuario, por lo cual es perentorio la realización de ésta, para obtener información pertinente, que permita a la Unidad de salud de la Universidad del Cauca, realizar una planeación, que se ha propuesto desde la dirección de esa Unidad y que sea participativa involucrando a usuarios y academia.

Con base en lo expuesto anteriormente surgen las siguientes preguntas:

¿Cuál es la frecuencia de trastornos mentales durante los años 2008-2010, en la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca?

¿De los usuarios de la Unidad de Salud, quiénes son los que más utilizan los servicios en salud mental y por qué causa?

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar los usuarios y los diagnósticos correspondientes de Trastornos mentales y del comportamiento en afiliados consultantes de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, correspondiente a los años 2008-2010.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la Red prestadora de servicios de salud mental con contratación vigente de la Unidad de Salud durante el periodo 2008-2010.
- Determinar los usuarios que más utilizan los servicios de Salud Mental en la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca durante el periodo 2008-2010.
- Determinar la frecuencia de trastornos mentales y del comportamiento en los afiliados a la unidad de salud de la universidad del cauca 2008 -2010.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 EVOLUCION DEL CONCEPTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Aunque se ha demostrado la importancia de la salud mental para garantizar la calidad de vida de la población y por ende al mejoramiento del desarrollo y productividad de los países, este tema no ha sido tan explorado en el campo de la salud pública, ya que el verdadero interés es reciente. Para poder entender el escaso interés en la salud mental, es importante contextualizar como ha sido la evolución histórica del concepto de la enfermedad mental.

“Las enfermedades mentales han sido detectadas y registradas desde tiempos remotos, así se demuestra en escritos griegos, egipcios, en los que se mencionan síntomas que en la actualidad podrían ser considerados como evidencia de enfermedades mentales subyacentes.

Sin embargo, en esa época el origen de las enfermedades mentales y también de las físicas era atribuido a espíritus o a otras génesis de carácter mágico-religioso. En el período Greco-romano aparece por primera vez en la historia la atribución de causas orgánicas al origen y estado patológico”⁵.

“A finales del siglo XIX y comienzos del XX se inicia una nueva tendencia caracterizada por la creación y desarrollo de los hospitales mentales y/o psiquiátricos. Justamente es, en ese momento, cuando surge el enfoque de psiquiatría en la profesión de enfermería.

Theodor y Friederieke Fliedner inauguran la primera escuela de enfermería en Alemania en 1836. Esta escuela fue visitada por Florence Nightingale, antes de inaugurar la Escuela del Hospital Santo Tomas en Londres.”⁶

Surge el interés en el conocimiento del arte de enfermería en el área psiquiátrica y por ende en “1880 se constituye la primera Escuela de Enfermería Psiquiátrica en América y dos años más tarde 90 enfermeras fueron graduadas.”⁷

⁵ ALVAREZ CACHO, Rafael. Evolución del concepto de enfermedad y salud mental. Salud mental y Enfermería. Diciembre 1996

⁶ ALVAREZ CACHO, Rafael. Evolución del concepto de enfermedad y salud mental. Salud mental y Enfermería. Diciembre 1996

Con el transcurso del tiempo aparecieron “las teorías de la relación interpersonal y emocional, como dimensiones que influyen en la enfermedad mental, incluyendo, por tanto necesidades de tratamiento del "medio" donde se desarrolla la enfermedad mental, hecho que ha generado nuevas funciones para la Enfermería Psiquiátrica, ya que desde entonces participa e interviene en el tratamiento comunitario, familiar y de grupo”⁸.

2.2 MARCO LEGAL.

Para tener más claridad acerca de la manera como se maneja la información de los pacientes que atienden las IPS contratadas y como llega a la entidad administradora de planes de beneficios (EAPB), se hace necesario la revisión de algunas definiciones consagradas en ciertas leyes que actualmente rigen en Colombia.

2.2.1 Consideraciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la organización del régimen especial de las universidades. En primer lugar la ley 100 de 1993 establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”⁹

Dentro de la organización, este sistema establece las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como las “entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, la diferencia entre los ingresos

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 de 1993. Santafé de Bogotá: Diciembre 23 de 1993. p. 42 Disponible en: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>

por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía”¹⁰

Por otra parte las instituciones prestadoras de salud son “entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas”¹¹.

Además existen regímenes especiales al cual pertenecen las universidades estatales u oficiales que se organizan como “entes universitarios autónomos, con régimen especial y vinculado al Ministerio de Educación Nacional, en lo que se refiere a las políticas y la planeación del sector educativo”¹².

De igual forma de acuerdo a la ley 647 de 2001, el sistema de salud de las universidades, se crea como una dependencia especializada de la misma, es administrado por la propia universidad que lo financia con las cotizaciones de sus usuarios y puede prestar directamente servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud¹³.

Estas entidades “únicamente tienen como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados, trabajadores, a los pensionados o jubilados de la respectiva Universidad y a los beneficiarios”¹⁴.

Lo que quiere decir que los afiliados al régimen especial de las universidades, pertenecen al régimen contributivo, si tenemos en cuenta que las personas que hacen parte de este régimen son aquellas que se encuentran “vinculadas a través de contrato de trabajo, o son servidores públicos, pensionados, jubilados o los trabajadores independientes con capacidad de pago”¹⁵.

¹⁰ *Ibíd.*, p. 56

¹¹ *Ibíd.*, p. 45

¹² COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 30 de 1992. Santafé de Bogotá. Diciembre 28 de 1992. p. 23. Disponible en http://www.unal.edu.co/dirnalpre/documentos/L0030_1992.pdf

¹³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 647 de 2001. Santafé de Bogotá. 28 de febrero de 2001. p.1 Disponible en http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles/86093_archivo_pdf.pdf

¹⁴ *Ibíd.*, p. 1

¹⁵ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 de 1993. OP. Cit., p. 46

Además de ser del régimen contributivo, también están dentro del grupo de los cotizantes porque al cumplir con los requisitos anteriores deben aportar parte de sus ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud¹⁶.

Existen también los beneficiarios del Sistema quienes son “el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado, cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, que sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado”¹⁷.

A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.

2.2.2 Relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud. A través del decreto 4747 de 2007 se define la red de prestación de servicios como un “conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada, coordinada y que buscan garantizar la calidad de la atención en salud ofreciendo una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos”¹⁸.

Dos elementos importantes de la red de prestación de servicios son: los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de dichos servicios de salud.

De acuerdo con la ley mencionada anteriormente se define a los prestadores de servicios de salud como “las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física y que se encuentran habilitados”¹⁹.

¹⁶ *Ibíd.*, p. 46

¹⁷ *Ibíd.*, p. 49-50

¹⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 4747 de 2007. Santafé de Bogotá. 7 de diciembre de 2007. p. 1-2. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%204747%20DE%202007.pdf>

¹⁹ *Ibíd.*, p. 1

Además establece las entidades responsables del pago de servicios de salud como las “direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales”²⁰.

Teniendo en cuenta estos elementos como parte de la red de servicios; es importante resaltar que cada uno de ellos debe cumplir ciertos requisitos indispensables para lograr la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Cabe aclarar que el acuerdo de voluntades hace referencia al “acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa”²¹.

Una de las condiciones mínimas para este acuerdo de voluntades es la periodicidad en la entrega de información de prestaciones de servicios de salud RIPS que son de obligatorio cumplimiento de acuerdo a con la ley 1122 de 2007²²

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) se define como el “conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades”²³

“Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario, de la prestación del servicio propiamente dicha y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa”²⁴.

“Los datos de identificación, son los de la entidad administradora del plan de beneficios, los del prestador del servicio y los de la transacción, reportados en una factura de venta de servicios. Los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), son los que se originan con las consultas, los procedimientos, servicio de urgencia, hospitalización, medicamentos. Las características de dichos datos y los valores para cada uno de estos servicios, son aplicables a todo tipo de consulta programada, de urgencia, médica general y

²⁰ *Ibíd.*, p. 1

²¹ *Ibíd.*, p. 2

²² COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1122 de 2007. Santafé de Bogotá. 9 de enero de 2007. p. 18

²³ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3374 de 2000. Santafé de Bogotá. 27 de diciembre de 2000.p. 2 Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/Manual Contratación/Normatividad/Resolucion%203374%20de%202000.pdf>

²⁴ *Ibíd.*, 2

especializada, odontológica general y especializada y las realizadas por otros profesionales de la salud”²⁵.

2.2.3 Calidad de la atención en salud. Al prestar un servicio de salud, es necesario tener en cuenta la calidad de la atención, para así garantizar la satisfacción de los requerimientos y necesidades de las personas afiliadas al mismo.

La calidad de la atención en salud, se entiende como la “provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”²⁶.

Por ello fue creado el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro (4) componentes: “Sistema Único de Habilitación, auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención de Salud, sistema Único de Acreditación y sistema de Información para la Calidad”²⁷.

2.2.4 Marco legal de salud mental

2.2.4.1 Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La salud mental ha ido implementándose en las políticas de Colombia a través de los años. Es así como de la Ley 100 de 1993, donde la salud mental no se menciona; se realizan dos reformas: la ley 1122 de 2007 y la 1438 de 2011, en las cuales si se incluye.

Mediante la ley 1122 de 2007, se incluye dentro del Plan de Salud Pública, la necesidad de conocer el perfil epidemiológico, la identificación de factores de

²⁵ *Ibíd.*, 2

²⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Santafé de Bogotá. 3 de abril de 2006. p. 2 Disponible en:http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivo/GestionAdministrativa/decreto_1011_2006.pdf

²⁷ *Ibíd.*, p. 3

riesgo, sus determinantes; en temas como salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, alcoholismo y suicidio;²⁸

Así mismo, a través de la ley 1438, se establece la inclusión de la salud mental en el plan decenal de salud pública, y a través del artículo 65 se establece la atención integral en salud mental, la cual busca “garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental”²⁹.

2.2.4.2 Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia.

Estos lineamientos, fueron realizados a partir del estudio de salud mental 2003-2004; a fin de crear una política, que propendieran por promover, prevenir y reducir el impacto negativo de los problemas psicosociales y los trastornos mentales sobre los individuos, familias y comunidades.

Los lineamientos establecidos para la política fueron: organización de los servicios, provisión de los servicios, inclusión social, recursos humanos, vigilancia de eventos e investigación en asuntos prioritarios en salud mental.³⁰

2.2.4.3 Decreto 3039 de 2007

A través de este decreto, se establece la salud mental y las lesiones violentas evitables como la cuarta prioridad.³¹

Dentro de esta prioridad, se tiene como meta “adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancia psicoactivas en 100% de las entidades territoriales”³².

²⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1122. Bogotá D.C. 2007.

²⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1438. Bogotá D.C. 2011.

³⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos de política de salud mental para Colombia. 2005

³¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3039. Bogotá D.C.2007.

³² Ibid. p. 38

2.3 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

“La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) define los trastornos mentales y del comportamiento como un conjunto. Los síntomas varían sustancialmente, pero estos trastornos se caracterizan en términos generales por alguna combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás”³³.

Desde el enfoque sanitario de la clasificación de este tipo de situaciones se considera trastorno mental en la medida en que produce un sufrimiento significativo y una desventaja adaptativa importante.

Por ello resulta de interés considerar toda la gama de alteraciones que se incluye en la décima revisión de la CIE. Así no sólo se hace mención a los trastornos sino además a la presencia de influencias psicológicas o comportamentales consideradas como importantes para la etiología, manifestaciones y evolución de otros trastornos somáticos, tales como la influencia de los rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento que afectan una enfermedad médica, en detalle se especifica la categoría TM y del comportamiento a continuación:

2.3.1 Trastornos mentales orgánicos. (F00-10): Corresponden a alteraciones de funciones del nivel de conciencia y /o de funciones cognitivas intelectuales amnésicas. Los dos grandes cuadros orgánicos son los agudos (delirium) y los crónicos (demencias).

2.3.1.1. Demencia: Constituye un síndrome debido a una enfermedad cerebral, generalmente de naturaleza crónica progresiva, con deterioro de múltiples funciones corticales superiores (memoria, pensamiento, orientación, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje, capacidad de juicio, control de los afectos y del comportamiento social). Debe diferenciarse del envejecimiento normal en el que también hay deterioro de las funciones cognitivas, pero sus interferencias con las actividades de la vida diaria son mínimas.

2.3.1.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

³³ CARVAJAL Cesar, FLORENZANO Ramón, WEIL Kristina. Psiquiatría. Editorial mediterráneo Ltda. 2ª edición. Santiago de Chile 2008.

2.3.2 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delusivos (delirantes) (F20 - F29)

2.3.2.1. Esquizofrenia: Es una enfermedad que afecta de preferencia a sujetos jóvenes, tiene un curso habitualmente crónico y puede producir diversas incapacidades psíquicas, familiares, sociales y laborales. Las diferentes corrientes y orientaciones psiquiátricas han conceptualizado la esquizofrenia en formas diversas, desde la negación de su existencia hasta la expresión exclusiva de una alteración cerebral. Incluye:

2.3.2.1.1 Esquizofrenia tipo I

2.3.2.1.2 Esquizofrenia tipo II

2.3.3 Trastornos afectivos (F30-F39): Se caracterizan por la presencia de síntomas de alteración del ánimo, que pueden ser de aumento o disminución, que tienden a evolucionar en fases y después de los episodios, la recuperación puede ser completa y por lo tanto favorable. Las fases que se han presentado con disminución del ánimo (depresivas), permiten clasificar la patología en el tipo unipolar; cuando existen fases de aceleración-euforia-irritabilidad (habitualmente con periodos depresivos), se trata de una enfermedad bipolar. Cuando la depresión es crónica (más de dos años) se denomina distimia.

2.3.4 Trastornos neuróticos somatomorfos y asociados al estrés. (F40-F48)

El término ansiedad se define como aquellas vivencias experimentadas por el sujeto como psicológicas (por ejemplo cuando los pacientes se refieren a “miedo sin saber a que” o desasosiego); por su parte la angustia hace referencia a los síntomas que se ligan con más fuerza a sensaciones corporales tales como las sensaciones de opresión precordial o dificultad respiratoria.

2.3.4.1 Trastorno de pánico. Se caracteriza por crisis de angustia (ataque de nervios) y sus síntomas reflejan una descarga generalizada y aguda del sistema nervioso autónomo: episodios de comienzo repentino de inquietud, aprensión y a veces terror. Esto se asocia al temor de una catástrofe inminente, a que algo terrible acaecerá. Secundariamente se agregan a veces ganas de hacer algo (escapar, esconderse) para evitar lo temido pero al mismo tiempo con vergüenza

de que otros se percaten del grado de tensión interna existente. Se acompaña comúnmente de disnea, palpitaciones, taquicardia, dolor torácico, sensación de ahogo, mareo, despersonalización auto psíquica o alopsíquica. Los ataques son cortos, de comienzo brusco y duran habitualmente minutos.

2.3.4.2. Trastorno de ansiedad generalizada. En este caso la hiperactivación del sistema nervioso es crónica o permanente. Se la ha llamado la “enfermedad de la preocupación”. Esta situación de hiperalerta se traduce en síntomas de cuatro planos: Tensión motora, hiperactividad autonómica, expectación aprensiva, estado de Hipervigilancia.

2.3.4.3. Trastorno obsesivo compulsivo. Se caracteriza por la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los primeros son ideas, imágenes o impulsos que irrumpen en forma estereotipada en la mente del paciente, en forma invasora y egodistónica. El paciente intenta, sin éxito resistirse a ellos.

Los actos o rituales compulsivos son comportamientos estereotipados que se repiten una y otra vez. No son placenteros en sí, ni llevan necesariamente a finalizar una tarea útil.

2.3.4.4 Reacción severa al estrés y trastornos adaptativos, se clasifican en:

- I. Trastornos por estrés grave y de adaptación.
- II. Reacción a estrés agudo.
- III. Trastorno por estrés postraumático.
- IV. Trastornos de adaptación.

2.3.5 Trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89)

2.3.5.1 Trastornos específicos del desarrollo de habilidades escolares, se clasifican en:

- 2.3.5.1.1 Trastornos del aprendizaje.
- 2.3.5.1.2 Trastorno de la lectura (dislexia).
- 2.3.5.1.3 Trastornos de la expresión escrita (digráfia).
- 2.3.5.1.4. Trastornos del cálculo (discalculia).
- 2.3.5.1.5 Trastornos del lenguaje.

Este trastorno específico del desarrollo del lenguaje puede ser de tipo expresivo o mixto, o receptivo-expresivo, también se denomina disfasia, concepto que apunta

al desarrollo y mayor plasticidad cerebral del niño que influye en la rehabilitación a diferencia de lo que ocurre en el adulto. Incluye:

2.3.5.1.5.1 Trastorno del lenguaje expresivo.

2.3.5.1.5.2 Trastorno del habla o fonológico.

A continuación se muestra los trastornos mentales y del comportamiento según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, la cual los codifica desde el código F00 a F99. A la vez cada clasificación general tiene subclasificaciones, para fines demostrativos no se incluirá la totalidad de éstas.

CLASIFICACION DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO SEGÚN CIE 10

TRASTORNO MENTAL	CLASIFICACION CIE 10
(F00-F09) Trastornos mentales orgánicos.	F00: Demencia en la enfermedad de Alzheimer
(F10-F19) Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.	F10: Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol. F13: Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sedantes. F16 Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alucinógenos.
(F20-F29) Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delusivos (delirantes).	F20 Esquizofrenia tipo I II.
(F30-F39) Trastornos afectivos.	F31 Trastorno afectivo bipolar. F32 Episodio depresivo.
(F40-F48) Trastornos neuróticos somatomorfos y asociados al estrés.	F41 Otros trastornos de ansiedad. F41.0 Trastorno de pánico (Ansiedad paroxística episódica). F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada. F42 Trastorno obsesivo compulsivo. F43 Reacción severa al estrés y trastornos adaptativos. F43.0 Reacción aguda al estrés. F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.
(F50-F59) Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.	F50.1 Anorexia nerviosa Atípica F50.5 Vómitos asociados con otras alteraciones Psicológicas F51.0 Insomnio no orgánico F52.3 Disfunción orgásmica F54X Factores psicológicos y del Comportamiento asociados con Trastornos o enfermedades clasificados en otra parte
(F60-F69) Trastornos de la personalidad	F60. Trastornos específicos de la personalidad

y del comportamiento del adulto	F60.2 Personalidad disocial F63.0 Juego patológico F63.1 Piromanía F66.0 Trastorno de la maduración sexual
(F70-F79) Retardo mental	F70 Retardo mental F71 Retardo mental moderado F72 Retardo mental severo F73 Retardo mental profundo
(F80-F89) Trastornos del desarrollo psicológico	F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje. F80.0 Trastorno específico de la articulación del lenguaje. F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje. F81 Trastornos específicos del desarrollo de habilidades escolares. F81.0 Trastorno específico de la lectura. F81.1 Trastorno específico de la ortografía. F81.2 Trastorno específico del cálculo

2.4 CICLO VITAL INDIVIDUAL Y SALUD MENTAL

El ciclo vital individual se define “como el desarrollo progresivo de etapas que van desde el nacimiento hasta la muerte del ser humano”³⁴. En cada una de estas etapas ocurren una serie de cambios físicos, sociales y del pensamiento que pueden repercutir en la salud mental del individuo positiva o negativamente pudiendo desencadenar algunos trastornos mentales y de los comportamientos característicos de cada etapa.

Así lo fundamentan escritores como José Carlos Mingote Adán, Miguel Requena en el libro “El malestar de los jóvenes: raíces, contextos y experiencias” donde afirman que: “los niños manifiestan más alteraciones emocionales que las niñas, en la adolescencia y edad adulta las mujeres superan a los hombres en las tasas de depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria. Al contrario los problemas de comportamiento (violencia, adicción, etc.) son más prevalentes en los varones a lo largo de todo el ciclo vital”³⁵.

La prevalencia de trastornos adaptativos según la edad constituye un indicador relativo del grado de estrés experimentado en las distintas etapas del ciclo vital.

³⁴ OYARZUN, Eleana. Ciclo vital individual. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. 2006.p.1 Disponible en: http://www.u-cursos.cl/medicina/2008/1/MPRINT25/1/material_docente/bajar?id_material=164893

³⁵ MINGOTE ADAN, José Carlos. REQUENA, Miguel. El malestar de los jóvenes: contextos raíces y experiencias. España: Díaz de Santos.2008 Disponible en: <http://www.books.google.com/>

Así en niños, adolescentes y ancianos la prevalencia del trastorno adaptativo fluctúa entre 2% y 8% frente al 1% que se encuentra en la población adulta.

Los trastornos adaptativos son alteraciones Psicológicas que aparecen en respuesta a uno o varios estresores identificables; que se manifiestan por síntomas de ansiedad, depresión, alteraciones del comportamiento.

Los trastornos de ansiedad constituye el diagnostico mas prevalente entre los adolescentes al igual que en los adultos y aumentan gradualmente con la edad, aunque se manifiestan de forma diferente a lo largo del ciclo vital.

La depresión aumenta con la edad de forma que en la infancia se sitúa en 2% y durante la adolescencia aumenta progresivamente hasta alcanzar niveles próximos al de los adultos (4%-5%) siendo dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

Según la OMS en el documento “Hombres, envejecimiento y salud” 2001, “se estima que la incidencia de la demencia después de los 65 años se encuentra entre un 4% y un 7% de acuerdo con diez estudios epidemiológicos; esta frecuencia se duplica cada 5 años de modo que los índices aumentan del 1% a los 65-74 años hasta un 7% a los 75-84 años y finalmente hasta un 25% después de los 85 años.

Aunque la demencia es más frecuente entre las mujeres, los estudios sobre su incidencia generalmente encuentran una incidencia pareja en ambos sexos, lo que supondría que los hombres sufren demencia en la misma proporción que las mujeres pero fallecen antes”³⁶.

El rendimiento del sueño (la relación entre el tiempo que se duerme con respecto al tiempo total que se pasa en la cama) disminuye del 95% en la adolescencia a menos del 80% en la tercera edad.

Por ello una gran proporción de hombres y mujeres de edad avanzada se queja de problemas para dormir. Muchos utilizan hipnóticos o sedantes como remedio. Esta solución está llena de problemas y puede enmascarar un trastorno del sueño.

³⁶ GINEBRA.ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Hombres, envejecimiento y salud: Conservar la salud a lo largo de la vida. Ginebra.2002. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.pdf>

2.5 CONTEXTO DEL ESTUDIO: UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

Prestar un servicio de salud de calidad, implica que en cada entidad se debe crear un programa enfocado en las necesidades de sus afiliados.

Para cumplir este propósito es necesario conocer las características de los usuarios, con el fin de guiar cambios en caso de que sean necesarios y de implementar nuevas estrategias que contribuyan a la recuperación de la salud cuando ésta se vea alterada.

Teniendo en cuenta la importancia de la salud mental dentro de los programas de salud de las entidades prestadoras de servicios, se hace necesaria su inclusión dentro de su planeación, así mismo para cumplir con las exigencias que actualmente rigen legalmente a las entidades prestadoras de servicios de salud.

La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca cuenta con “2899 afiliados de los cuales el 52% es cotizante (1395 personas), 48% beneficiario (1492 personas) y 0,4% se cataloga como adicional (12 personas).

De acuerdo a la población por sexo y tipo de afiliación, el porcentaje de hombres es mayor en la población cotizante correspondiente a 59,1%.y en la población beneficiaria y adicional son las mujeres las que muestran mayores porcentajes 61.1% y 58.3% respectivamente.

El rango de edad de los usuarios, se encuentra entre menores de 1 año hasta 80 años o más. Para el rango comprendido entre los 25 y 45 años existe un total de 210 hombres que equivale a un 7.3 % y un porcentaje de 8.6% correspondiente a un total de 249 mujeres. Según el nivel salarial, reporta que alrededor del 44.8% del total de la población cotizante pertenece al nivel salarial 1, es decir, devenga entre 1 y 3 salarios mínimos legales vigentes mensuales, en segundo lugar se halla el nivel salarial 2 (de 3 a 6 SMLV), que corresponde a un 40.1%, seguido por el nivel salarial 3 (más de 6 SMLV) con un 14.6%.

Además el 80 % de la población (2329 personas) posee los servicios ofrecidos en el plan complementario, frente a un 19% que no accede a ellos y un 1% que no refiere información. La distribución de la población según la residencia se encuentra localizada principalmente en zona urbana, solo el 0,6% de la población en general reside en la zona rural del Municipio de Popayán.

Alrededor del 50% de la población general se concentra en las Comunas 1, 3 y 4, comunas que pertenecen a estratos socioeconómicos altos. El 15% de la población se encuentra en la Comuna 2 (estrato socioeconómico medio) y el 14% en el grupo de conformado por las Comunas 5, 6, 7, 8 y 9 (estrato socioeconómico bajo). La población general según el parentesco revela que después del cabeza de familia (cotizante) son los hijos e hijas los que representan el mayor porcentaje de la población (33,7%). Esta relación se presenta alrededor de 1:2.

De acuerdo a la ocupación la mayoría de la población cotizante de la Unidad de Salud se ocupa en las labores docentes (532 personas), seguida por los pensionados (432 personas), las labores administrativas (278 personas) y asistenciales (20 personas).

La población beneficiaria es mayoritariamente estudiante, seguido por amas de casa³⁷.

La anterior información es el primer acercamiento que realiza la Unidad de Salud hacia el conocimiento de las características de la población afiliada; sin embargo es necesario profundizar en algunos aspectos importantes que pueden afectar la salud de cada individuo.

2.5.1 Caracterización de los servicios de salud mental en los usuarios de la unidad de salud. Mediante una entrevista personal con la Dra. María del Socorro Cisneros, quien actualmente se encuentra a cargo de la Subdirección científica de la Unidad de Salud, se pudo establecer que en relación a salud mental el uso de fármacos antidepresivos tiene una alta frecuencia ocupando el cuarto lugar devengado.

Así mismo refirió que la prestación de los servicios en salud mental se hace en forma directa a través de los servicios de psicología, trabajo social y ocupacional. De igual forma se cuenta con una cobertura mayor porque se contrata una red de prestación de servicios externa.

³⁷ UNIDAD DE SALUD. Universidad del Cauca. Modelo de atención a la salud, Informe sobre el perfil sociodemográfico de la población afiliada a la unidad de salud.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, mediante el cual se hizo una aproximación al contexto de consultantes y de diagnósticos en trastornos mentales y del comportamiento de los afiliados consultantes a la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.

3.2 POBLACIÓN A ESTUDIO

La población a estudio lo conformó la totalidad de RIPS (registro individual de prestación de servicios) en medio físico de consulta médica general, psicológica y en medio magnético (cd y disquetes) del reporte de actividades de las IPS, prestadores particulares de servicios en salud mental, con contratación con la Unidad de Salud durante los años 2008-2010.

Institucionalmente no se disponía del dato anual de RIPS reportados por la red prestadora de servicios en salud mental, por lo cual las investigadoras debieron revisar la totalidad de RIPS existentes para cada año.

Así el estudio se realizó con un total de 997 RIPS que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión que el estudio exigió.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- RIPS diarios consulta psicológica y de médico general existentes en la Unidad De Salud del periodo de enero a diciembre de 2008-2010
- RIPS de IPS en Salud Mental con contratación vigente con la Unidad de Salud presentados en informes mensuales en medios magnéticos.

- RIPS identificados previamente con fecha y año, así mismo con el nombre de la Institución encargada de prestar el servicio.

3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- RIPS sin fecha de interés para la investigación y sin nombre de la red prestadora del servicio.
- RIPS en medio magnético con fallas técnicas que no permitieron su lectura.
- RIPS en medio físico no legibles o cuya información no estuviera completa ni debidamente diligenciada.
- RIPS cuyo diagnóstico principal ya hubiera sido registrado para el mismo usuario, en la base de datos.
- Pacientes que se encontraban registrados en los RIPS con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento que no aparecieron en la base de datos de la institución.

3.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La información se obtuvo del análisis y revisión ordenada los RIPS disponibles en la Unidad de Salud en medio magnético y físico correspondientes a los años 2008 a 2010.

Para la revisión de los CD o disquetes que contenían los RIPS se realizaron los siguientes pasos:

- Autorización institucional para su revisión.
- Ubicación del sitio de almacenamiento.
- Identificación y agrupación de los RIPS según etiquetas que los identifican para los años del estudio y el área de interés.
- Revisión uno a uno de los disquetes y CD sin etiquetas de identificación.

Aquellos RIPS de interés del estudio, fueron distribuidos entre las investigadoras; con el fin de revisar los archivos de consulta, procedimiento, hospitalización y facturación en cada CD o disquete. La pesquisa minuciosa buscó la identificación de al menos un diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento (según CIE 10); los cuales fueron ubicaron en páginas de Word.

El orden y la información que se extrajo de cada uno de los archivos, se menciona a continuación:

1. Archivo de consulta, procedimiento y/u hospitalización:

- Diagnóstico de interés para el estudio.
- Tipo y número de identificación de los pacientes.

2. Archivo de usuarios:

- Nombre.
- Edad.
- Género.

3. Archivo de facturación:

- Nombre de la institución o prestador del servicio.

Una vez finalizada la revisión de los RIPS cada integrante del grupo de investigación sistematizó y ordenó en una matriz de Excel la información donde registró: Apellidos, nombres, género, tipo y número de documento de identidad, edad, prestador de servicios, diagnósticos nuevos establecidos según CIE-10.

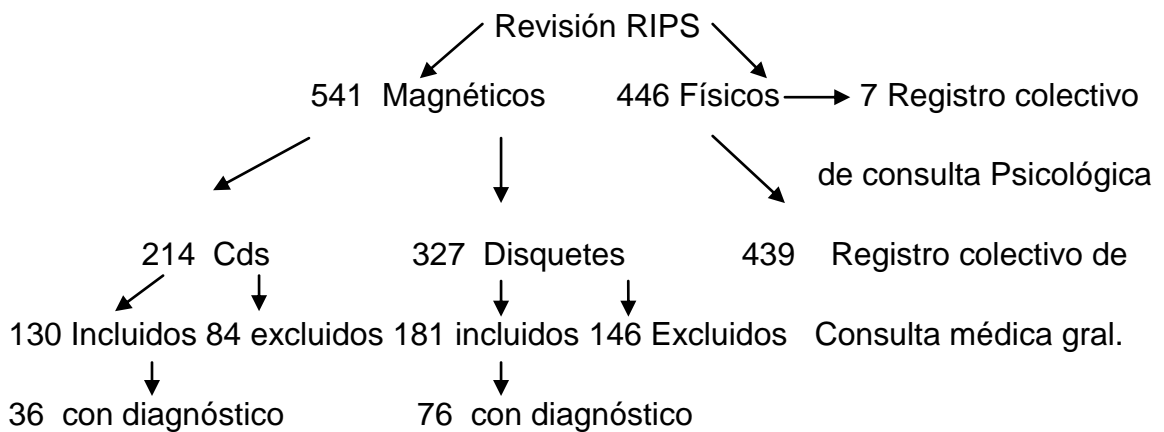
La información organizada en las cuatro matrices de Excel fue centralizada en una sola; para filtrarla, suprimir los datos que estuvieran repetidos y segregarla por género, ciclos vitales, tipo de afiliación, prestador de servicios y diagnóstico.

Los RIPS físicos de consulta médica general fueron extraídos del área de archivo; para seleccionar los comprendidos entre el periodo 2008-2010; de los cuales se registró manualmente la misma información de los magnéticos para su ingreso a la matriz de Excel.

En cuanto a los reportes de psicología existentes en la unidad de salud se les realizó el mismo procedimiento.

Teniendo registrados en la matriz todos los pacientes encontrados en los RIPS y diarios de consulta médico general y psicológica con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento se obtuvo acceso a la base de datos de la unidad cuya finalidad fue corroborar la información y conocer la afiliación de los usuarios, al régimen contributivo para anexarla a la matriz de Excel.

FLUJOGRAMA



Para el periodo 2008 a 2010, se encontró un total de 541 RIPS en medio magnético conformado por 214 Cds y 327 disquetes. De los RIPS en Cds 130 fueron incluidos para el análisis del estudio y de éstos en 36 pacientes se encontró diagnósticos de trastornos mental y del comportamiento según CIE 10, 84 fueron excluidos del estudio.

En los 327 RIPS en disquetes, 187 cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, de los cuales 76 tuvieron reporte de diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento, 146 se excluyeron del estudio por no cumplir con los criterios de inclusión.

De la revisión de los RIPS en medio físico, 447 en total correspondieron a consulta médica general y de psicología, se encontraron 7 con diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento y cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio. Finalmente la muestra fue de 202 RIPS.

3.6 CONTROL DE SESGOS

Como sesgo de selección es importante insistir que en la información obtenida de los RIPS existentes en la unidad de salud e ingresados al estudio, pueden no constituir el total de los pacientes consultantes por cuanto:

- No existe control previo institucional, en cuanto a la verificación del registro y envío oportuno de la información, por parte de las IPS contratadas, especialmente en años anteriores (2008-2009).
- Los actores institucionales coinciden en la reticencia de los usuarios para usar los servicios en salud mental, aun requiriéndolos por tanto no todos los reportes del estudio corresponderían estrictamente a los casos presentados pues al menos una proporción puede no haber consultado.

En cuanto a los sesgos de información, por parte de las fuentes que reportaron (IPS o prestadores independientes), no existe control por parte del grupo de investigación, sobre el correcto diligenciamiento de las bases, tanto en medio físico como magnético.

Existe alta probabilidad de errores en estos registros, particularmente para los años 2008-2009 dado que la implementación de los RIPS, se dio como acto legislativo a partir del 2007 y las capacitaciones al respecto pudieron ocupar un tiempo, así como el desarrollo en las habilidades respectivas.

Para el control de sesgos por parte de las investigadoras se tuvo en cuenta:

- Revisión de la ley 3374 de 2000 cuyo objeto fue conocer los datos contenidos en los RIPS de acuerdo a cada archivo; con el fin de poder interpretar los códigos.
- Filtración entre las investigadoras de las cuatro matrices de Excel.
- Para la verificación de los datos obtenidos se consultó con la base de datos existente en la unidad de Salud, para corroborar que los usuarios identificados pertenecían a la Institución.

4. RESULTADOS

Los resultados que se reportan a continuación corresponden a un total de 202 usuarios con diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento en el periodo 2008 a 2010 a partir de los RIPS revisados.

Inicialmente se procedió a revisar los registros diarios de consulta médica, un total de 439 registros colectivos de consulta médica en los cuales se encontraron 44 registros individuales de prestación de servicios de salud con diagnóstico de trastorno mental y de comportamiento. Así mismo se revisaron los registros de consulta por Psicología, un total de siete registros colectivos en los que se encontraron 7 registros individuales de prestación de servicios de salud con diagnóstico de trastorno mental y de comportamiento según CIE 10.

Posteriormente se inició la revisión de los RIPS en medio magnético, dicha información no estaba organizada por años, por lo cual se tuvo que hacer la búsqueda de los discos compactos y disquetes de importancia al periodo determinado para éste estudio.

Se encontró un total de 541 medios magnéticos (discos compactos y disquetes), de los cuales 214 son discos compactos y 327 corresponde a disquetes que estaban dentro del periodo 2008 a 2010.

Aplicando los criterios de inclusión planteados, el total de discos compactos con información pertinente para el estudio fue de 130 y el total de disquetes fue de 181, de los cuales se arrojó un total de 202 usuarios con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento.

Al recopilar toda la información en una matriz de Excel, se realizaron filtros para depurar los datos y no se duplicara la información, después del proceso el total de usuarios con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento fue de 202.

La distribución de pacientes con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento es proporcionalmente mayor en la red externa que los encontrados al interior de la Unidad de Salud, diagnosticados por médico general y psicología. El 81.18% de los diagnósticos se encontraron en los Cd o disquetes reportados todos por la red externa a la Unidad de salud en comparación a 18.81% diagnósticos encontrados en medio físico. Así mismo la distribución de

consultantes anual, es mayor en el 2009 con un total de 148 consultas que corresponde al 44.31%. Seguido del año 2010 con 115 consultas que corresponde al 34.43% y en el año 2008 fueron 71 consultas para un 21.25%.

4.1 INSTITUCIONES Y DEMÁS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL CON CONTRATACIÓN VIGENTE DE LA UNIDAD DE SALUD DURANTE EL PERIODO 2008-2010.

La Unidad de Salud de la Universidad del Cauca se comporta de manera similar a muchas promotoras de salud en cuanto a la atención a la enfermedad mental.

Se establece una oferta general de servicios que para el caso de salud mental en específico es escasa en la ciudad de Popayán, generalmente sin mucha articulación entre sí, más bien como servicios demandados según necesidad individual, determinada a través de la consulta médica general.

En entrevista con la subdirectora científica de la Unidad de Salud, expresó que no existía para los años 2008-2010, la atención a la enfermedad mental como programa que articulara la red de servicios bajo una modalidad de referencia-contrareferencia, para ese entonces, se contaba con el servicio de Psicología y con el programa de terapia Ocupacional, dada la percepción en el incremento de los afiliados en etapa de jubilación que requerían de éstos servicios.

Para el estudio se hizo necesario determinar el conjunto de instituciones prestadoras que fueron usadas tanto por cotizantes como por sus familiares, afiliados a la Unidad de Salud, en respuesta a la demanda por alguna atención relacionada con enfermedad mental o por trastorno del comportamiento.

En la tabla1 se enuncian las instituciones prestadoras de servicios de salud mental.

Tabla 1. Prestadores de servicios de Salud Mental periodo 2008-2010 según RIPS existentes en la Unidad de Salud Universidad del Cauca.

ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS	2008	2009	2010
COOPERATIVA DE ESPECIALIDADES MEDICAS	X	X	
CENTRO AUDIOLOGICO DEL CAUCA	X		
CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE	X	X	X
CLINICA LA ESTANCIA		X	X
CONSULTA MEDICO GENERAL UNIDAD DE SALUD		X	X
DR. JUAN CARLOS CASAS		X	
DR. MIGUEL A. CONSTAIN			X
DRA. MARTHA PARADA		X	
FUNDACION VALLE DE LILI	X	X	X
HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA		X	X
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	X	X	X
INTERFISICA	X	X	
CLINICA MORAVIA	X	X	X
MULTISALUD			X
NEONATOLOGIA	X	X	X
DRA. GLORIA XIMENA LOPEZ CAMPOS	X	X	X
PSICOLOGIA UNIDAD DE SALUD			X
REHABILITAR	X	X	X

Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

Con la revisión de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, correspondientes al periodo 2008 a 2010 y que se encuentran almacenados en medios físico y magnético, se identificaron las entidades y demás prestadores de servicios en Salud mental, a partir de los diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento codificados según CIE 10 y que han tenido contratación con la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca durante el periodo mencionado.

La totalidad de las entidades y demás prestadores de servicios en salud mental encontradas, fueron 18, de los cuales, 4 son entidades públicas, incluyendo los dos servicios que presta la Unidad de Salud (Psicología y Terapia Ocupacional) y 14 que pertenecen al sector privado.

De éste total, geográficamente 17 se ubican en el área urbana de la ciudad de Popayán y una entidad se encuentra ubicada en la ciudad de Cali.

A continuación se hará la caracterización de los prestadores de servicios de salud, para describir cual es el tipo de servicio que presta a los usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.

- La Cooperativa de Trabajo Asociación especialidades Médicas del Cauca, CEMC. con contratación hasta el año 2009, perteneciente al Nivel II de atención, brindó servicios especializados en Psiquiatría con el Doctor Mauro Egas Realpe.
- Centro Audiológico del Cauca, perteneciente al Nivel II de atención, con contratación vigente con la Unidad de Salud, brinda servicios de terapia del lenguaje y valoración con Fonoaudiología, Audiometría, adaptación de audífono, áreas de audición, lenguaje y salud ocupacional.
- Centro de Audición y Lenguaje, con contratación hasta el 2010 prestó servicios a los afiliados de la Unidad de Salud en Fonoaudiología, terapia del lenguaje, audiometría tonal, terapia del lenguaje oral, escrito, voz en adultos y niños en el segundo nivel de atención.
- Clínica La Estancia con contratación vigente hasta el año 2011, en el tercer nivel de atención brinda los servicios de consulta de primera vez por Psicología, Psicoterapia individual por Psicología, sesión grupal con enfoque terapéutico por Psiquiatría y Psicología, sesión grupal de apoyo y autoayuda por Psiquiatría y Psicología, Psicoterapia de pareja por Psiquiatría y Psicología, Psicoterapia familiar por Psiquiatría y Psicología, administración de prueba de personalidad, administración de prueba neuropsicológica, Test de inventario de personalidad, administración de pruebas de Inteligencia.

- Doctor Juan Carlos Casas, Médico especializado en Neurología, atención en el Nivel III, realiza Encefalogramas, apoyo diagnóstico en Neurología, Contratación con la Unidad de Salud hasta el año 2010.
- Doctor Miguel Antonio Constaín González, especializado en Neurología, brinda atención en Nivel III prestando los servicios de Neuropsicología, Consulta médica especializada en Neurología, exámenes y procedimientos.
- Doctora Martha Emilia Parada, con contratación vigente, presta servicios de atención en Nivel II, tales como Consulta de primera vez de terapias alternativas y control o seguimiento de terapias alternativas.
- Fundación Valle de Lili, con contratación vigente, brinda servicios en el nivel IV de atención tales como: servicios médicos y hospitalarios de mediana y alta complejidad para afiliados y beneficiarios de la Unidad de Salud. Además consulta por primera vez de Psiquiatría, Medicina familiar, manejo del dolor, Psicoterapia por Psicología y Psiquiatría.
- Hospital Susana López de Valencia con contratación vigente, brinda servicios en el nivel II de atención en servicios de Psicología y Psiquiatría.
- Hospital Universitario San José, nivel III de atención, con contratación durante todo el periodo, presta servicios médicos, ambulatorios y hospitalarios de mediana y alta complejidad en Psiquiatría y Psicología.
- Interfísica tuvo contratación hasta el año 2010 con prestación de servicios en el Nivel II de atención.
- Clínica Moravia con contratación durante todo el periodo actualmente no hay renovación de contrato. Presta servicios ambulatorios y hospitalarios de Psiquiatría y Psicología en el nivel II de atención.
- Multisalud, tiene vigencia de contratación hasta el 2011, pero solo se encontró diagnósticos de trastorno mental y de comportamiento en el 2010. Presta servicios de atención integral médica de enfermería, rehabilitación física, ocupacional, lenguaje, fonoaudiología y Psicología domiciliaria en el nivel II de atención.
- Neonatología con contratación vigente hasta el año 2011, se encontraron reportes de diagnósticos de trastornos mental y del comportamiento durante todo el periodo de interés. Presta servicios de mediana y alta complejidad y servicios de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica.
- Doctora Gloria Ximena López Campo, con contratación durante el periodo 2008-2010, presta servicios de Consulta y pruebas de Neuropsicología y servicios médicos especializados en Psicología en el nivel II de atención.
- Rehabilitar que reportó diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento durante el periodo 2008 a 2010, tiene contratación vigente hasta el año 2011 y

presta los servicios en Nivel II de atención en servicios de terapia del lenguaje, ocupacional y audiología.

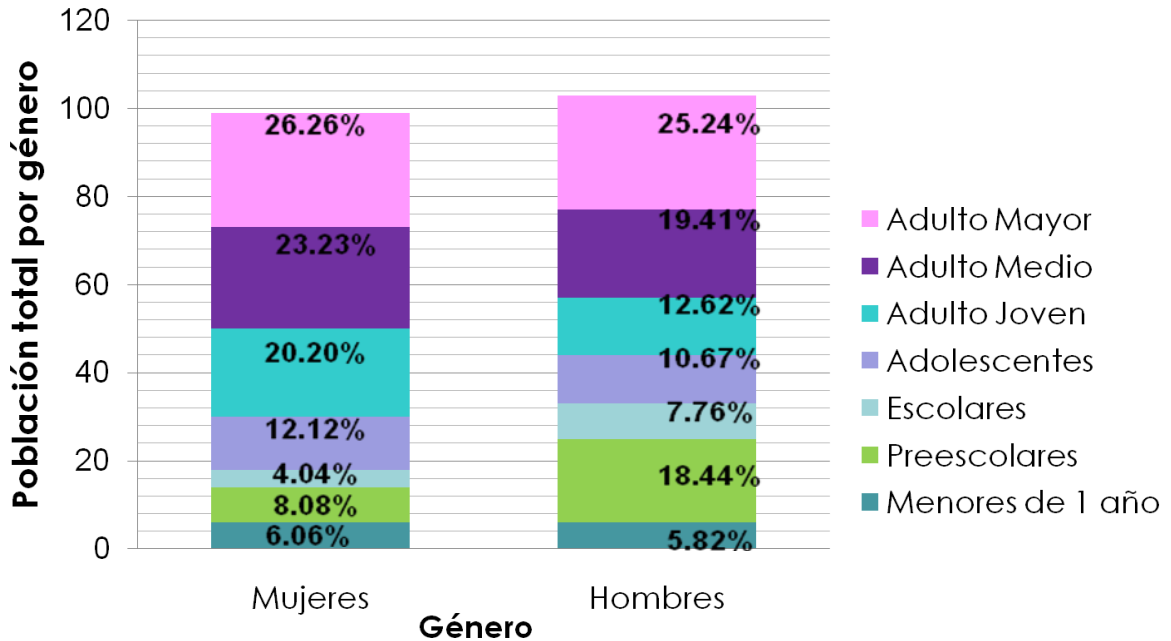
- Consulta médica general Unidad de Salud, la cual hace el respectivo diagnóstico y la remisión pertinente al servicio requerido.
- Psicología Unidad de Salud, realiza consulta de primera vez, consulta de control, atención en crisis, así mismo brinda terapias para fibromialgia.

4.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS QUE CONSULTAN A PRESTADORES DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL

A partir de la revisión de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, se encontraron 202 usuarios con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento según clasificación CIE 10.

Dicha población analizada según género, se distribuye en 99 usuarios en el género femenino y 103 en el género masculino. Así mismo se tuvo en cuenta, la importancia de clasificar la población, de acuerdo con el ciclo vital individual, como se mostrará en el gráfico 1.

Gráfico 1. Distribución porcentual de usuarios con diagnóstico de Trastorno mental y de comportamiento de acuerdo con el ciclo vital individual, Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

Se tuvo en cuenta el ciclo vital individual según género, dado que ambas variables son determinantes de una buena o de una inadecuada salud mental. Del 100% (103) de los usuarios género masculino con diagnóstico de enfermedad o de trastorno mental, el 25.24% (26 usuarios) se ubican en el rango de edad mayor o igual a 60 años, el cual corresponde con el ciclo vital de adulto mayor.

Del 100% (99) de las usuarias, se encontró que 26.26% (26), se ubican en el rango de edad mayor o igual a 60 años, que corresponde al ciclo vital de adulto mayor.

El 26.26% del género femenino (26) en el ciclo de adulto mayor presentaron algún diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento frente al 25.24% (26) de género masculino en el mismo ciclo vital.

En el ciclo individual de adulto medio se encontró en el género femenino 23.23% de usuarias (23) con algún tipo de diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento, en tanto que en el género masculino se presentó un 19.41% (20).

En el ciclo vital individual de adulto joven las mujeres con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento corresponden a un 20.20% (20) mientras que el porcentaje de hombres fue de 12.62% (13).

En el ciclo vital preescolar el género masculino presentó un porcentaje de 18.44% (19) frente al femenino que presentó 8.08% (8) de usuarias con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento.

4.3 FRECUENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN LOS AFILIADOS

Al obtener la totalidad de los diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento se organizaron dentro de la clasificación estadística internacional CIE 10, la cual tiene 10 clasificaciones para agrupar a todos los trastornos mentales, codificados desde el F00 al F99.

A partir de la revisión de los RIPS encontramos 8 de las 10 clasificaciones generales existentes, en las cuales se organizaron los diagnósticos codificados encontrados a partir de la revisión, como se puede apreciar en la Tabla 2.

Tabla N° 2 Diagnósticos de Trastornos mentales y del comportamiento según CIE 10 encontrados en el periodo 2008-2010 en la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca.

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO CIE10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ENCONTRADOS
(F00- F09)	F05.9 Delirio no especificado
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	F09x Trastorno mental orgánico o Sintomático, no especificado
	F03X Demencia , no especificada
(F20.0-F29X)	F20.3 Esquizofrenia indiferenciada
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	F20.0 Esquizofrenia paranoide
	F20.9 Esquizofrenia, no especificada
(F30.0-F39X)	F31.1 Trastorno afectivo bipolar, Episodio maniaco presente sin Síntomas psicóticos
Trastornos del Humor (Afectivos)	F32.0 Episodio depresivo leve
	F32.1 Episodio depresivo moderado
	F32.2 Episodio depresivo grave sin Síntomas psicóticos
	F32.3 Episodio depresivo grave con Síntomas psicóticos
	F32.8 otros episodios depresivos
	F32.9 Episodio depresivo, no Especificado
	F33.1 Trastorno depresivo recurrente, Episodio moderado presente
	F33.2 Trastorno depresivo recurrente, Episodio depresivo grave presente Sin síntomas psicóticos
	F34.9 Trastorno persistente del humor [Afectivo], no especificado
(F40.0- F48.9)	F41.0 Trastorno de pánico
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos	F 41.1 Trastorno de ansiedad Generalizada
	F41.2 Trastorno mixto de ansiedad
	F41.9 Trastorno de ansiedad , no Especificado
	F43.9 Reacción al estrés grave, no Especificada
	F44.5 Convulsiones disociativas
	F45.9 Trastorno somatomorfos, no Especificado

(F50-F59)	F50.1 Anorexia nerviosa Atípica
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.	F50.5 Vómitos asociados con otras alteraciones Psicológicas
	F51.0 Insomnio no orgánico
	F52.3 Disfunción orgásmica
	F54X Factores psicológicos y del Comportamiento asociados con Trastornos o enfermedades clasificados en otra parte
(F70.0-F79.9)	F71.0 Retraso mental moderado: Deterioro del comportamiento Nulo o mínimo
Retraso mental	F72.0 Retraso mental grave: deterioro del comportamiento nulo o mínimo
	F79.9 Retraso mental, no especificado: deterioro del comportamiento de Grado no especificado
	F80.0 trastorno específico de la pronunciación
(F80.0- F89X)	F80.1 trastorno del lenguaje expresivo
Trastornos del desarrollo psicológico	F80.8 otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje
	F80.9 trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no Especificado
	F81.0 trastorno específico de la lectura
	F81.1 trastorno específico del deletreo (Ortografía)
	F81.9 trastorno del desarrollo de las Habilidades escolares, no Especificado
	F82x trastorno específico del Desarrollo de la función motriz
	F83x trastornos específicos mixtos del Desarrollo
	F84.5 síndrome de asperger
	F84.9 trastorno generalizado del Desarrollo no especificado
	(F90.0 – 99X) Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia
	F90.9 Trastorno hiperactivo, no especificado
	F 91.9 Trastorno de la conducta no especificada
	F92.0 Trastorno depresivo de la conducta

Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

A partir de la revisión de los Registros Individuales de la Prestación de Servicios de Salud, RIPS del periodo 2008 a 2010, se encontró que los diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento en los usuarios incluidos en el presente estudio, están dentro de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE 10)

De las 10 clasificaciones generales, encontramos 8 en la población de estudio, no aparecieron diagnósticos en las clasificaciones: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60-F69) y Trastorno mental no especificado (F99).

Según esta clasificación, los Trastornos del Humor (Afectivos) con código F30.0 a F39X presenta gran variedad de subclasificaciones relacionados con estados depresivos. En orden de frecuencia de aparición de diversidad de diagnósticos en la clasificación de Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos, codificado desde el F80.0 a F89X reportándose 11 de las 24 subclasificaciones que determina el CIE 10..

Igualmente se encontraron otras clasificaciones con subclasificaciones menos numerosas pero el número no está relacionado con su importancia para dicho estudio.

4.4 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN SALUD MENTAL EN LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

Para determinar las causas de consulta más frecuentes se realizó el conteo de todas las consultas reportadas por los Registros individuales de prestación de servicios, reportes de consulta médica general y de Psicología; dicho conteo se hizo por cada año y por todo el periodo 2008 a 2010.

Las consultas fueron contabilizadas independientemente del paciente por el interés de conocer los principales diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento que generan consultas por los usuarios, como se puede apreciar en la Tabla N° 3

Tabla 3. Principales causas de consulta en Salud Mental en la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca durante el periodo 2008 a 2010

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN SALUD MENTAL			
	2008	2009	2010
1	F32.9 Episodio depresivo N.E	F32.9 Episodio depresivo N.E	F32.0 Episodio depresivo leve
2	F32.8 Otros episodios depresivos	F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje N.E	F41.2 Trastorno mixto con ansiedad y depresión
3	F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado	F41.2 Trastorno mixto con ansiedad y depresión	F32.2 Episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos
4	F32.0 Episodio depresivo leve	F32.8 Otros episodios depresivos	F82x Trastornos específicos del desarrollo de funciones motoras
5	F81.0 Trastorno específico de la lectura.	F82x Trastornos específicos del desarrollo de funciones motoras	F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje N.E
6	F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje	F41.9 Trastorno de ansiedad , no Especificado	F09x Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado
7	F41.9 Trastorno de ansiedad, no Especificado	F32.0 Episodio depresivo leve	F90.0 Alteraciones de la actividad y la atención
8	F91.9 Trastorno de la conducta, no especificado	F32.2 Episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos	F32.3 Episodio depresivo grave con Síntomas psicóticos
9		F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje	F05.9 delirio, no especificado

Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

Las principales causas de consulta durante el periodo 2008 a 2010 son las relacionadas con trastornos depresivos, ansiedad, desarrollo del habla y del lenguaje y del trastorno del desarrollo de funciones motoras.

Nótese en la Tabla 3 que los episodios depresivos aparecen para el 2008, como las dos primeras causas, mientras que el 2009 y 2010 aparece en el primer puesto de frecuencia de consulta.

El Trastorno mixto con ansiedad y depresión F41.2, aparece en el 2008 en tercer lugar de frecuencia y en segundo lugar en el 2010.

Así mismo los trastornos que cursan con Trastornos del desarrollo psicológico tales como Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado aparecen para todo el periodo 2008-2010 ocupando el tercero, segundo y quinto lugar de frecuencia respectivamente.

4.5 DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DE LOS COMPORTAMIENTOS MÁS FRECUENTES SEGÚN NÚMERO DE CONSULTAS ANUALES

Para determinar cuáles son los diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento más frecuentes, inicialmente se identificó la totalidad de los mismos en la información almacenada en los RIPS, posteriormente se procedió a contabilizar el número de veces que aparece reportado en los RIPS cada diagnóstico, de esta manera se obtuvieron los diagnósticos más frecuentes según las consultas anuales, como se puede apreciar en la Tabla N°4.

Tabla 4 Frecuencia de Trastornos Mentales y del comportamiento según CIE 10 de acuerdo al número de consultas anuales durante el período 2008-2010.

AÑO 2008		AÑO 2009		AÑO 2010	
DIAGNOSTICO	FCIA	DIAGNOSTICO	FCIA	DIAGNOSTICO	FCIA
F32.9 Episodio depresivo N.E	19	F32.9 Episodio depresivo N.E	58	F32.0 Episodio depresivo leve	27
F32.8 Otros episodios depresivos	15	F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje N.E	20	F41.2 Trastorno mixto con ansiedad y depresión	20
F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado	10	F41.2 Trastorno mixto con ansiedad y depresión	20	F32.2 Episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos	11
F32.0 Episodio depresivo leve	8	F32.8 Otros episodios depresivos	11	F82x Trastornos específicos del desarrollo de funciones motoras	7
F81.0 Trastorno específico de la	4	F82x Trastornos específicos del	8	F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y	5

lectura.		desarrollo de funciones motoras		del lenguaje N.E	
F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje	3	F41.9 Trastorno de ansiedad , no Especificado	7	F09x Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado	5
F41.9 Trastorno de ansiedad, no Especificado	2	F32.0 Episodio depresivo leve	6	F90.0 Alteraciones de la actividad y la atención	4
F91.9 Trastorno de la conducta, no especificado	2	F32.2 Episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos	3	F32.3 Episodio depresivo grave con Síntomas psicóticos	3
		F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje	2	F05.9 Delirio, no especificado	3
		F90.9 Trastorno hiperkinético, No especificado	2	F20.3 : Esquizofrenia indiferenciada	3

Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

A partir de la revisión de los RIPS se pudo determinar la frecuencia de Diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento, teniendo en cuenta el número de consultas, obteniendo así los más frecuentes para cada año.

Cabe resaltar que el total de diagnósticos más frecuentes encontrados anualmente fue 8 para el 2008, para el 2009 y 2010 se encontraron 10 diagnósticos más frecuentes de acuerdo al número de consultas.

Se encontró que el Episodio depresivo No Especificado (F32.9), fue el más frecuente en el 2009 con 58 consultas, como también ocurrió en el 2008 con 19 consultas. Así mismo es el diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento por las que se generó mayor número de consultas en el periodo 2008 a 2010.

El Episodio depresivo leve (F32.0) se presentó en los tres años, siendo el más frecuente en el 2010 con 27 consultas, en el 2008 aparece con una frecuencia de 8 consultas y en el año 2009 con 6 consultas.

El Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje No Especificado (F80.9), se presentó durante todo el periodo, en el 2009 ocupa el segundo lugar con una

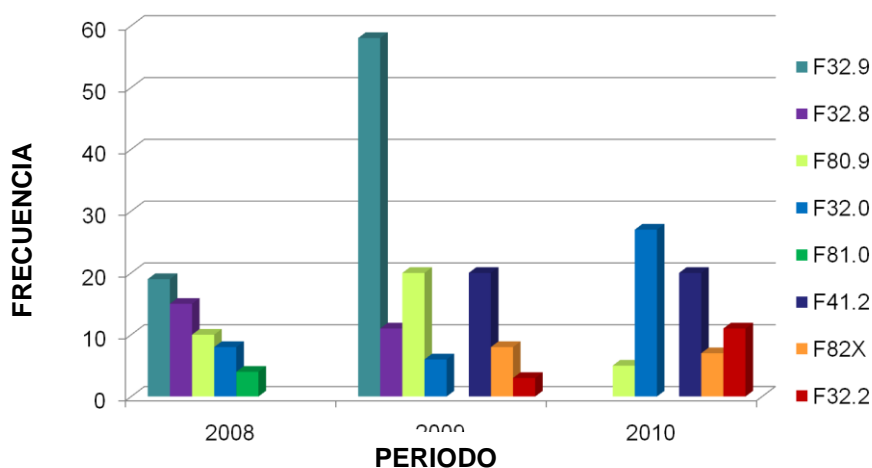
frecuencia de 20 consultas, el tercer lugar en el 2008 con una frecuencia de 10 consultas y en el 2010 ocupó el quinto lugar con una frecuencia de 5 consultas.

El Trastorno mixto con ansiedad y depresión (F41.2), aparece en segundo lugar de frecuencia, con un total de 20 consultas para el año 2010. En el año 2009 presentó la misma frecuencia pero ocupando el tercer lugar. La frecuencia de los demás diagnósticos oscila entre 3 y 15 consultas.

4.6 DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES SEGÚN NÚMERO DE CONSULTAS ANUALES

A continuación se muestran en el gráfico N° 2, los diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento con mayor frecuencia reportados según datos de los RIPS, consulta médica general y de Psicología, en los usuarios anualmente en los años de interés.

Gráfico 2. Frecuencia de Trastornos Mentales y del comportamiento según CIE 10, presentes en usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca durante el periodo 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

La frecuencia de los diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento hace referencia al número de las consultas realizadas por los usuarios anualmente.

Encontrando que el más representativo es el diagnóstico F32.9, Episodio depresivo no especificado, apareciendo durante el 2008 con un 6% (19), en el 2009 con un porcentaje de 17.36% (58) y en el 2010 1% (2) del total de consultas (334) durante el período 2008-2010.

El segundo diagnóstico más frecuente es F32.0 Episodio depresivo leve que aparece en el 2008 con un porcentaje de 2.39% (8), en el 2009 con un 2% (6) y en el 2010 con un 8% (27).

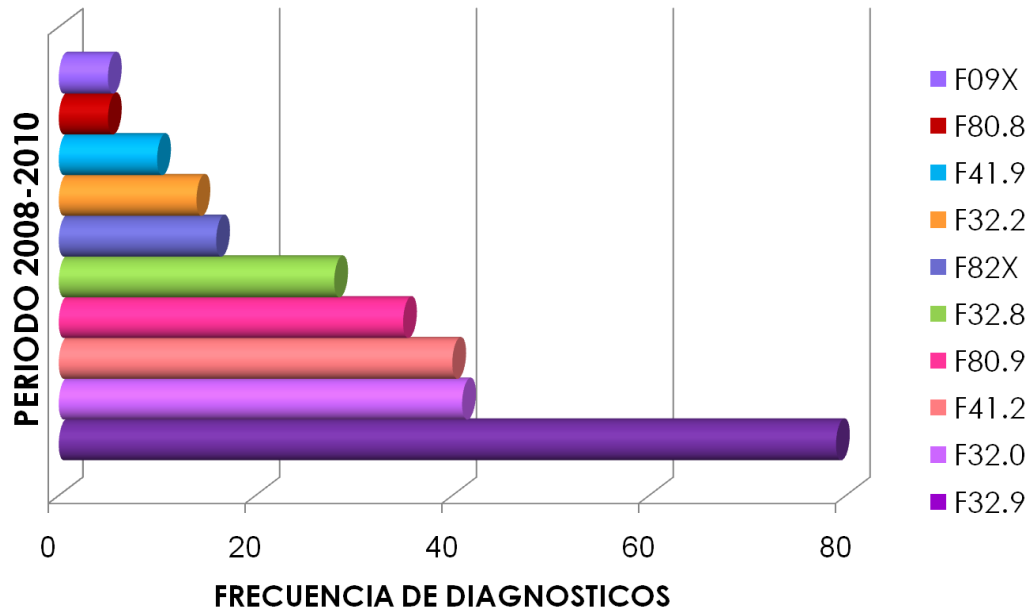
Le sigue el diagnóstico F41.2 Trastorno mixto con ansiedad y depresión que aparece en 2009 y 2010 con el mismo porcentaje, de 6% (20) de consultas respectivamente.

De igual manera el Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje No Especificado F80.9, aparece en los tres años, siendo más representativo en el 2009 con un 6% (20), seguido en el 2008 con un porcentaje del 3% (10) y en el 2010 con un 1.49% (5) del total de consultas.

4.7. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SEGÚN CIE 10, MÁS FRECUENTES DURANTE EL PERIODO 2008-2010

A continuación se muestran los diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento reportados con mayor frecuencia según datos de los RIPS, consulta médica general y de Psicología, en los usuarios durante el periodo 2008 a 2010.

Gráfico 3. Frecuencia de Trastornos Mentales y del comportamiento según CIE 10, presentes en Usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca período 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

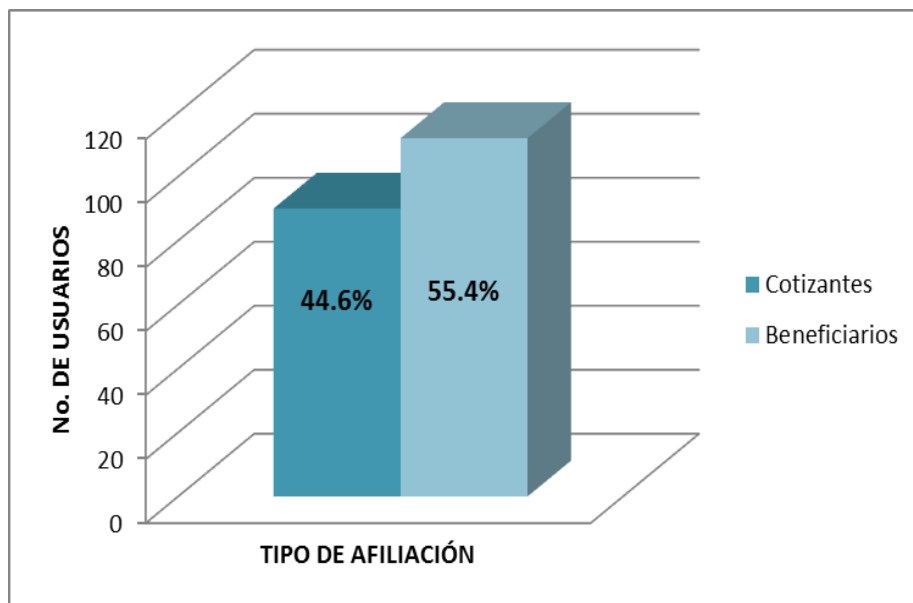
Durante el periodo 2008 a 2010 se encontró que el diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento más frecuente de acuerdo al número de consultas fue el 32.9 Episodio depresivo no especificado con un porcentaje de 24% (79), seguido por el F 32.0 Episodio depresivo leve, con 12.27% (41).

El tercer lugar lo ocupa F 41.2 Trastorno mixto con ansiedad y depresión, con 12% (40) y siguiendo en orden descendente el Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje No Especificado F80.9, con 10.47% (35). Otros episodios depresivos F32,8 con 8.38% (28), Trastornos específicos del desarrollo de funciones motoras 82X con 5% (16).

4.8. DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS ENCONTRADOS SEGÚN EL TIPO DE AFILIACIÓN.

Se cree de importancia el tipo de afiliación dentro de la caracterización de los usuarios, por lo cual a continuación se muestra la distribución de dicha población según este criterio.

Gráfica 4. Distribución porcentual de usuarios según tipo de afiliación con diagnóstico de Trastorno Mental y del comportamiento según CIE 10 de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010



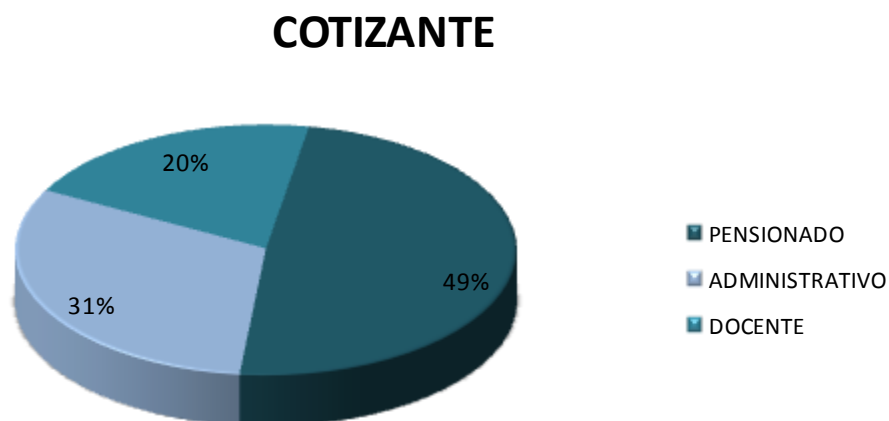
Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

De los 202 usuarios con trastorno mental y del comportamiento, el 44.6% (90), corresponde a usuarios con tipo de afiliación cotizante, en tanto que los usuarios con tipo de afiliación beneficiarios fue de 55.4% (112).

4.9. DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS COTIZANTES SEGÚN EL TIPO DE OCUPACIÓN.

De acuerdo a la información que maneja la base de datos de La Unidad de Salud se logró determinar el tipo de ocupación de usuarios cotizantes, como se puede apreciar en la siguiente gráfica.

Gráfica N°5 Distribución porcentual de usuarios cotizantes con diagnóstico de Trastorno Mental y del comportamiento según CIE 10 - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

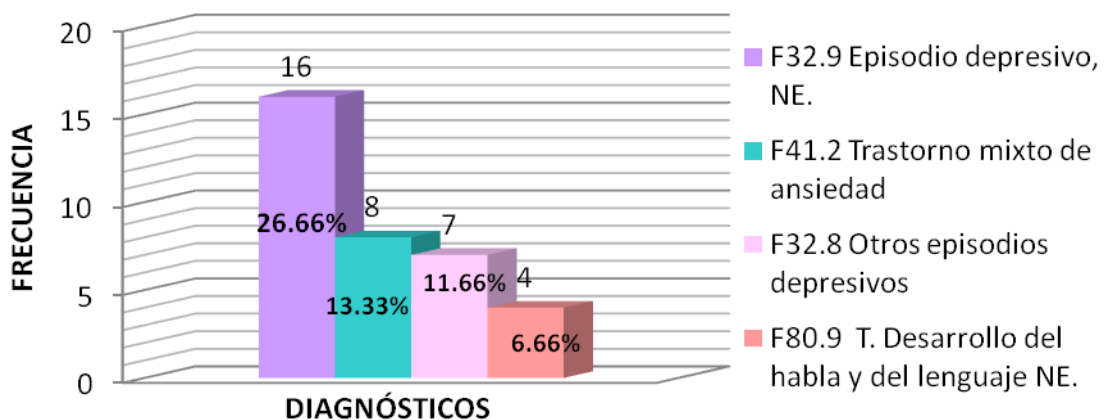
Los usuarios con dicha afiliación son 90, que corresponde al 44.6% del total de usuarios identificados con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento, de los cuales el 20% (18), son docentes, el 31% (29), tienen ocupación administrativa y 49% (43) son pensionados.

Como se puede apreciar en la gráfica N°5 el porcentaje mayor de usuarios con trastorno mental y del comportamiento corresponde al grupo de pensionados y el menor porcentaje son los docentes.

4.10. DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS PENSIONADOS.

Dentro del grupo de cotizantes se encontró que los pensionados son en total 43, en estos usuarios se encontraron 60 diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento según CIE 10, teniendo en cuenta que algunos usuarios presentan más de un diagnóstico. A continuación en el gráfico N°6 se aprecia la distribución de los diagnósticos por frecuencia de aparición.

Gráfica N°6. Distribución porcentual de diagnósticos de trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en pensionados - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

El trastorno más frecuente encontrado en usuarios cotizantes que están pensionados es el F32.9 Episodio depresivo no especificado con un porcentaje de 26.66% (16) del total de diagnósticos encontrados en este grupo de usuarios.

Seguido de F41.2 Trastorno mixto de ansiedad con un porcentaje de 13.33% (8) del total de diagnósticos. En tercer lugar se encuentra F32.8 Otros episodios depresivos, que corresponde al 11.66% (7).

El trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado con código F80.9, aparece con un 6.66% (4) del total de diagnósticos encontrados.

Los siguientes diagnósticos aparecen con el mismo porcentaje del 5% (3) del total de diagnósticos, estos son: F51.0 Insomnio no orgánico, F32.0 Episodio Depresivo Leve, F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado.

El episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos F32.2, aparece con 3.33% (2), se encontraron 13 diagnósticos más con un porcentaje de 1.66% (1).

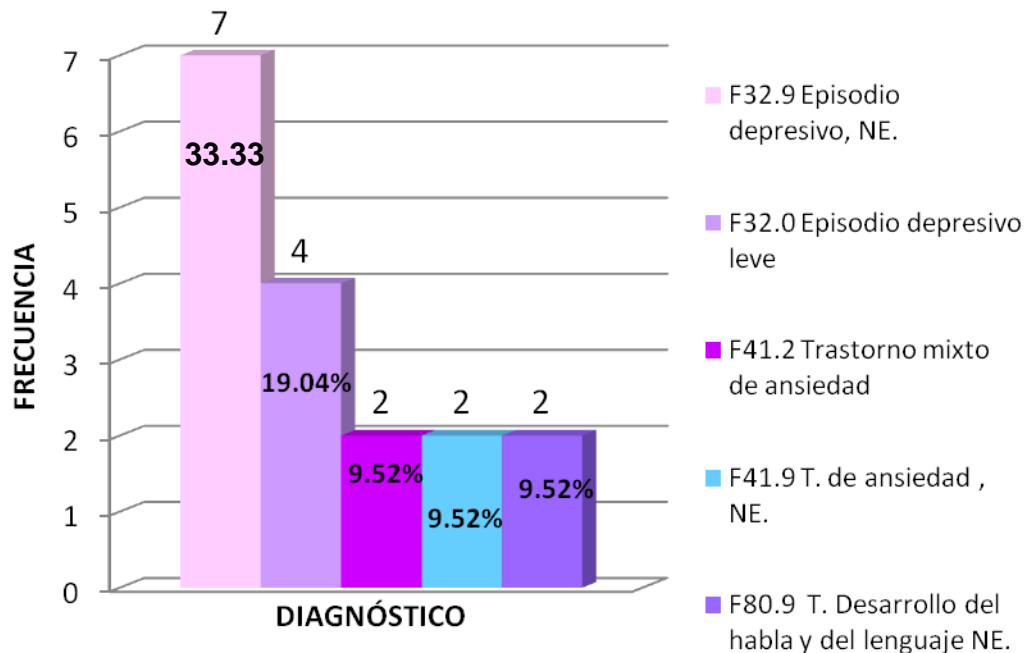
Por clasificación general de trastorno mental y del comportamiento según CIE 10, los que más se presentaron fueron los del tipo de Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos F40.0- F48. 9 y Trastornos del Humor (Afectivos) F30 –F39X.

4.11. DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS CON OCUPACIÓN DOCENTE.

Dentro del grupo de cotizantes se encontró que las personas con ocupación de docentes son en total 18, en estos usuarios se encontraron 21 diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento según CIE 10, teniendo en cuenta que algunos usuarios presentan más de un diagnóstico.

A continuación en el gráfico N°7 se aprecia la distribución de los diagnósticos por frecuencia de aparición.

Gráfica N°7. Distribución porcentual de diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento según CIE 10, más frecuentes en docentes – Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

El diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento más frecuente fue el Episodio depresivo no especificado F32.9 con un porcentaje de 33.33% (7), del total de diagnósticos encontrados en estos usuarios.

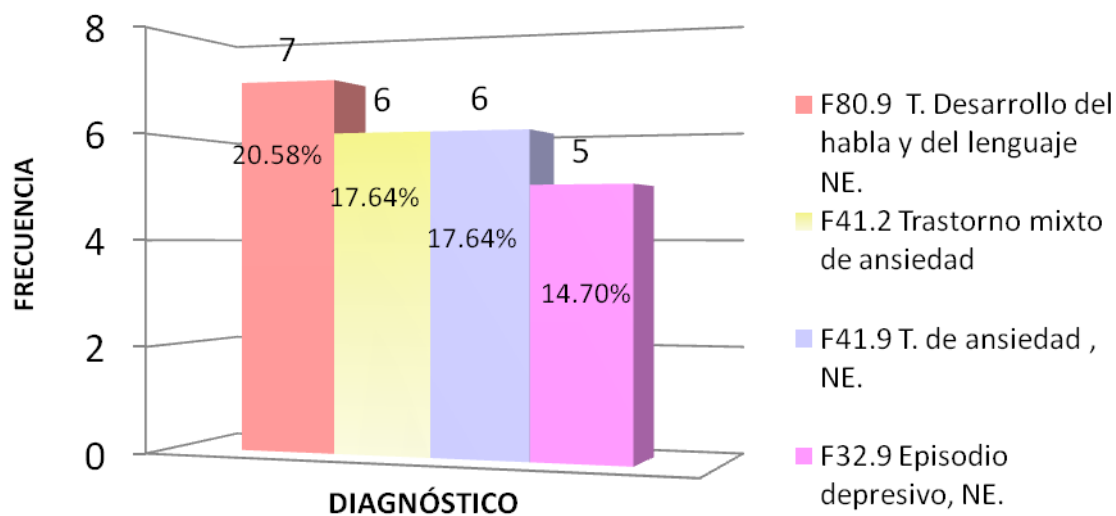
Seguido por el Episodio depresivo leve F32.0 con un porcentaje de 19.04% (4).

Con un porcentaje de 9.52% (2) se encuentran: el Trastorno mixto de ansiedad F41.2, Trastorno de ansiedad no especificada F41.9 y el Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado F80.9, lo cual puede ser indicador de fallas en el registro del diagnóstico en la fuente primaria de la información.

4.12. DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS CON OCUPACIÓN ADMINISTRATIVA.

Los usuarios con ocupación en el área administrativa son en total 28, en este grupo se encontraron 34 diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento según CIE 10, como en el caso anterior los usuarios presentan más de un diagnóstico. A continuación en el gráfico N°8 se aprecia la distribución de los diagnósticos por frecuencia de aparición.

Gráfica N°8 Distribución porcentual de diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento según CIE 10, más frecuentes en administrativos – Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

Al igual que en el grupo antes analizado, no es comprensible el diagnóstico Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje (F80.9) en el grupo de los usuarios administrativos, que corresponde al 20.58% (7) del total de diagnósticos encontrados.

En orden descendente con un 17.64% (6), aparecen dos trastornos: el Trastorno mixto de ansiedad F41.2 y el Trastorno de ansiedad no especificado F41.9

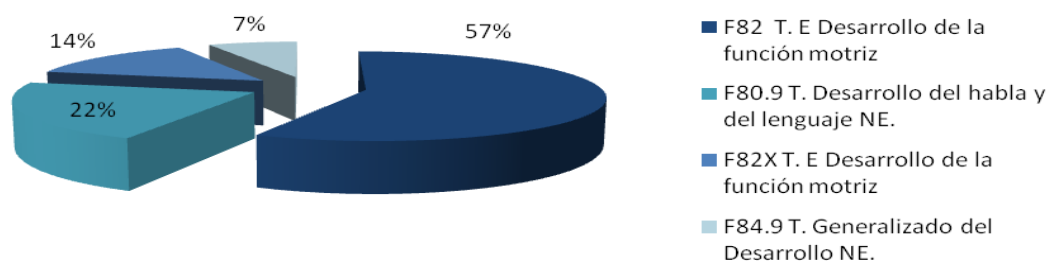
En tercer lugar aparece el Episodio depresivo no especificado F32.9, con un 14.70% (5), del total de diagnósticos.

Otros episodios depresivos F32.8 presenta un porcentaje de 8.82% (3) y el Episodio depresivo moderado F32.1 con el 5.88% (2), del total de diagnósticos encontrados en este grupo poblacional.

4.13. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS MENORES DE 1 AÑO.

El número de usuarios en ciclo vital menores de un año, encontrados en el estudio fue de 12 que equivale al 6% del total de usuarios incluidos en la investigación; encontrándose un total de 14 diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento según CIE 10, lo cual quiere decir que dos usuarios habían sido diagnosticados con dos trastornos. A continuación en el gráfico N°9 se aprecia la distribución de los diagnósticos por frecuencia de aparición.

Gráfica N°9 Diagnósticos de trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en usuarios menores de 1 año - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

El trastorno más frecuente encontrado en menores de 1 año, fue el F82 Trastornos específicos del desarrollo de funciones motoras, con un 57% (8), del total de diagnósticos en dicha población.

En segundo lugar con un 22%(3), se encuentra el Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado (F80.9).

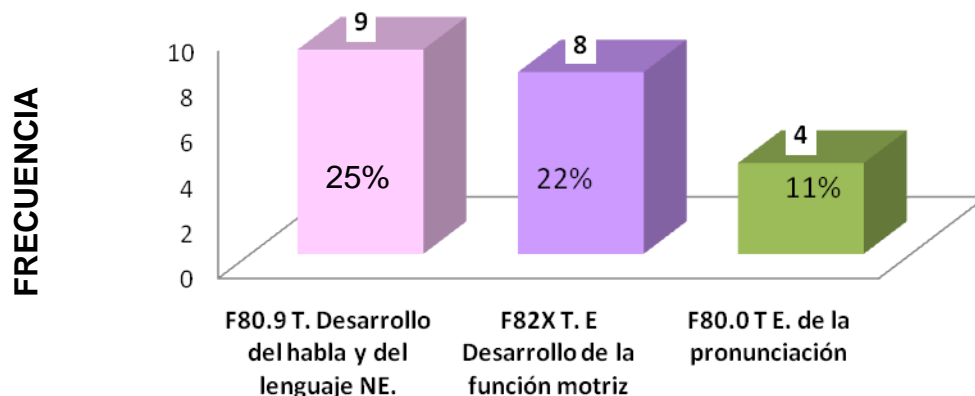
Los últimos dos diagnósticos encontrados dentro de este grupo fueron en orden descendente el Trastorno específicos del desarrollo de funciones motoras (F82x) con un porcentaje de 14% (2) y el Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación (F84.9) con un 7%(1) .

4.14. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS PREESCOLARES.

El número total de preescolares encontrados en la investigación fue de 27 que corresponden al 13% del total de usuarios con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento según CIE 10.

En esta población hubo 36 diagnósticos cuya frecuencia se describe a continuación.

Gráfica N°10 Diagnósticos de Trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en preescolares - unidad de salud de la universidad del cauca 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

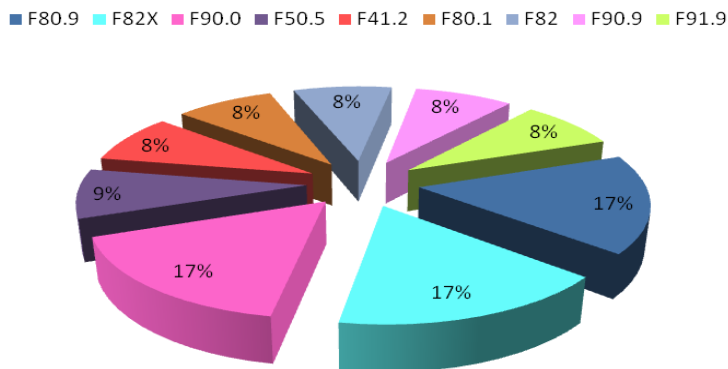
El trastorno encontrado en primer lugar fue el trastorno del desarrollo del lenguaje no especificado (F80.9) con un porcentaje del 25% (9), del total de usuarios en este ciclo vital.

En segundo lugar se halló el Trastorno del desarrollo de funciones motoras (F82x) con un porcentaje del 22% (8); seguido del trastorno específico de la articulación del lenguaje (F80.0) con un porcentaje del 11% (4) y en cuarto lugar se encontraron los diagnósticos: Trastornos específicos del desarrollo de funciones motoras (F82), Trastornos específicos del desarrollo de habilidades escolares (F81), Trastorno del desarrollo de habilidades escolares no especificado (F81.9) y Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (F80.8) con un 5% (2).

4.15. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS ESCOLARES.

Los usuarios escolares corresponden al 6% (12) del total de la población con trastornos mentales y del comportamiento encontrados en el estudio. El número de diagnósticos identificados en este grupo fue de 12, los cuales se aprecian en la siguiente gráfica.

Gráfica N°11 Distribución porcentual de Trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en escolares - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

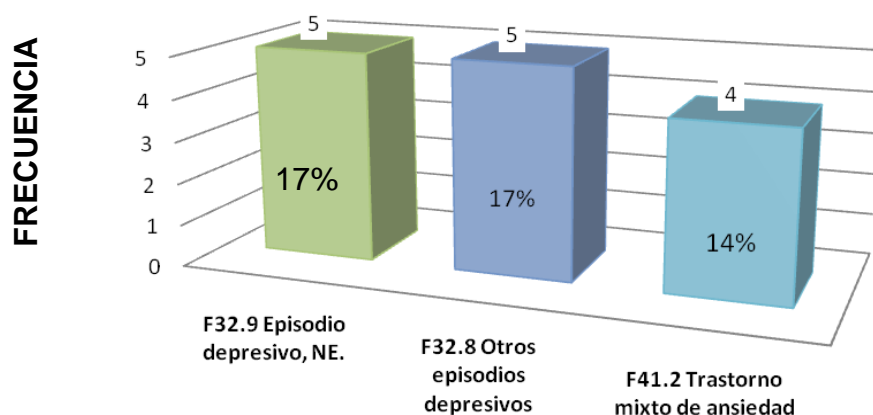
En este ciclo se encontraron tres diagnósticos: Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no Especificado (F80.9), Trastorno específicos del desarrollo de funciones motoras sin síntomas adicionales (F82x) y Alteraciones de la actividad y de la atención (F90.0) con un porcentaje del 17%(2).

Seis diagnósticos tuvieron un porcentaje de 8% (1) del total de diagnósticos de dicho ciclo. Ellos son: Trastorno de la conducta no especificada (F91.9), Trastorno hiperactivo no especificado (F90.9), Trastorno específico del desarrollo de funciones motoras (F82), Trastorno mixto de ansiedad (F41.2), Vómito asociado a otros desordenes psicológicos (F50.5), Alteraciones de la actividad y de la atención (F90.0).

4.16. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS ADOLESCENTES.

El total de adolescentes que se encontró fueron 23 correspondiente al 12% del total de usuarios incluidos dentro del estudio. En ellos se hallaron 29 diagnósticos que se muestran en la siguiente gráfica.

Gráfica N°12 Distribución porcentual de diagnósticos de trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en adolescentes - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

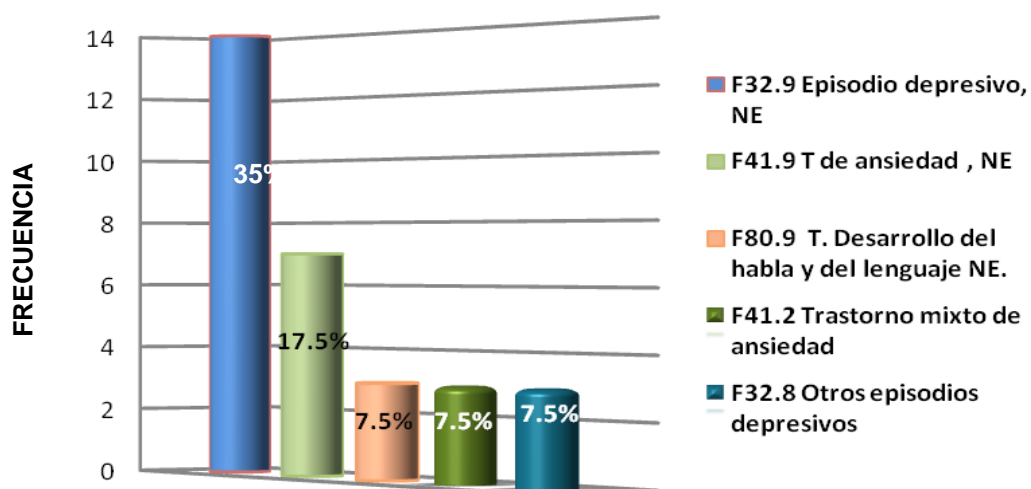
Los diagnósticos más frecuentes que se encontraron fueron en primer lugar: el Trastorno depresivo no especificado (F32.9) y Otros episodios depresivos (F32.8) con un porcentaje del 18% (5) respectivamente.

Seguidos del Trastorno mixto con ansiedad y depresión (F41.2) con un porcentaje del 14% (4).

4.17. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTE EN LOS USUARIOS ADULTOS JÓVENES.

El número de adultos jóvenes fue de 33 que corresponde al 16% del total de usuarios incluidos en la investigación, en este grupo etario se identificaron 40 diagnósticos de los cuales se describen a continuación los más frecuentes.

Gráfica N°13 Distribución porcentual de diagnósticos de Trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en adultos jóvenes - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

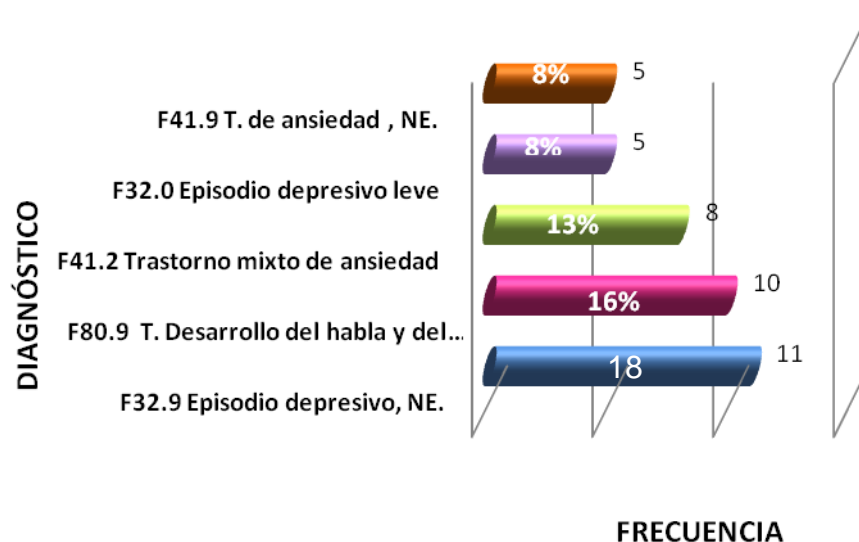
El Trastorno depresivo no especificado (F32.9) ocupó el primer lugar con un 35%(14), seguido del Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9) que corresponde al 17.5% (7).

Le siguen con un porcentaje de 7.5% (3), los diagnósticos: Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado (F80.9), Trastorno mixto de ansiedad (F41.2), y otros episodios depresivos (F32.8).

4.18. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTE EN LOS USUARIOS ADULTOS MEDIOS.

Fueron 43 adultos medios encontrados en el estudio correspondiente al 21% del total de usuarios con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento. El número de diagnósticos fue de 61; los cuales se muestran en la gráfica siguiente.

Gráfica N°14 Distribución porcentual de diagnósticos de Trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en adultos medios - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

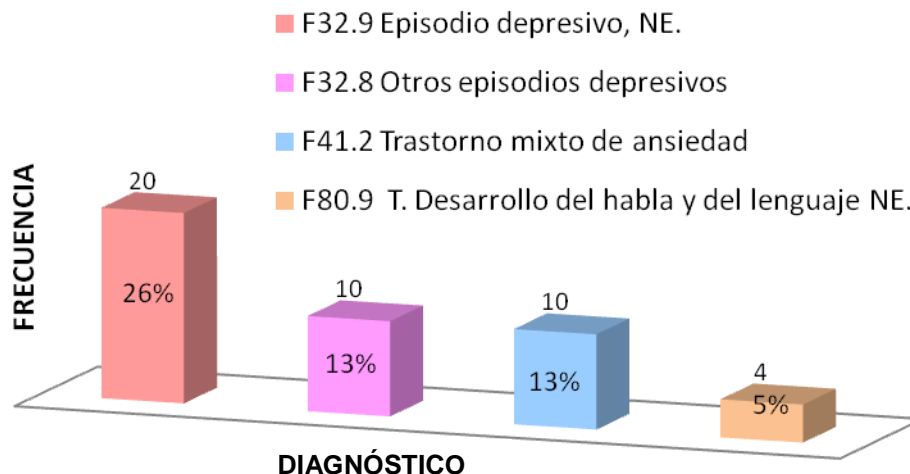
El episodio depresivo no especificado (F32.9) con un porcentaje del 18% (11), del total de diagnósticos en este ciclo. Seguido del Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado (F80.9) con un 16% (10).

En tercer lugar se encuentra el Trastorno mixto de ansiedad (F41.2) con un 13% (8). El Episodio depresivo leve (F32.0) y el Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9) aparecen con un porcentaje del 8%(5).

4.19. DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTE EN LOS USUARIOS ADULTOS MAYORES.

El número de adultos mayores encontrados en el estudio fue de 52 equivalente al 26% del total de usuarios con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento. Se hallaron 76 diagnósticos en esta población, de los cuales se describen a continuación los más frecuentes.

Gráfica N°15 Distribución porcentual de diagnósticos de Trastorno mental y de comportamiento según CIE 10, más frecuentes en adultos mayores - Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010



Fuente: CARACTERIZACION DE LA POBLACION USUARIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL AFILIADA A LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2008-2010

El trastorno más frecuente fue el Episodio depresivo no especificado (F32.9) con un 26% (20) del total de usuarios de adultos mayores.

En segundo lugar se encontraron los diagnósticos: Otros episodios depresivos (F32.8) y el Trastorno mixto de ansiedad (F41.2) con un porcentaje del 13% (10), seguidos del Trastorno del desarrollo del habla y lenguaje no especificado (F80.9) con un 5% (4) en usuarios adultos mayores.

5. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio, Caracterización de la población usuaria del servicio de salud mental afiliada a la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca 2008-2010, demuestran el interés por parte de la institución para garantizar la atención en salud mental, al realizar contratación con prestadores de servicios en todos los niveles de atención en salud.

Cabe resaltar que los prestadores de servicios, se identificaron a partir de la revisión de los RIPS, al encontrarse en la información almacenada, diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento. Dichos prestadores ascienden a 18 de los cuales 17 prestan servicios directamente relacionados con salud mental y uno apoya el diagnóstico. La gama que se ofrece en la prestación de servicios en salud mental, supone una respuesta a las necesidades de los usuarios, cuya suficiencia no fue objeto de evaluación de este estudio.

Los usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, ascendían a 2899, según Perfil Sociodemográfico de la población afiliada a la Unidad de Salud 2010, de ellos y siguiendo los registros encontrados en este estudio, fueron identificados 202 pacientes con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento, correspondiendo aproximadamente al 6,98% de dicha población.

Según el estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, “la prevalencia para el país fue de 40.1%, al revelar que al menos una vez en la vida, la población colombiana ha presentado algún trastorno mental”³⁸, es importante aclarar que el presente estudio midió sólo aquellos casos que consultan, es decir que por búsqueda activa existen aproximadamente otros 960 usuarios y afiliados de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca, que no consultan, para que hubiese sido similar a la prevalencia del país.

El número de usuarios consultantes de servicios de salud mental identificados para este estudio, puede parecer poco significativo, pero así mismo se debe tener en cuenta que parte de la información almacenada en los RIPS, no pudo ser revisada al presentarse problemas técnicos con los medios magnéticos y en los medios físicos, siendo el mayor problema encontrado la omisión de datos importantes como el registro de los diagnósticos por código según CIE10, seguido por la falta de diligenciamiento del número de identificación del paciente.

³⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Fundación FES social. Op. Cit. Pág. 4

En el caso de los diarios de consulta psicológica a los que se obtuvo acceso, el problema fue la ilegibilidad de la letra.

Además la administración de la Unidad de Salud, tiene la percepción que los usuarios no consultan por estos trastornos ya que la comunidad afiliada a ésta, es relativamente pequeña en la cual todos se conocen y puede ser una de las razones por las cuales los usuarios optan por consultar entidades y servicios en salud mental, ajenos a los contratados por la Unidad, con el fin de evitar que otras personas puedan llegar a conocer su diagnóstico y lleguen a ser estigmatizados.

Así mismo, los resultados evidenciaron que los diagnósticos más frecuentes en los usuarios afiliados y consultantes a la Unidad de Salud en el periodo 2008-2010, fueron en primer lugar los trastornos del Humor (Afectivos) (F30.0 a F39X), en la cual se encuentran los trastornos asociados a estados depresivos, seguido de los Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos (F40.0-F48.9), en donde se encuentran codificados los trastornos de ansiedad, en tercer lugar se encuentran los Trastornos del desarrollo psicológico (F80.0-F89X) y en menor frecuencia los Trastornos emocionales y del comportamiento (F90.0-99X), que habitualmente aparecen en la niñez o en la adolescencia. El trastorno depresivo no especificado (F32.9), fue la causa de consulta más frecuente durante el periodo de interés, representando el 23.75% del total de éstas, seguido del Trastorno depresivo leve (F32.0), que representa el 12.27% de las causas de consulta, cabe resaltar que estos diagnósticos de trastorno mental y del comportamiento, corresponden a los trastornos del estado de ánimo, así mismo en los datos del Estudio Nacional de Salud mental Colombia 2003, en segundo lugar de prevalencia se encuentra este tipo de trastorno con un 15.%.

Los anteriores hallazgos son similares con otras investigaciones, por ejemplo un estudio realizado en dos hospitales de Chile: Hospital Barros Luco- Trudeau (HBLT), se encontró que la Depresión, los estados depresivos y el síndrome depresivo ocuparon el primer lugar³⁹.

Así mismo en el VII Encuentro para Psiquiatría y Atención Primaria, España 2011, el Doctor Arbesú, comenta que “Los problemas de salud mental más frecuentes en Atención Primaria, son la depresión (68%), la ansiedad (12%), los trastornos mixtos ansioso-depresivos (9,5%). Este tipo de trastornos afectan la calidad de vida de quien la padece ya que la persona tiende a presentar un estado de ánimo

³⁹ HERNANDEZ GALVEZ G. Psiquiatría en el Hospital Barros Luco, Chile, 2005. p14.
Disponible en: <https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/1/MPSIQUI5/2/.../340069>

depresivo, que lo conduce al desinterés por realizar actividades y disfrutar de las situaciones de la vida diaria, así mismo presenta una disminución de su vitalidad por lo cual se pueden ver afectados el trabajo, los estudios o las actividades habituales”⁴⁰.

En segundo lugar aparece el Trastorno mixto de ansiedad (F41.2), con un porcentaje de 11,97%, como causa de consulta, diferente a lo que evidenciaron los datos del Estudio Nacional Colombia 2003, en los cuales los trastornos de ansiedad aparecen en primer lugar, con una prevalencia a lo largo de la vida del 19,5%.

Los trastornos de ansiedad son comunes en nuestra sociedad, según los datos del Estudio nacional de salud mental, mencionados anteriormente. En nuestro país la población entre 18-65 años de edad, reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Dichos trastornos afectan a la población debido a que los síntomas que aparecen son variados y pueden originar deterioro importante de la actividad social, laboral y familiar del individuo que la padece, entre los síntomas se encuentran: dificultades de concentración o de memoria, trastorno del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, sensación de peligro inminente para él o allegados, desesperanza y pesimismo ante el futuro y baja autoestima o sentimientos de inutilidad.⁴¹

Aunque no se encontraron estudios similares, en el presente estudio aparece en el tercer lugar el Trastorno del habla y del lenguaje (F80.9), que representa el 10,47% de las consultas realizadas.

Teniendo en cuenta el ciclo vital individual, el estudio mostró que en los usuarios menores de 1 año, el trastorno más frecuente es el Trastorno específico del desarrollo de funciones motoras (F82), representando el 57% de todos los trastornos presentes en este grupo poblacional. Seguido del trastorno del habla y del lenguaje (F80.9), con el 22% del total de trastornos encontrados.

El desarrollo psicomotor es un fenómeno cualitativo que se expresa tanto en lo corporal como en lo cognitivo y emocional, además de ser la forma natural de ir adquiriendo habilidades durante la infancia. Este ocurre en forma secuencial y progresiva, es decir que para alcanzar nuevas etapas es necesario haber logrado

⁴⁰ ARBESÚ, José Ángel. VII Encuentro para Psiquiatría y Atención Primaria: Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid.13- 14 mayo 2011. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/2011-06-08/224>

⁴¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Fundación FES social, Op. Cit., p. 11.

las anteriores. Esta secuencia del desarrollo es igual para todos los niños, sin embargo, el ritmo con que cada niño logra las distintas etapas varía⁴².

En cuanto al trastorno del habla y del lenguaje (F80.9) hace parte de los trastornos del desarrollo psicológico y en este caso los trastornos de la comunicación tienen el potencial de aislar a los individuos de sus alrededores sociales y educacionales, es esencial encontrar una intervención justa y apropiada. Aunque muchos patrones del habla y lenguaje se pueden caracterizar de lenguaje infantil y forman parte del desarrollo normal del niño, éstos pueden causar problemas si no se tratan a tiempo. De esta manera un atraso en el lenguaje inicial puede convertirse en un trastorno que causa dificultades en el aprendizaje.

En los usuarios preescolares se encontró el trastorno del habla y del lenguaje (F80.9), como el diagnóstico más frecuente por el que consultan con el 25% del total de diagnósticos identificados en esta población. En segundo lugar aparece el Trastorno específico del desarrollo de funciones motoras (F82X), representando el 22.22% de la totalidad de diagnósticos identificados.

El trastorno específico del Lenguaje es uno de los trastornos de la comunicación oral más frecuente en niños preescolares, con prevalencias estimadas entre 2% y 7% de la población de habla inglesa. La American Psychiatric Association, indica una prevalencia de trastorno específico del Lenguaje entre 6% y 8%⁴³. Estudios realizados en Chile 2009, indicarían la presencia del trastorno en 4% de los niños entre 3 y 7 años⁴⁴. Igualmente muestran una prevalencia cercana al 5-8% en preescolares, estos trastornos son una patología relativamente frecuente en la infancia y que preocupa a padres y profesionales de la salud.

⁴² MARTINEZ MUÑOZ, Constanza. URDANGARIN MAHN, Daniela. Evaluación del desarrollo psicomotor de niños Institucionalizados menores de 1 año mediante tres Herramientas distintas de evaluación. Chile.2005
Disponible en: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/martinez_c/sources/martinez_c.pdf

⁴³ SHRIBERG FD, TOMBLIN JB, MCSWEENEY JF. Prevalence of speech delay in 6 year-old children and comorbidity with language impairment. *J. Speech Lang Hear Res* 1999; 42: 1461-81.
Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200007

⁴⁴ De Barbieri Z, Maggiolo M, Alfaro S. Trastornos de la comunicación oral en niños que asisten a control de salud en un consultorio de atención primaria. *Rev Chil pediatr* 1999; 70: 36-40.
Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200007

En los escolares se encontraron tres tipos de trastornos con la misma frecuencia de aparición, del 17% para el total de diagnósticos identificados para este grupo de usuarios, estos son: Trastorno del habla y del lenguaje (F80.9), Trastorno específico del desarrollo de funciones motoras (F82X) y Alteraciones de la actividad y de la atención (F90.0).

Estudio realizado en Chile 2006: reveló que los trastornos del habla y del lenguaje tienen una prevalencia cercana al 4% en escolares; y su mayor importancia radica en el hecho que altera la capacidad de comunicación del niño con sus padres y pares.⁴⁵

En la etapa escolar, los trastornos del habla y del lenguaje pueden asociarse a dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura, a un rendimiento escolar deficiente, y en forma secundaria a trastornos en la esfera conductual y emocional. En términos generales, estos trastornos suelen presentar un curso crónico; así, sin un diagnóstico y tratamiento adecuados, la patología persiste en el 40 - 60% de los casos.

Según el más reciente Estudio Nacional de Salud Mental realizado en México, las enfermedades mentales más frecuentes en menores de edad son el trastorno de atención a los 5 años, en promedio.⁴⁶

En el grupo poblacional de adolescentes, los diagnósticos más frecuentes identificados fueron: Otros episodios depresivos (F32.8) y Episodio depresivo no especificado (F32.9) que corresponde al 17.24% respectivamente, del total de diagnósticos encontrados en grupo de usuarios.

En segundo lugar aparece el Trastorno mixto con ansiedad y depresión (F41.2), con un 13.79% de frecuencia del total de trastornos encontrados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), asegura que gran parte de los problemas de salud mental tienen su origen justamente al término de la infancia y el principio de la adolescencia. “Se dice que al menos 20% de los jóvenes (OMS 2007) sufre alguna enfermedad mental, entre ellas depresión, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, comportamientos suicidas o algún

⁴⁵ ALARCÓN OLMOS, Aixa. Teorías del Desarrollo. Universidad Santiago de Chile, Facultad de Humanidades, 2007. Pág. 27. Disponible en: <http://educacion.usach.cl/educacion/files/file/Materiales/TeoriasdelDesarrollo-version%202>.

⁴⁶ SANDOVAL DE ESCURDIA, Juan Martín. Estudio Nacional de Salud Mental México, 2005. Disponible en: www.minproteccion-social.gov.co/

trastorno de índole alimentario en esta etapa⁴⁷. Por su parte, el Plan de Acción para la Salud Mental 2001-2006 sostiene que en América Latina, “hay cerca de 17 millones de adolescentes entre los 14 y los 16 años que sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención total de adolescentes.”⁴⁸

Cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales.

En un estudio realizado en Medellín por la Universidad CES 2008, la prevalencia de depresión en los adolescentes entre los 9– 19 años se encuentra en un rango alarmante de 24.2%, según la escala de depresión. El 16.0% de los estudiantes tenidos en cuenta no se siente felices, lo que puede afectar su bienestar y calidad de vida convirtiéndose en un indicador negativo para la salud mental.⁴⁹

La depresión se caracteriza por una tristeza y una pérdida de interés constantes, que se acompañan de síntomas psíquicos, comportamentales y físicos. A nivel mundial está clasificada como la causa más importante de discapacidad.

La adolescencia es una fase crítica dentro del proceso vital. Los estados depresivos son importantes en la génesis de muchos de los problemas en la adolescencia. A menudo sus síntomas son atípicos, comparados con los del adulto y su diagnóstico y tratamiento se demoran. La prevalencia de sintomatología depresiva se aproxima a la de los adultos, lo que indica el inicio a esta edad en una proporción importante del total. “Entre las complicaciones, en España el suicidio fue en 2006 la segunda causa de muerte a los 20–24 años y la tercera a los 15–19 años”⁵⁰.

Para los usuarios adultos jóvenes, el diagnóstico más representativo fue el Episodio depresivo no especificado (F32.9), con un porcentaje del 35%, seguido

⁴⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Riesgos para la salud de los jóvenes. 2011 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>

⁴⁸ CASA DE SALUD ESPECIALISTAS EN ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA. La depresión afecta cada vez más a nuestros niños y jóvenes, Noviembre 4 de 2010. Disponible en: <http://www.casadesalud.com.mx/articulos/915/la-depresion-afecta-cada-vez-mas-a-nuestros-ninos-y-jovenes/>

⁴⁹ OBSERVATORIO DE POLÍTICA SOCIAL Y DERECHOS HUMANOS. Jóvenes y salud mental en México. Jueves, 07 de octubre de 2010. Disponible en: http://informerojo.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1767:jovenes-y-salud-mental-en-mexico&catid=127:jovenes&Itemid=610

⁵⁰ *Ibíd.*

del Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9), que corresponde al 17.5% del total de los trastornos que afectan a ésta población.

En México se estima una prevalencia de 12% a 20% entre la población adulta de 18 a 65 años. Considerando el número de adultos en México, se puede inferir que más de diez millones de mexicanos sufrirán depresión en algún momento de sus vidas; La edad media de inicio de un episodio depresivo es de 25 a 40 años, por lo que la depresión afecta en las edades más productivas de la vida.⁵¹

En los afiliados pertenecientes al ciclo vital de adulto medio, el trastorno más frecuente es el Trastorno de ansiedad no especificado (F32.9), con 18.03% del total de trastornos mentales encontrados, seguido del Trastorno mixto con ansiedad y depresión (F41.2) correspondiente al 13.11%.

Según el estudio Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana, 2004 los grupos de edad con mayor proporción de personas deprimidas en los 12 meses previos a la encuesta fueron el de 46 a 60 años (11,1%)⁵²

En usuarios adultos mayores se encontró que el trastorno que más se diagnosticó fue el Episodio depresivo no especificado (F32.9) con un 26.31% del total de diagnósticos encontrados en este grupo. En segundo lugar aparecen dos diagnósticos con la misma frecuencia de aparición por lo cual comparten el mismo porcentaje, 13.15% los cuales son: Otros episodios depresivos (F32.8) y el Trastorno mixto con ansiedad y depresión (41.2).

En un estudio realizado por el Psiquiatra M. Martin en la Clínica Psiquiátrica Padre Menni, reveló que la depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en la población anciana, tiene una prevalencia del 1-4% en personas de edad superior a 65 años, y origina el 60% de los ingresos psiquiátricos en sujetos ancianos.⁵³ Por

⁵¹ GARCÉS VIEIRA, María Virginia; HENAO GARCIA, Carolina; HENAO GRAJALES, Catalina; NARANJO ISAZA, Ana María. Prevalencia de depresión en adolescentes de 9 a 19 años de colegios públicos y privados del área metropolitana. Universidad CES. Facultad de Medicina. Grupo de Salud Mental Medellín, 2008. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/516/1/Prevalencia_depresion_adolescentes_9-19.pdf

⁵² RIVERA MORENO, Mariano; JIMÉNEZ GARCÍA, Rodrigo; RIVERA MORENO, Mercedes; SAN JUAN SANZ, Teresa. Adolescencia y síntomas depresivos: ¿son útiles para su detección las encuestas de salud a grupos?. Publicado en Aten Primaria.2009; vol.41. Madrid, España. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/adolescencia-sintomas-depresivos-son-utiles-su-deteccion-13139269-originales-2009>

⁵³ MORENO COUTIÑO, Ana; MEDINA, María Elena; MORA, Icaza. Tabaquismo y depresión. Salud Ment v.31 n.5 México sep./oct. 2008. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000500009&script=sci_arttext

otra parte, también está presente en el 30% de los pacientes ancianos afectados de enfermedades médicas, agudas o crónicas. Dada su relevancia social y la afectación tan importante de la calidad de vida de los que la sufren, debería existir una sensibilidad hacia el problema en todos los niveles asistenciales, y especialmente en atención primaria, donde se produce con más frecuencia la solicitud de ayuda médica por parte de los ancianos con depresión.

Así mismo revela que la ansiedad es un síntoma relativamente menos frecuente en ancianos, que en sujetos más jóvenes, quizás por ello han recibido poca atención en la literatura especializada, aunque diversos estudios epidemiológicos establecen que hasta un 20% de la población mayor de 65 años puede presentar síntomas patológicos de ansiedad. En cuanto a la forma clínica de los trastornos de ansiedad en el anciano, la más frecuente son los trastornos de ansiedad generalizada (TAG), que pueden alcanzar hasta el 5% de la población, y los trastornos de adaptación a circunstancias estresantes y adversas, frecuentes en la vejez. Es frecuente entre los ancianos la comorbilidad entre TAG y depresión.

En cuanto a los usuarios pensionados, el trastorno más frecuente encontrado pertenece al grupo de los trastornos del estado del ánimo (F30-F39), que corresponde al 26.66%.

La cifra encontrada en esta investigación es notoriamente superior en comparación con otros estudios como el realizado en la Universidad de Antioquia por Fredy Alonso Patiño Villada, sobre Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados en el 2005; “el cual revelo que la depresión se encuentra presente en los pensionados mostrando una cifra de padecimiento del 6% de una muestra de 100 personas”.⁵⁴

Así mismo el estudio nacional de salud mental 2003 mostro una “prevalencia de 16.2% de trastorno del estado de ánimo en personas pensionadas”.⁵⁵

Continuando con los diagnósticos encontrados en los pensionados el segundo lugar lo ocupó los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos (F40-F49) con un porcentaje del 13.33%. Cifra que se encuentra por debajo de los resultados arrojados por el Estudio Nacional de salud

⁵⁴ PATIÑO VILLADA, Fredy Alonso. Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Medellín, Colombia. 2006. Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/043-Depresion.pdf>

⁵⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Fundación FES social. Op. Cit. Pág. 4

mental Colombia 2003, donde los trastornos de ansiedad tuvieron una prevalencia de 36.1%

Las cifras encontradas en esta investigación son un importante indicador de la fuerte relación que existe entre la jubilación, la ansiedad y la depresión, puesto que la llegada de la jubilación conlleva consigo una serie de cambios en cuanto a las actividades que se realizan en la cotidianidad incluyendo las relaciones sociales, los cuales afectan emocionalmente a la persona y lo pueden hacer propenso a padecer un trastorno mental y del comportamiento si no se saben afrontar adecuadamente. A ello se suma la llegada de la vejez que se acompaña de otra serie de cambios que pueden repercutir no solo en la salud física sino también en la salud mental del individuo.

En cuanto a la ocupación docente, los trastornos más frecuentes encontrados, hacen parte del grupo de trastornos del estado de ánimo (F30-F30.9), de los cuales el trastorno depresivo, no especificado (F32.9), obtuvo un porcentaje del 33.33% y el trastorno depresivo leve (F30.0), el 19.07%, del total de diagnósticos hallados, en los usuarios con ésta ocupación.

Este trastorno se presenta con frecuencia en profesores universitarios, así lo demuestra un estudio realizado por la Universidad Veracruzana, México en el 2009, sobre "Detección del trastorno depresivo en profesores universitarios" con una muestra de 270, de los cuales el 8% mostró algún tipo de depresión.⁵⁶ Lo que puede ser consecuencia de la carga de trabajo y las presiones con las cuales deben enfrentarse cotidianamente. De esta forma puede llevar a que la tarea docente no tenga las condiciones propicias para el desarrollo de habilidades y conocimientos en los estudiantes.

Los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos (F40-F49), con un porcentaje de 9.52%; se constituyen en la segunda causa de consulta.

Ello se apoya con un estudio realizado por la ANPE en el 2005 donde se reveló que 73% de los docentes están en riesgo de desarrollar ansiedad o depresión

⁵⁶ CONTRERAS ROMERO, Graciela Josefina, et. Al. Detección del trastorno depresivo en profesores universitarios. Universidad Veracruzana. México 2009. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29111983013.pdf>

debido a la relación directa docente – estudiante, su desmotivación, desinterés y problemas de convivencia.⁵⁷

Los docentes son profesionales vulnerables al trastorno depresivo debido al exceso y sobrecarga de tareas que realizan, lo cual les ocasiona sentimientos de inseguridad e inestabilidad dentro del área laboral y provoca el deterioro de su imagen; esto los conduce a situaciones que obstaculizan el desarrollo de su actividad, lo que tiene un impacto indeseable en los alumnos ante quienes, lejos de observarlos como figura representativas en su vida, pasan totalmente inadvertidos, lo que causa efectos negativos en el estado emocional del profesor.

En cuanto a la ocupación administrativa, el trastorno más frecuente fue el del desarrollo psicológico (F80-F89x) con un porcentaje del 20.58%. Este resultado no pudo ser comparado con estudios previos, puesto que no se encontraron investigaciones en las que este tipo de población presentará este trastorno.

En segundo lugar se encuentran los trastornos de ansiedad que hacen parte trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos (F40-F49) con un porcentaje del 17.64%.

Este resultado es similar al estudio realizado por Adriana Duque Franco, sobre Factores de riesgo psicosocial; asociados a ansiedad y depresión en los trabajadores administrativos, Pereira 2003 donde se encontró que la ansiedad se encuentra presente en el personal administrativo en un 20.3%.⁵⁸

La aparición de estos trastornos, pueden estar relacionados con la ocupación laboral debido a una carga de trabajo abrumadora, el ritmo de trabajo, los plazos para entrega de informes, entre otros que pueden llevar a que se afecte el desempeño laboral si la persona no logra afrontar de manera adecuada estas tensiones generadoras de estrés y posteriormente de los diferentes tipos de ansiedad.

⁵⁷ Ibid

⁵⁸ DUQUE FRANCO, Adriana. Factores de riesgo psicosocial, asociados a la ansiedad y depresión en los trabajadores administrativos. Fundación Universitaria del Area Andina. Pereira 2003

6. CONCLUSIONES

- Es importante reconocer el interés de la Unidad de Salud por ofrecer a sus afiliados una gama de servicios en materia de salud mental que incluyen una opción diferente a la medicina tradicional como lo es la medicina Alternativa por medio de la contratación con dicho servicio.
- La primera causa de consulta encontrada en el período comprendido entre el 2008-2009 fue el episodio depresivo no especificado (F32.9) y en el 2010 fue el episodio depresivo leve (F32.0) los cuales hacen parte del grupo de trastornos afectivos (F30-F39).
- Los trastornos más frecuentes encontrados en menores de 1 año, preescolares y escolares pertenecen al grupo del trastorno del desarrollo psicológico (F80-F89); mientras que en los adolescentes, adulto joven, adulto medio y adulto mayor, el trastorno más frecuente pertenece al grupo de trastornos del estado de ánimo (F30-F39).
- En cuanto a la ocupación el trastorno más frecuente encontrado en pensionados y docentes pertenece al grupo de trastornos del estado de ánimo (F30-F39); mientras que el diagnóstico más frecuente encontrado para los administrativos corresponde al grupo de trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89).
- La depresión es una afección frecuente en los afiliados a la Unidad de salud de la Universidad del Cauca; por lo cual es necesario que se preste la atención y el seguimiento adecuados, que permitan minimizar los efectos a nivel individual, familiar y laboral.
- No se encontró la causa de la relación entre trastornos del desarrollo psicológico y ocupación administrativa; lo cual puede ser debido a posibles errores en la digitación de la codificación según CIE 10 en los RIPS.
- Los resultados de este estudio lograron ser socializados durante dos sesiones institucionales convocadas por la Unidad de Salud a comienzos del segundo semestre de 2011. De ésta manera la información aportada por éste estudio, ha contribuido como insumo para el ajuste al Plan de Salud para afiliados a la Universidad del Cauca.

7. RECOMENDACIONES

- Efectuar intervención primaria a sus afiliados; con el fin de identificar factores de riesgo asociados a trastornos mentales y del comportamiento; que permitan planear y desarrollar actividades de prevención en salud mental y de esta manera se contribuya a la disminución de la aparición de este tipo de trastornos.
- Realizar una investigación prospectiva en la Unidad de salud de La Universidad del Cauca que permitan precisar los datos reales en cuanto a diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento.
- Continuar fortaleciendo alianzas en las que se tenga como eje la Salud Mental con el fin de promoverla, y reforzar las estrategias para la detección oportuna de Trastornos Mentales y oportuno tratamiento.
- Socializar las investigaciones, con las entidades que buscan el bienestar universitario para que se tomen en cuenta y sea oportuna para la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

ALARCÓN OLMOS, Aixa. Teorías del Desarrollo. Universidad Santiago de Chile, Facultad de Humanidades, 2007. Pág.27.

Disponible en:

<http://educacion.usach.cl/educacion/files/file/Materiales/TeoriasdelDesarrollo-version%202>.

ALVAREZ CACHO, Rafael. Evolución del concepto de enfermedad y salud mental. Salud mental y Enfermería. Diciembre 1996

ARBESÚ, José Ángel. VII Encuentro para Psiquiatría y Atención Primaria: Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid.13- 14 mayo 2011.

Disponible en: <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/2011-06-08/224>

CASA DE SALUD ESPECIALISTAS EN ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA. La depresión afecta cada vez más a nuestros niños y jóvenes, Noviembre 4 de 2010.

Disponible en: <http://www.casadesalud.com.mx/articulos/915/la-depresion-afecta-cada-vez-mas-a-nuestros-ninos-y-jovenes/>

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1122. Bogotá D.C. 2007.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1438. Bogotá D.C. 2011.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos de política de salud mental para Colombia. 2005

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3039. Bogotá D.C.2007.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 30 de 1992. Santafé de Bogotá. Diciembre 28 de 1992. p. 23.

Disponible en http://www.unal.edu.co/dirnalpre/documentos/L0030_1992.pdf

COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 de 1993. Santafé de Bogotá: Diciembre 23 de 1993. p. 42

Disponible en: http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley_100.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3374 de 2000. Santafé de Bogotá. 27 de diciembre de 2000.p. 2

Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/Manual>

[Contratación/Normatividad/Resolucion%203374%20de%202000.pdf](http://www.medellin.gov.co/Manual/Contratación/Normatividad/Resolucion%203374%20de%202000.pdf)

COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 647 de 2001.Santafé de Bogotá. 28 de febrero de 2001.p.1.

Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles>

[86093_archivo_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles/86093_archivo_pdf.pdf)

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 4747 de 2007. Santafé de Bogotá. 7 de diciembre de 2007. p. 1-2.

Disponible en:

www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%204747%20DE%202007.pdf

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1122 de 2007. Santafé de Bogotá. 9 de enero de 2007.

CONTRERAS ROMERO, Graciela Josefina, et. Al. Detección del trastorno depresivo en profesores universitarios. Universidad Veracruzana. México 2009.

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29111983013.pdf>

DUQUE FRANCO, Adriana. Factores de riesgo psicosocial, asociados a la ansiedad y depresión en los trabajadores administrativos. Fundación Universitaria del Area Andina. Pereira 2003

DE BARBIERI Z, Maggiolo M, Alfaro S. Trastornos de la comunicación oral en niños que asisten a control de salud en un consultorio de atención primaria. *Rev Chil pediatr* 1999; 70: 36-40.

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200007

GARCÉS VIEIRA, María Virginia; HENAO GARCIA, Carolina; HENAO GRAJALES, Catalina; NARANJO ISAZA, Ana María. Prevalencia de depresión en adolescentes de 9 a 19 años de colegios públicos y privados del área metropolitana. Universidad CES. Facultad de Medicina. Grupo de Salud Mental Medellín, 2008.

Disponible en:

[http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/516/1/Prevalencia_de presion_adolescentes_9-19.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/516/1/Prevalencia_de_presion_adolescentes_9-19.pdf)

GINEBRA. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Hombres, envejecimiento y salud: Conservar la salud a lo largo de la vida. Ginebra. 2002.

Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.pdf>

HERNANDEZ GALVEZ G. Psiquiatría en el Hospital Barros Luco, Chile, 2005. p. 14

Disponible en: <https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/1/MPSIQUI5/2/.../340069>

MARTINEZ MUÑOZ, Constanza. URDANGARIN MAHN, Daniela. Evaluación del desarrollo psicomotor de niños Institucionalizados menores de 1 año mediante tres Herramientas distintas de evaluación. Chile. 2005

Disponible en:

http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/martinez_c/sources/martinez_c.pdf

MINGOTE ADAN, José Carlos. REQUENA, Miguel. El malestar de los jóvenes: contextos raíces y experiencias. España: Díaz de Santos. 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Fundación FES social. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003.

Disponible en:

<http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo14822DocumentNo1466.PDF>

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección general de salud pública. Asociación Colombiana de Psiquiatría Comité de Políticas Política Nacional del Campo de la Salud mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de derecho. Bogotá, D. C. Editorial Kimpres Ltda. Diciembre 2007

MORENO COUTIÑO, Ana; MEDINA, María Elena; MORA, Icaza. Tabaquismo y depresión. Salud Mental v.31 n.5 México sep./oct. 2008.

Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000500009&script=sci_arttext

OBSERVATORIO DE POLÍTICA SOCIAL Y DERECHOS HUMANOS. Jóvenes y salud mental en México. Octubre de 2010.

Disponible en:

http://informerojo.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1767:jovenes-y-salud-mental-en-mexico&catid=127:jovenes&Itemid=610

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Riesgos para la salud de los jóvenes. 2011

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>

OYARZUN, Eleana. Ciclo vital individual. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. 2006.p.1

Disponible en: http://www.u-cursos.cl/medicina/2008/1/MPRINT25/1/material_docente/bajar?id_material=164893

PATIÑO VILLADA, Fredy Alonso. Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Medellín, Colombia. 2006.

Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/043-Depresion.pdf>

RIVERA MORENO, Mariano; JIMÉNEZ GARCÍA, Rodrigo; RIVERA MORENO, Mercedes; SAN JUAN SANZ, Teresa. Adolescencia y síntomas depresivos: ¿son útiles para su detección las encuestas de salud a grupos?. Publicado en Aten Primaria.2009; vol.41. Madrid, España. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/adolescencia-sintomas-depresivos-son-utiles-su-deteccion-13139269-originales-2009>

SANDOVAL DE ESCURDIA, Juan Martín. Estudio Nacional de Salud Mental México,2005.

Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/

SHRIBERG FD, TOMBLIN JB, MCSWEENEY JF. Prevalence of speech delay in 6 year-old children and comorbidity with language impairment. *J. Speech Lang Hear Res* 1999; 42: 1461-81.

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200007

UNIDAD DE SALUD. Universidad del Cauca. Modelo de atención a la salud, Informe sobre el perfil sociodemográfico de la población afiliada a la unidad de salud.

VELASQUEZ ARBOLEDA, Oscar Hernán. BEDOYA BEDOYA, Ever de Jesús. Una aproximación a los factores de riesgo psicosocial a los que están expuestos los docentes contratados bajo la modalidad de horas cátedra en la ciudad de Medellín. Facultad de Educación- Universidad de Antioquia. Medellín Colombia. 2010.