

Original

Motivos psiquiátricos de derivación reportados por el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUED) del distrito de Cartagena (R. de Colombia)

ALEX GONZÁLEZ GRAU, ELÍAS RAFAEL GENEY CASTRO

ALEX GONZÁLEZ GRAU
Médico Psiquiatra.
Centro Regulador de Urgencias,
Emergencias y Desastres
(CRUED).
Cartagena, R. de Colombia.

ELÍAS RAFAEL GENEY CASTRO
Doctor en Psicología.
Universidad Tecnológica
de Bolívar (UTB).
Cartagena, R. de Colombia.

FECHA DE RECEPCIÓN: 27/02/2022
FECHA DE ACEPTACIÓN: 06/05/2022

El *objetivo* principal de este artículo es revisar los motivos de derivación psiquiátricos más frecuentes reportados por el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUED) del distrito de Cartagena durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2018 y comparar la información con la disponible en la literatura. *Metodología*: los datos fueron obtenidos de la bitácora de dicho CRUED y se seleccionaron de acuerdo con su relevancia clínica y epidemiológica. Para el estudio se empleó un diseño descriptivo correlacional de tipo longitudinal de tendencia. El total de la población durante el periodo comprendido entre los años 2012 y 2018 fue de 2717 participantes. Se empleó para el análisis de los datos el programa estadístico SPSS (v. 26) e inicialmente se obtuvo una descripción básica de la muestra empleando medidas de tendencia central en función de las variables sociodemográficas analizadas (sexo, ciclo vital y año del reporte). Posteriormente, por medio de la prueba no paramétrica de *chi cuadrado* se analizó si se establecían diferencias significativas entre los motivos de derivación y las variables demográficas (sexo y ciclo vital). *Resultados*: el motivo más frecuente de derivación fueron los intentos de suicidio, los cuales fueron más frecuentes en personas menores a 28 años y de sexo femenino. Los trastornos psicóticos fueron más frecuentes en hombres adultos. Los trastornos del estado de ánimo y los trastornos relacionados con sustancias no fueron tan frecuentes como se esperaba. No se observaron diferencias en los resultados entre los años analizados.

Palabras clave: Urgencias psiquiátricas – Suicidio – Trastornos psicóticos – Trastornos del estado de ánimo – Consumo de sustancias.

Reasons for Psychiatric Referrals Reported by the Cartagena District Emergency and Urgent Care Regulatory Center (CRUED)

The main *objective* of this article was to review the most frequent psychiatric referral reasons reported by the Regulatory Center of Urgencies and Emergencies and Disasters (CRUED) of the District of Cartagena during the period between January 1, 2012 and December 31, 2018 and compare the information with that available in the current literature. *Methodology*: the data were obtained from the CRUED blog of the Cartagena District and were selected according to their clinical and epidemiological relevance. For the study, a descriptive, correlational, longitudinal trend type design was used. The total population during the period between 2012 and 2018 was 2717 participants. The SPSS statistical program (v. 26) was used for data analysis and initially a basic description of the sample was obtained using measures of central tendency based on the sociodemographic variables analyzed (gender, life cycle and year of the report). Subsequently, by means of the non-parametric *chi-square* test, it was analyzed whether significant differences were established between the reasons for referral and the demographic variables (sex and life cycle). *Results*: the most frequent reason for referral was suicide attempts, which were more frequent in people under 28 years of age and in females. Psychotic disorders were more common in adult men. Mood disorders and substance-related disorders were not as common as expected. No differences were observed in the results between the years analyzed.

Keywords: Psychiatric Emergencies – Suicide – Psychotic Disorders – Mood Disorders – Substance Use.

CORRESPONDENCIA
Dr. Elías Rafael Geney Castro.
Universidad Tecnológica de Bolívar,
Parque Industrial y Tecnológico
Carlos Vélez Pombo Km 1
Vía Turbaco, edificio de Aulas A1,
oficina 202, CP 130001,
Cartagena, Colombia;
egeney@utb.edu.co

Introducción

Las urgencias psiquiátricas son alteraciones cognitivas, comportamentales o emocionales que requieren una intervención inmediata. Estas urgencias representan un riesgo para la salud y la vida del afectado o de otras personas y pueden ser percibidas por el propio paciente o por quienes le rodean. Una urgencia psiquiátrica se define como el inicio agudo o la exacerbación de una enfermedad mental que puede poner en peligro la vida y la salud del paciente o de terceros [24]. Las emergencias psiquiátricas son cambios agudos en los procesos de pensamiento y en el comportamiento que afectan la capacidad del paciente para funcionar en su entorno [19].

De acuerdo con la 11ª edición de la sinopsis de psiquiatría de Kaplan & Sadock [31], una emergencia psiquiátrica es cualquier alteración del pensamiento, de los sentimientos o las acciones que precisa una intervención terapéutica inmediata. Debido a diversos motivos, tales como la incidencia creciente de violencia, la mayor apreciación del papel de las enfermedades médicas en las alteraciones del estado mental y la epidemia de trastornos por uso de alcohol y otras sustancias, el número de emergencias psiquiátricas está en aumento. El alcance de la psiquiatría de emergencia va más allá de la práctica psiquiátrica general e incluye aspectos como el abuso de sustancias y el suicidio, entre otros [32, 16].

Según las *Guías para manejo de urgencias* del Ministerio de Salud de Colombia, «las urgencias en psiquiatría son circunstancias en las que una persona presenta alteraciones del estado de ánimo, del pensamiento o de la conciencia que alteran de manera aguda y notable su comportamiento y ponen en riesgo su integridad personal y la de los demás». Según la misma fuente, la prevalencia promedio de trastornos psiquiátricos en los servicios de urgencias es de por lo menos el 24% de los pacientes atendidos, e incluyen intentos de suicidio, crisis de angustia, trastornos psicóticos, trastornos depresivos, trastornos de la alimentación y enfermedades psicosomáticas [27].

Sudarsanan *et al.* definen urgencia psiquiátrica como una perturbación aguda del compor-

tamiento, pensamiento o ánimo de un paciente, que si no es tratada puede llevar a daño, sea al individuo o a otros. Esta definición difiere de las demás urgencias médicas en que el daño a la sociedad también es tenido en cuenta. Según el mismo autor, las urgencias psiquiátricas pueden clasificarse como mayores, cuando existe un riesgo para la vida del paciente o de otros, y menores, cuando no hay riesgo vital, pero causan incapacidad severa [33].

Los síntomas y situaciones clínicas que ocasionan una urgencia psiquiátrica consisten principalmente en conductas suicidas, estados de agitación psicomotora, estados de inhibición psicomotora, cambios de comportamiento inexplicables, anormalidades neurológicas e intenso malestar psicológico. Estos síntomas se encuentran dentro de una serie de trastornos psiquiátricos entre los que se resaltan los trastornos psicóticos, el trastorno depresivo mayor, los trastornos bipolares, los trastornos adaptativos, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno por estrés agudo, los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de angustia y el trastorno de conversión. Además de otras situaciones clínicas como el trastorno obsesivo compulsivo, la ansiedad generalizada, las demencias y el *delirium*, también son responsables de crisis psiquiátricas [32, 36, 20].

Como se dijo recién, las principales causas de urgencias en psiquiatría son: las conductas suicidas, debido a su potencial desenlace fatal. También la agresividad que caracteriza a los estados de agitación psicomotora propios de los trastornos psicóticos y de los episodios maníacos. Asimismo las pseudocrisis y otros síntomas conversivos. Como así también los estados de inhibición que pueden encontrarse en pacientes psicóticos o deprimidos, entre otros, también motivan el ingreso a instituciones psiquiátricas. Otro de los motivos frecuentes es el intenso malestar emocional y físico que caracteriza a los trastornos de ansiedad y a las respuestas emocionales al estrés [36, 20].

Los modos de proceder en las urgencias psiquiátricas varían según la gravedad de los síntomas y su repercusión sobre el comportamiento existen urgencias psiquiátricas que

pueden ser resueltas en un servicio de atención primaria, ya que el médico que trabaja en estos servicios tiene la capacidad de diagnosticar y tratar trastornos de conversión, crisis de angustia y trastornos de adaptación, entre otros. Sin embargo, los pacientes con intentos de suicidio, agresividad persistente, agitación e inhibición psicomotora suelen requerir su derivación y traslado hacia servicios especializados [32].

El Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUED) del distrito de Cartagena de acuerdo con su manual de procedimiento, tiene entre sus funciones la de servir como intermediario para ubicar en el servicio correspondiente a los pacientes que sean referidos desde los servicios de urgencias de la ciudad. Los pacientes psiquiátricos que se refieren a través del CRUED provienen de los centros de atención primaria o de clínicas generales y tienen como destino las clínicas especializadas en el ramo o los centros habilitados para la atención de complicaciones orgánicas [30].

Está claro que las urgencias psiquiátricas de pacientes derivados a través del CRUED de Cartagena no son el total de personas atendidas en la ciudad por este tipo de situaciones. Parte de las urgencias psiquiátricas pueden ser resueltas por el personal médico de la atención primaria; sólo los casos más complejos requieren internamiento o tratamiento de complicaciones orgánicas. También un paciente puede ser admitido tras consultar directamente en las clínicas especializadas.

Sin embargo, los pacientes psiquiátricos derivados a través del CRUED de Cartagena son atendidos sin restricciones, por tanto, el total de los casos extraídos de la base de datos del CRUED, se constituye en una fuente de información acerca del tipo de urgencias psiquiátricas más frecuentes en la ciudad, proporcionando un panorama amplio y fidedigno acerca del estado de salud mental de la población cartagenera y de sus necesidades en la materia.

El objetivo principal de este trabajo consiste en establecer las características de los pacientes psiquiátricos derivados a través

del CRUED del distrito de Cartagena, comparando entre los motivos de derivación, la edad y sexo de la totalidad de la demanda recibida durante el periodo comprendido entre los años 2012 y 2018, a fin de, a su vez, establecer variables epidemiológicas y clínicas asociadas a las urgencias psiquiátricas remitidas a través del CRUED durante el periodo antes mencionado. Este diagnóstico, además, puede ser útil para el diseño de programas de salud mental basados en datos de la realidad de la población de la ciudad.

Metodología

Para conocer las características de los pacientes psiquiátricos derivados a través del CRUED del distrito de Cartagena de Indias se empleó un estudio descriptivo correlacional de tipo longitudinal de tendencia. Este tipo de diseño analiza muestras que abarcan diferentes participantes en cada ocasión, durante periodos de tiempo variables en contextos, monitoreando cambios en la población [13]. El total de la población durante el periodo comprendido entre los años 2012 y 2018 fue de 2717 participantes. Se empleó para el análisis de los datos el programa estadístico SPSS (v. 26) [Statistical Package for the Social Sciences, versión 26] e inicialmente se obtuvo una descripción básica de la muestra empleando medidas de tendencia central en función de las variables sociodemográficas analizadas (género, ciclo vital y año del reporte). Posteriormente, por medio de la prueba no paramétrica de *chi cuadrado*, se analizó si se establecían diferencias significativas entre los motivos de derivación y las variables demográficas (sexo y ciclo vital).

Los datos para este estudio se obtuvieron de la bitácora del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUED) del distrito de Cartagena, Colombia. En esta bitácora se consigna la siguiente información: profesionales encargados de la remisión, fecha de atención; datos del paciente, incluyendo nombre, número de identificación, edad y sexo; seguridad social; signos vitales, puntaje en la escala de Glasgow, diagnósticos, datos clínicos y de laboratorio, centro remitente, servicio solicitado, destino final del paciente y observaciones relevantes.

La muestra estuvo conformada por un 45.9 % de varones y un 54.1 % de mujeres, teniendo una media de edad de 24.8 años (DE = 14.48 años). Con relación a los motivos de derivación, el 25.5 % corresponde a trastornos psicóticos, el 43.45 a intentos de suicidio, el 9.6 % a trastornos del ánimo, el 16.5 % a trastornos por abuso de sustancias y el 5 % a otro grupo de trastornos. Respectos al número de casos atendidos cada año en el CRUED, en el año 2012 se recibieron 255 que equivalen al 9.4 % del total de casos, en el año 2013 se recibieron 298 casos equivalentes al 11 % del total, en el año 2014 se atendieron 147 casos que equivalen al 5.4 % de la muestra, en el año 2015 se recibieron 417 casos que representan 15.3 % del total, en el 2016 se recibieron 308 que corresponden al 11.3 %, en el 2017 se atendieron 563 casos que representan el 20.7 % de la población evaluada y finalmente en el año 2018 se recibieron 729 casos equivalentes a un 26.8 % del total de la población.

Esta investigación se ha ajustado a los criterios éticos en las ciencias de la salud de acuerdo con la legislación existente a nivel internacional y nacional.

Resultados

Los resultados indicados en la figura 1, expresan que de las 1470 mujeres derivadas en el periodo comprendido entre los años 2012 y 2018, el 51.1 % corresponde a intentos de suicidio, el 22.7 % a trastornos psicóticos, el 11.2 % a trastornos del ánimo, el 9.5 % a trastornos relacionados con sustancias y el 5.5 % a otro tipo de trastornos. De los 1247 hombres derivados en el mismo periodo de tiempo, el 34.4 % de los casos corresponde a intentos de suicidio, el 28.8 % a trastornos psicóticos, el 7.7 % a trastornos del ánimo, el 24.7 % a trastornos relacionados con sustancias y el 4.3 % a otro tipo de trastornos.

Cabe resaltar que la problemática más frecuente en las derivaciones tanto de hombres como de mujeres fue el intento de suicidio, con una ocurrencia mayor del sexo femenino. El segundo motivo de derivación más común fue el de los trastornos psicóticos, distribuyéndose mayoritariamente en los hombres, el tercer motivo de derivación más frecuente fue el de los trastornos relacionados con sustancias, en el que el sexo masculino duplica al femenino. Los otros dos motivos restantes presentan unas proporciones inferiores con distribuciones similares en ambos sexos.

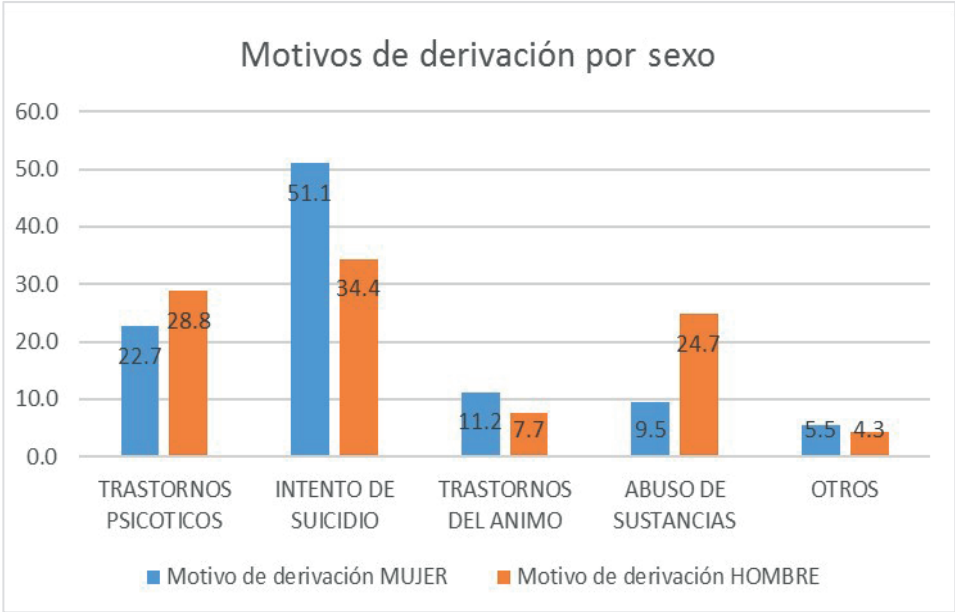


Figura 1. Motivos de derivación por sexo

En la figura 2 está indicada la distribución de los motivos de derivación de acuerdo con el ciclo vital durante el periodo entre 2012 y 2018. En la etapa de primera infancia se derivaron tres casos, dos por intentos de suicidio y uno por consumo de sustancias. En la fase de infancia se derivaron en total 23 casos de los cuales el 43.5 % se debió a intentos de suicidio, el 21.7 % a otros diagnósticos, el 17.4 % a trastornos del ánimo y el 8.7 % a trastornos psicóticos y a trastornos relacionados con sustancias.

En la adolescencia se derivaron en total 756 casos, de los cuales el 58.8 % corresponde a intentos de suicidio, el 20.6 % a trastornos relacionados con sustancias, el 8.2 % a trastornos psicóticos y alrededor del 6 % a trastornos del estado de ánimo y a otros trastornos.

En la etapa de la juventud se registraron en total 711 casos, de los cuales el 46.1 % correspondió a intentos de suicidio, el 23.9 % a trastornos psicóticos, el 19.7 % a trastornos relacionados con sustancias, el 7 % a trastornos del ánimo y el 3.3 % a otro grupo de trastornos.

En la adultez se registraron en total 1108 pacientes, siendo este grupo etario el que aportó mayor número de derivaciones en la población estudiada. El 37.1 % de los casos corresponde a trastornos psicóticos, seguidos por un 33 % de remisiones por intentos de suicidio; 12.7 % por trastornos relacionados con sustancias; 11.8 % por trastornos del ánimo y 5.2 % por otro tipo de trastornos.

En la etapa de la vejez se derivaron 115 casos, de los cuales el 32.7 % corresponde a trastornos psicóticos, el 23 % a remisiones por intentos de suicidio, el 16.8 % a trastornos del ánimo y el 6.2 % a trastornos relacionados con sustancias.

Con los resultados anteriormente mencionados se puede inferir que, en las etapas tempranas del ciclo vital, el motivo de derivación más frecuente es el intento de suicidio, mientras que en las etapas tardías del ciclo vital son los trastornos psicóticos. De igual forma, en estas últimas se observa un decremento del consumo de sustancias.

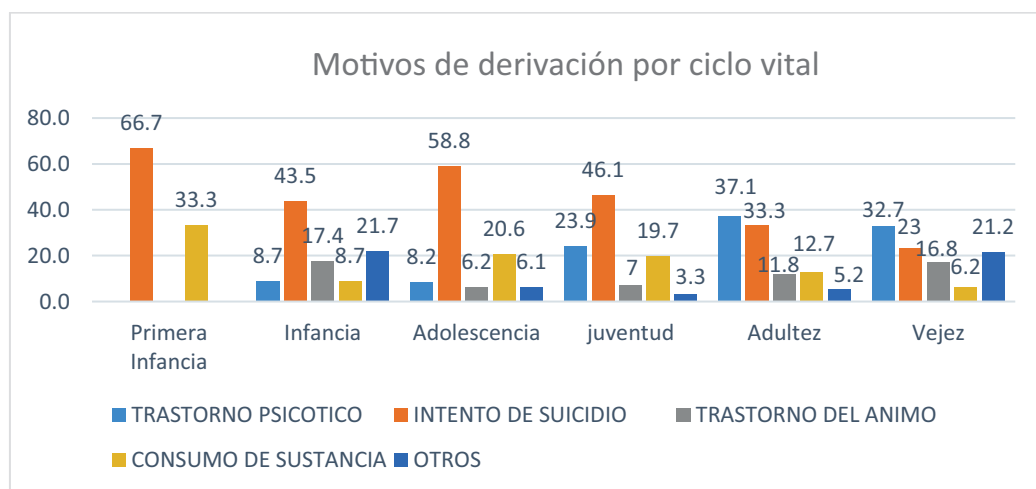


Figura 2. Motivos de derivación por ciclo vital

Como se observa en la figura 3, en el año 2012 se derivaron en total 255 casos, de los cuales el 41.9 % correspondió a intentos de suicidio, el 37.2 % a trastornos psicóticos, el 9.7 % a trastornos del ánimo, el 7 % a trastor-

nos relacionados con sustancias y el 4.3 % a otros diagnósticos. En el año 2013 se derivaron 298 casos, de los cuales, el 38.7 % correspondió a intentos de suicidio, el 29 % a trastornos psicóticos, el 12.1 % a trastornos

del ánimo, el 14.1 % a trastornos relacionados con sustancias y el 6.1 % a otros diagnósticos. En el año 2014 se atendieron 147 casos, distribuidos de la siguiente manera, 40.8 % correspondió a intentos de suicidio, el 26.5 % a trastornos psicóticos, el 6.8 % a trastornos del ánimo, el 15 % a trastornos relacionados con sustancias y el 10,9 % a otros diagnósticos. Durante el año 2015 se derivaron 417 casos, de los cuales el 54.7 % correspondió a intentos de suicidio, el 16.3% a trastornos psicóticos, el 7.9 % a trastornos del ánimo, el 15.3 % a trastornos relacionados con sustancias y el 5.8 % a otros diagnósticos. Durante este año hubo un incremento de los casos derivados por intentos de suicidio y una disminución de derivaciones por diagnósticos de trastornos psicóticos. En 2016 se derivaron 308 casos, de los cuales el 42.3 % correspondió a intentos de suicidio, el 22.9 % a trastornos psicóticos, el 6 % a trastornos del ánimo, el 18.3 % a trastornos relacionados con sustancias y el 10.6 % a otros diagnósticos. En 2017 se derivaron 563 casos, de los cuales el 44.6 % correspondió a intentos de suicidio, el 23.4 % a trastornos psicóticos, el 9.2 % a trastornos del ánimo, el 17.1 % a trastornos relacionados con sustancias y el 5.7 % a otros diagnósticos. Finalmente, en el año 2018 se derivaron 729 casos, de los cuales el 39.6 % correspondió a intentos de suicidio, el 26.2 % a trastornos psicóticos, el 10.4 % a trastornos del ánimo, el 20.4 % a trastornos relacionados con sustancias y el 3.3 % a otros diagnósticos.

En el 2017 se atendieron 563 casos, de los cuales el 44.6 % correspondió a intentos de suicidio, el 23.4 % a trastornos psicóticos, el 9.2 % a trastornos del ánimo, el 17.1 % a trastornos relacionados con sustancias y el 5.7 % a otros diagnósticos. Finalmente, en el año 2018 se derivaron 729 casos, de los cuales el 39.6 % correspondió a intentos de suicidio, el 26.2 % a trastornos psicóticos, el 10.4 % a trastornos del ánimo, el 20.4 % a trastornos relacionados con sustancias y el 3.3 % a otros diagnósticos.

Con respecto a la distribución de los motivos de derivación por año, se puede concluir que la problemática que ocupa el primer lugar en las derivaciones realizadas por el CRUED del distrito de Cartagena es el intento de suicidio, seguidos por los trastornos psicóticos y desde el año 2013 se denota un incremento sustancial de las derivaciones realizadas por trastornos relacionados con sustancias.

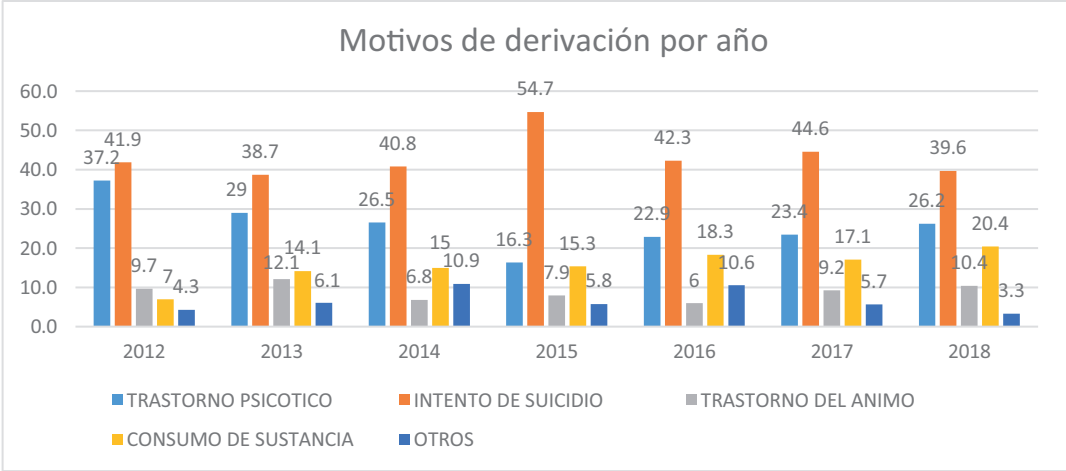


Figura 3. Motivos de derivación por año

Al analizar los resultados de los motivos de derivación en relación con las variables sexo y ciclo vital, se han encontrado diferencias significativas. En cuanto a la primera variable, sexo, los resultados de la prueba *chi cuadrado* fue: 147.032 con 4 grados de libertad y un nivel de $P = .0001$. De acuerdo con el análisis de los datos, como se muestra en la

figura 4, respecto a los trastornos psicóticos se obtuvieron 676 registros, de los cuales el 50.9 % corresponde a al sexo masculino y el 49.1 % al sexo femenino. Con relación a los intentos de suicidio, se obtuvieron 1171 registros, de los cuales el 37.1% corresponde al sexo masculino y el 62.9% al sexo femenino.

En las derivaciones psiquiátricas referentes a los trastornos del ánimo, se obtuvieron 249 registros, de los cuales el 37.3 % corresponde a al sexo masculino y el 62.7% al sexo femenino. En cuanto los trastornos relacionados con sustancias, se registraron 443 casos, de los cuales el 68.8 % corresponde a al sexo masculino y el 31.2 % al sexo femenino. Finalmente, las derivaciones de otros trastornos se registraron 155 casos, de los cuales el 40 %

corresponde a al sexo masculino y el 60 % al sexo femenino.

De lo expuesto anteriormente se puede deducir que, en los motivos de derivación por intentos de suicidio, trastornos del ánimo y otros trastornos psicológicos, la proporción de mujeres afectadas es mayor que la de hombres. Por el contrario, por trastornos relacionados con sustancias, la proporción de hombres supera a la de mujeres.

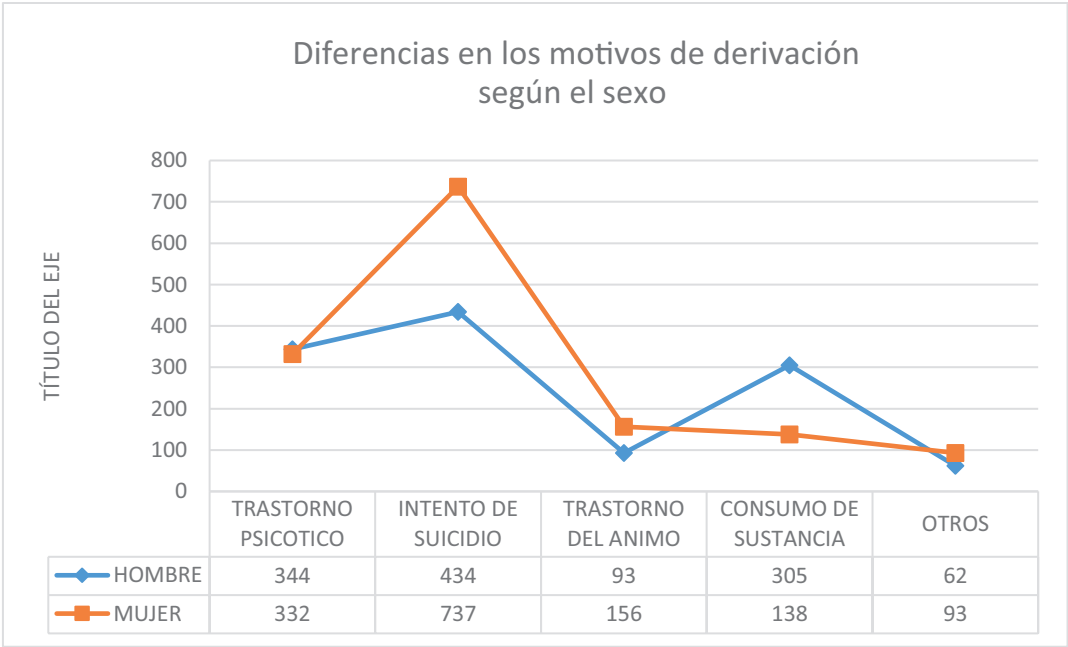


Figura 4. Diferencias en los motivos de derivación según el sexo

El análisis de los resultados respecto a la diferencia del ciclo vital y motivos de derivación, identificó que el valor de la prueba *chi cuadrado* fue: 355.965, con 16 grados de libertad y un nivel de $P= .0001$ Como se expresa en la figura 5 las derivaciones realizadas por trastornos psicóticos fueron 677, de las cuales el 60.4 % corresponde a personas en la etapa de la adultez, el 24.7 % a personas en la etapa de la juventud, el 9.2 % a personas en la etapa de la adolescencia, el 5.5 % a personas en la etapa de vejez, para las etapas de primera infancia e infancia, la proporción de derivaciones no alcanza el

1%. Respecto a los intentos de suicidio se reportaron 1171 casos, de los cuales el porcentaje mayor está representado en la adolescencia con un 37.8 %, le sigue la etapa de la adultez con 31.3 %, la juventud con un 27.6 %, la vejez, con un 2.2 % y un 1.1 % en la infancia. Con respecto a los trastornos del ánimo, se realizaron 249 derivaciones, de las cuales el 52.2 % corresponde a la etapa de la adultez, un 19.7 % a la juventud, un 18.9 % a la adolescencia, un 7.2 % a la etapa de la vejez y un 1.6% a la infancia. En cuanto a las derivaciones por trastornos relacionados con sustancias, se registraron

443 casos, de los cuales el 35 % corresponde a la etapa de la adolescencia, un 31.6 % a la adultez, un 31.2 % a la juventud y porcentaje restante está distribuido entre la primera infancia, la infancia y la vejez. En último lugar, las derivaciones de otros trastornos se registraron 155 casos, de los cuales el 36.8 % corresponde a la adultez, el 29.7 % a la adolescencia, el 15.5 % a la vejez, el 14.8 % a la juventud y el 3.2 % a la etapa de la infancia.

De los resultados anteriormente mencionados, se puede resaltar que, las derivaciones por trastornos psicóticos, trastornos del ánimo y otro grupo de trastornos, tienen una proporción es mayor en la adultez que en las otras etapas del ciclo vital. Mientras que los intentos de suicidio se dan en mayor proporción en los adolescentes y en los jóvenes, correspondiendo a las dos terceras partes del total de las derivaciones por este diagnóstico.

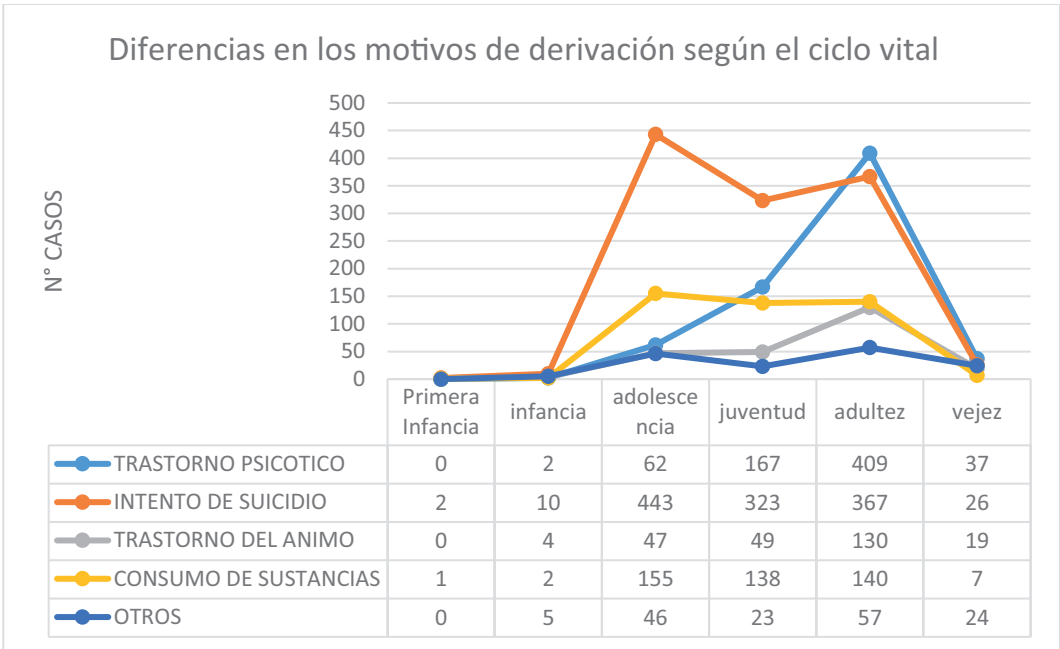


Figura 5. Diferencias en los motivos de derivación según el ciclo vital

Motivos de derivación de pacientes psiquiátricos a través del CRUED en el período analizado: el más frecuente fue el de los intentos de suicidio, seguidos por los trastornos psicóticos, los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos del estado de ánimo. En último lugar se agruparon las situaciones clínicas distintas de las mencionadas (otros).

Discusión

En psiquiatría, el suicidio es la principal emergencia. Se ha estimado que la *ratio* entre los intentos de suicidio y los suicidios

consumados es de 25 a 1. Aunque durante el último siglo se han observado cambios significativos en los índices de suicidio en determinadas subpoblaciones (*v.gr.*, un aumento en adolescentes y un descenso en los ancianos), el índice global se ha mantenido bastante constante, en torno a 12/100 000 durante el siglo XX y la primera década del siglo XXI [32].

De acuerdo con el DSM-5, la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es de entre el .3 y el .7 %, y la prevalencia del trastorno esquizoafectivo a lo largo de la vida es

de .3 %. El texto es menos específico en relación con otros trastornos psicóticos [1]. Según la sinopsis de psiquiatría de Kaplan & Sadock la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es de alrededor de un 1 % y la del trastorno esquizoafectivo de entre .5% y .8% [31].

Tomando en cuenta que los trastornos del estado de ánimo son más frecuentes en la población general que los trastornos psicóticos, resulta llamativo que los primeros hayan sido menos frecuentes como motivos de remisión. Una explicación, al menos parcial, puede encontrarse en que los episodios depresivos suelen ser motivos frecuentes de conductas suicidas, lo que puede originar un sesgo en la interpretación de los datos. Sin embargo, los trastornos psicóticos y los trastornos relacionados con sustancias también se relacionan con conductas suicidas, por lo que la explicación no es completamente satisfactoria. Por otra parte, los cuadros de agitación psicomotora que con frecuencia se presentan durante los episodios maníacos también deberían aumentar el porcentaje de derivaciones por trastornos del estado de ánimo.

El trastorno depresivo mayor es un problema de salud pública importante que se caracteriza por ánimo bajo e interés disminuido en la mayoría de las actividades cotidianas [1]. Se estima que a nivel global por lo menos 350 millones de personas de todas las edades experimentan depresión [37]. Este número puede ser conservador debido al subregistro y a la falta de búsqueda de atención por parte de los pacientes [22]. La prevalencia de vida de la depresión es de 16.2 y la prevalencia a 12 meses es de 6.6 % de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [15]. De acuerdo con la sinopsis de psiquiatría de Kaplan & Sadock, la depresión mayor tiene la prevalencia más alta a lo largo de la vida (casi un 17 %) entre todos los trastornos psiquiátricos. La tasa de prevalencia a lo largo de la vida es de 5-17 % [31].

De acuerdo con el DSM-5, la prevalencia de vida del trastorno bipolar I es de 1 % en ambos sexos. La prevalencia durante 12 meses en 11 países fue del 0 al .6 %. La prevalencia durante 12 meses en los EE UU es

de .6 % [1]. El trastorno bipolar I es más frecuente en los países ricos que en los países pobres (1.4 % vs. .7 %) [15]. En EE.UU la prevalencia combinada de los trastornos bipolar I, bipolar II y bipolar sin especificar es del 1.8 %, mientras que en muestras no estadounidenses es de 2.7 % [1]. De acuerdo con Kaplan & Sadock, la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno bipolar I es de 0-2.4%, la del trastorno bipolar II es de .3-4.8 % y la del trastorno ciclotímico es de .5-6.3 % [31].

De acuerdo con el informe mundial sobre las drogas de 2017 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), se calcula que unos 250 millones de personas (alrededor del 5 % de la población adulta mundial) consumieron sustancias por lo menos una vez en 2015. De éstos, 29.5 millones (.6 %) de la población mundial padecen trastornos provocados por sustancias [23].

Según el Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) el consumo de sustancias psicoactivas en el país es un problema crítico, no solo por el aumento sistemático que señalan los estudios disponibles, sino porque sus características lo hacen un asunto complejo con serias repercusiones en la salud pública y en lo social, el consumo de drogas ilícitas está creciendo en el país no solo porque más personas las consumen sino porque el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso. Al igual que en el resto del mundo, en Colombia la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo, seguida por la cocaína clorhidrato, el basuco (pasta básica de cocaína) y el éxtasis. Del total de consumidores de drogas ilícitas en el último año, el 87% consume marihuana. No obstante, no se debe desestimar el consumo de ninguna sustancia, pues drogas con bajas prevalencias, como la heroína y el basuco, tienen altos impactos en la salud pública [10].

Cogollo y Gómez buscaron determinar la prevalencia y los factores asociados al consumo de sustancias ilegales en adultos de Cartagena, Colombia, mediante un estudio analítico transversal, en el que participaron 609 personas con edades entre 18 y 49 años, con una media de 29.7 años.

Encontraron que el 18.4 % de los participantes informó el consumo de alguna sustancia ilegal alguna vez en la vida. El consumo de sustancias ilegales se relacionó con fumar diario, disfunción familiar, ser de sexo masculino, baja autoestima, consumo problemático de alcohol y tener menor religiosidad [7].

Por otra parte, Poremski *et al.* encontraron que los trastornos psicóticos, depresivos, adaptativos y de personalidad fueron los motivos de consulta más frecuentes entre los consultantes frecuentes en un servicio de urgencias psiquiátricas [26].

Motivos de derivación y sexo de los pacientes remitidos a través del CRUED de Cartagena: los intentos de suicidio fueron más frecuentes en mujeres que en hombres, los trastornos psicóticos fueron más frecuentes en hombres, los trastornos relacionados con sustancias fueron más frecuentes en hombres y los trastornos del estado de ánimo fueron más frecuentes en mujeres. Los trastornos incluidos en la categoría de otros fueron más frecuentes en mujeres.

En relación con el sexo de los pacientes remitidos por presentar conductas suicidas, se apreció una relación de 3 intentos de suicidio en mujeres por cada 2 en hombres. Esta relación es diferente de la habitualmente mencionada en la literatura científica, en la que se describe una relación de 3 a 4 intentos de suicidio en mujeres por cada intento en hombres. Una explicación parcial puede encontrarse en el hecho de que los intentos de suicidio fueron más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes. La impulsividad, la inestabilidad y el pobre control de la ira, características que se han utilizado como argumento a favor de que los intentos de suicidio sean más frecuentes en mujeres que en hombres, son hallazgos frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos.

En relación con el sexo de los pacientes derivados por padecer trastornos psicóticos, éstos fueron más frecuentes en hombres que en mujeres. En realidad, no existe marcada diferencia global en la prevalencia de los trastornos psicóticos en relación con el sexo,

aunque el trastorno esquizoafectivo depresivo es más frecuente en mujeres que en hombres [31]. Sin embargo, en el contexto de los trastornos psiquiátricos la agresividad es más frecuente en hombres que en mujeres, lo que podría explicar la diferencia [8, 5, 2]. Situaciones como la agitación psicomotora y la agresividad suelen ser móviles inaplazables para consultar a un servicio de urgencias.

Respecto al sexo de los pacientes derivados por trastornos del estado de ánimo, éstos fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres, lo que coincide con la epidemiología de estas situaciones clínicas [32]. Aunque el trastorno bipolar I se presenta con igual frecuencia en hombres y mujeres, el trastorno bipolar II y el trastorno depresivo mayor son más frecuentes en mujeres que en hombres, lo que explicaría la diferencia anotada [32].

Motivos de derivación y ciclo vital derivados a través del CRUED distrital: los intentos de suicidio fueron, por mucho, el principal motivo de derivación en los pacientes de la primera infancia, la infancia, la adolescencia y la juventud. Por otra parte, los trastornos psicóticos fueron el motivo de remisión más frecuente en la adultez y la vejez. Esta distribución coincide con la mayor tendencia a los intentos de suicidio en los segmentos más jóvenes de la población [11].

El principal motivo de derivación en la primera infancia fue el intento de suicidio, seguido por los trastornos relacionados con sustancias. En este rango de edad no se reportaron otros motivos de derivación. El principal motivo de derivación en la infancia fue el intento de suicidio, seguido por la categoría de otros trastornos, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos y los trastornos relacionados con sustancias. En la adolescencia, el principal motivo de derivación fue el intento de suicidio, seguido por los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos del estado de ánimo y la categoría de otros trastornos. En la juventud, el principal motivo de derivación fue también el intento de suicidio, seguido por los trastornos psicóticos, los trastornos relacionados con sustancias, los

trastornos del estado de ánimo y la categoría de otros trastornos. En síntesis, el principal motivo de derivación en las personas con menos de veintiocho años es el intento de suicidio.

Con más de 800.000 muertes por suicidio cada año y muchos intentos diarios, el suicidio y las conductas relacionadas constituyen un grave problema de salud pública a nivel global [9, 38]. Se ha planteado que las personas que intentan el suicidio y aquellas que realmente mueren por suicidio son diferentes poblaciones con distintas características [4, 14, 28], aunque habría un grado de superposición según las variables consideradas [3, 18, 25]. Además, los intentos de suicidio incrementan el riesgo de consumarlo [38, 6, 12, 29, 35].

Por tanto, las variables relacionadas con los suicidios consumados pueden ser útiles en la interpretación de los intentos de suicidio, sobre los que existe menor información o un subregistro [21].

La prevalencia a lo largo de la vida de los intentos de suicidio es de 2.7 % [37, 9]. La presencia de suicidio se incrementa durante la adolescencia y continúa en aumento durante la adultez temprana [11], lo que coincide con los resultados del presente estudio en cuanto a los intentos de suicidio respecto al ciclo vital. Sin embargo, se ha descrito que las mayores tasas de suicidio se presentan en las personas mayores [17], lo que contrasta con lo encontrado en el presente estudio, ya que la mayor frecuencia de conductas suicidas se aprecia en los segmentos más jóvenes de la población.

El principal motivo de derivación en la adultez fue el de los trastornos psicóticos, seguidos por los intentos de suicidio, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos del estado de ánimo y la categoría de otros trastornos.

En la etapa de la vejez los principales motivos de derivación fueron los trastornos psicóticos, seguidos por los intentos de suicidio, la categoría de otros trastornos, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos relacionados con sustancias.

Respecto a los motivos de derivación con relación con cada uno de los años investigados en el presente estudio, el intento de suicidio fue el principal motivo de derivación en todos los años. Los trastornos psicóticos fueron el segundo motivo de derivación en todos los años. Los trastornos relacionados con sustancias fue el tercer motivo de derivación en todos los años, excepto 2012. Los trastornos del estado de ánimo fue el cuarto motivo de derivación en 2012, 2013, 2015, 2017 y 2018, mientras que la categoría de otros trastornos ocupó el cuarto lugar en 2014 y 2016. Estos hallazgos coinciden con lo discutido en los párrafos anteriores respecto a la frecuencia de los diferentes motivos de derivación anotados.

En síntesis, en relación con la edad, el mayor porcentaje de los pacientes derivados a través del CRUED de Cartagena durante el período comprendido entre 2012 y 2018 estuvo representado por jóvenes y adolescentes. El principal motivo de derivación fue el intento de suicidio, que también fue más frecuente en jóvenes y adolescentes. La diferencia entre los sexos en cuanto a la distribución de los intentos de suicidio no fue tan marcada como se ha descrito tradicionalmente, aunque sí se presentó un mayor porcentaje de intentos en las mujeres que en los hombres. Finalmente, los resultados no variaron a lo largo de los años, lo que le confiere confiabilidad al estudio.

Los pacientes derivados a través del CRUED de Cartagena provienen en su mayoría de los centros de atención primaria y los hospitales y clínicas generales de la ciudad. En estos lugares se les presta la atención inicial de urgencias, incluyendo las alteraciones del comportamiento y las complicaciones físicas (por ejemplo, heridas e intoxicaciones). Sin embargo, el médico general que labora en un servicio de urgencias en atención primaria o el especialista que labora en un hospital cuenta con los conocimientos para resolver las complicaciones somáticas y lograr la estabilización psiquiátrica inicial del paciente. En los casos que estén en riesgo la seguridad de éste o de terceros, se hace necesaria la remisión a servicios especializados donde pueda garantizarse el tratamiento. En Cartagena

estos servicios son clínicas que consisten básicamente en unidades de pacientes psiquiátricos agudos.

Debe resaltarse que los centros de atención primaria, los hospitales y clínicas generales de Cartagena cuentan con la capacidad para brindar atención inicial y estabilización de complicaciones somáticas a pacientes, entre los que destacan adolescentes y adultos jóvenes, incluyendo aquellos remitidos por intentos de suicidio.

Limitaciones del presente estudio: la principal debilidad está dada por la carencia del diagnóstico psiquiátrico (si lo hubiere) de quienes intentaron el suicidio. Tal situación puede conducir a un sesgo en cuando al porcentaje de pacientes derivados por otros motivos; v. g. trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, tampoco es suficiente para explicar el bajo índice de remisiones de pacientes con diagnósticos dentro de esta categoría.

Tampoco está claro por qué la diferencia entre sexos en relación con los intentos de suicidio no es tan marcada como habitualmente se describe. Se necesitan más estudios para explicarlo.

La principal fortaleza de este estudio está en el hecho de que los pacientes psiquiátricos derivados a través del Centro Regulador de

Urgencias, Emergencias y Desastres del Distrito de Cartagena son atendidos sin importar de dónde provenga la solicitud (barrio, estrato social, modalidad de afiliación al sistema de salud, etc.), con lo que se obtiene una muestra sin sesgos. En términos cualitativos, la población de pacientes psiquiátricos derivados y atendidos a través del CRUED de Cartagena representa fielmente cuales son los principales y más graves problemas de salud mental de la ciudad. La aseveración anterior tiene validez al menos refiriéndonos a aquellas situaciones clínicas de personas que con mayor frecuencia se convierten en objeto de atención en los servicios de urgencias y de cuidados intensivos. Aunque estos pacientes representan sólo una fracción del total de personas atendidas en las clínicas psiquiátricas, el CRUED de Cartagena tiene entre sus funciones la de servir como responsable de la derivación de los pacientes psiquiátricos de mayor gravedad y en estado de peligro para sí mismos o para los demás. Así, la información relacionada con la derivación de pacientes psiquiátricos y su interpretación arroja indicadores reales acerca del estado de salud mental en la ciudad de Cartagena, y permite un seguimiento cercano y continuo, lo que a su vez facilita el diseño y la ejecución de programas de salud mental basados en datos de circunstancias reales y de medición objetiva.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, Dos Santos RM, Gomes Júnior VP, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(2):153-67. PMID: 30540028 DOI: 10.1590/1516-4446-2018-0163
3. Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: Two populations or one? *Psychol Med*. 2001;31(5):837-45. PMID: 11459381 DOI: 10.1017/s0033291701003889
4. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(12):1617-28. PMID: 20816034 DOI: 10.4088/JCP.08m04967blu
5. Chaput Y, Beaulieu L, Paradis M, Labonte E. Aggressive behaviors in the psychiatric emergency service. *Open Access Emerg Med*. 2011;3:13-20. PMID: 27147847 DOI: 10.2147/OAEM.S14307
6. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(3):257-65. PMID: 17464707 DOI: 10.1080/00048670601172749
7. Cogollo Milanés Z, Gómez-Bustamante E. Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias ilegales en adultos de

- Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Psiquia*. 2011;40(4):723-33. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcpv/v40n4/v40n4a10.pdf>
8. Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric inpatient aggression. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127(4):255-68. PMID: 23289890 DOI: 10.1111/acps.12053
 9. Dendup T, Zhao Y, Dorji T, Phuntsho S. Risk factors associated with suicidal ideation and suicide attempts in Bhutan: An analysis of the 2014 Bhutan STEPS Survey data. *PLoS One*. 2020;15(1):e0225888. PMID: 31999708 DOI: 10.1371/journal.pone.0225888
 10. Gobierno de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia. Reporte de Drogas de drogas de Colombia 2017. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho; 2017.
 11. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 2012; 379(9834):2373-82.
 12. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81. PMID: 19376453 DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X
 13. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio Mdelp. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México DF: McGraw Hill – Interamericana; 2014.
 14. Jordans M, Rathod S, Fekadu A, Medhin G, Kigozi F, Kohrt B, et al. Suicidal ideation and behaviour among community and health care seeking populations in five low- and middle-income countries: A cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(4):393-402. PMID: 28202089 DOI: 10.1017/S2045796017000038
 15. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095-105. PMID: 12813115 DOI: 10.1001/jama.289.23.3095
 16. Khan AG, Rahman R, Ansari M, Hayder Z, Hussain M. Pattern of Psychiatric Emergencies at Tertiary Care Hospital in Karachi. *J Pak Psychiatr Soc*. 2010;7(1):37-41. Available from: http://www.jpss.com.pk/article/patternofpsychiatricemergenciesattertiarycarehospitalinkarachi_2399.html
 17. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:307-30. PMID: 26772209 DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
 18. Liu BP, Liu X, Jia CX. Characteristics of suicide completers and attempters in rural Chinese population. *Compr Psychiatry*. 2016;70:134-40. PMID: 27624433 DOI: 10.1016/j.comppsych.2016.07.005
 19. Lommel KM, Meadows AL, Chopra N, Thompson S. Chapter 49: Psychiatric Emergencies. In: Stone CK, Humphries RL. *Current Diagnosis & Treatment: Emergency Medicine*. 8th ed. McGraw-Hill; 2017.
 20. Mehl-Madrona LE. Prevalence of psychiatric diagnoses among frequent users of rural emergency medical services. *Can J Rural Med*. 2008;13(1):22-30. PMID: 18208649
 21. Mejías-Martín Y, Luna del Castillo JD, Rodríguez-Mejías C, Martí-García C, Valencia-Quintero JP, García-Caro MP. Factors Associated with Suicide Attempts and Suicides in the General Population of Andalusia (Spain). *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):4496. PMID: 31739626 DOI: 10.3390/ijerph16224496
 22. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851-8. PMID: 17826170 DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9
 23. Naciones Unidas; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [Internet]. Informe Mundial sobre las Drogas 2017. Naciones Unidas; mayo de 2017. Disponible en: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf
 24. Pajonk F-G, Schmitt P, Biedler A, Richter JC, Meyer W, Luiz T, Madler C. Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings. *Gen Hosp Psychiatr*. 2008;30(4):360-6. PMID: 18585541 DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2008.03.005
 25. Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Giró M, Llorens M, Cebriá Meca A, et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *J Affect Disord*. 2013;150(3):840-6. PMID: 23623420 DOI: 10.1016/j.jad.2013.03.013
 26. Poremski D, Wang P, Hendriks M, Tham J, Koh D, Cheng L. Reasons for Frequent Psychiatric Emergency Service Use in a Large Urban Center. *Psychiatr Serv*. 2020;71(5):440-6. PMID: 31996113 DOI: 10.1176/appi.ps.201800532
 27. Posada-Villa JA. Urgencias psiquiátricas. En: Ministerio de la Protección Social Viceministerio de Salud y Bienestar; R. de Colombia. Guías para manejo de urgencias

- Tomo III. 3ª ed. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2009. p.217-21
28. Posporelis S, Paspali A, Takayanagi Y, Sawa A, Banerjea P, Kyriakopoulos M. Demographic and clinical correlates of suicidality in adolescents attending a specialist community mental health service: A naturalistic study. *J Ment Health*. 2015;24(4):225-9. PMID: 26203534 DOI: 10.3109/09638237.2015.1022249
 29. Ribeiro JD, Joiner TE. The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *J Clin Psychol*. 2009;65(12):1291-9. PMID: 19827114 DOI: 10.1002/jclp.20621
 30. Rodríguez Manota T, Cruz Quintero A. Manual de Procedimientos. Cartagena: Centro Regulador de Urgencias CRUED; 2013.
 31. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry. 11th ed. Philadelphia. Wolters Kluwer Health; 2015.
 32. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Psychiatric emergencies in adults. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015. p.774-85.
 33. Sudarsanan S, Chaudhury S, Pawar AA, Salujha SK, Srivastava K. Psychiatric Emergencies. *Med J Armed Forces India*. 2004;60(1):59-62. PMID: 27407580 DOI: 10.1016/S0377-1237(04)80162-X
 34. Too LS, Pirkis J, Milner A, Spittal MJ. Clusters of suicides and suicide attempts: Detection, proximity and correlates. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(5):491-500. PMID: 27278418 DOI: 10.1017/S2045796016000391
 35. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010;117(2):575-600. PMID: 20438238 DOI: 10.1037/a0018697
 36. Wise-Harris D, Pauly D, Kahan D, de Bibiana JT, Hwang SW, Stergiopoulos V. "Hospital was the only option": experiences of frequent emergency department users in mental health. *Adm Policy Ment Health*. 2017;44(3):405-12. PMID: 26961781 DOI: 10.1007/s10488-016-0728-3
 37. World Health Organization [Internet]. Depression (fact sheet no. 369). 2021. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
 38. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564779>