



Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental

Description of the risk factors for relapse in patients diagnosed with severe mental disorders
Descrição dos fatores de risco para recaída em pacientes com diagnóstico de transtorno mental

Martha L. Caycedo B¹, Sandra Herrera², Karim Offir Jiménez³

Recibido: 06 de diciembre de 2010 • Aceptado: 07 de abril de 2011

Para citar este artículo: Caycedo ML, Herrera S, Offir-Jiménez K. Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental. Rev. Cienc. Salud 2011; 9 (2): 141-158.

Resumen

Objetivo: El objetivo del presente artículo es socializar los resultados de la investigación realizada respecto a la descripción de la población atendida en instituciones de salud mental que tienen recaídas por enfermedad mental, así como el proceso de identificación de los factores de riesgo en pacientes diagnosticados con trastorno mental severo que presentan recaídas. Para este fin se realizó un estudio descriptivo exploratorio multicéntrico, multietápico y epidemiológico en pacientes hospitalizados en las instituciones de salud mental de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios (OHSJD) que presentan recaídas con diagnóstico de trastorno mental severo. Este estudio surge a partir de un trabajo en red de los profesionales de psicología de la OHSJD a nivel nacional. **Materiales y métodos:** La muestra poblacional fue de 1005 pacientes con diagnósticos de trastornos mentales severos que hubieran presentando recaídas durante el último año. En el estudio, se realizó en primera instancia la caracterización de la población en general y luego por centros, teniendo en cuenta similitudes y diferencias encontradas de acuerdo a las variables clínicas y sociodemográficas. **Resultados:** Los factores de riesgo importantes para recaídas en pacientes diagnosticados con trastornos mentales severos encontrados fueron: la edad entre los 38 y los 58 años, sexo femenino, solteras, bachilleres, desempleadas, con prevalencia del diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, número de ingresos entre 2 y 10, número de medicamentos a su egreso 2 a 6, con dificultades severas en la relación con los otros, con dificultades en la adherencia al tratamiento. Además, se encontró que estos pacientes requieren de un cuidador y que el número de intervenciones psicológicas recibidas son limitadas, y se identificó cómo el sistema de creencias influye frente a la enfermedad y en la pobre adherencia al tratamiento. **Conclusiones:**

¹ Gestora Servicios asistenciales; Coordinadora de psicología, Clínica Nuestra Señora de la Paz, Clínica San Juan de Dios de Chía; Coordinadora de la Red de Psicólogos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios; docente e investigadora. may_cay@hotmail.com

² Psicóloga; Coordinadora de Psicología, Clínica San Juan de Dios de Chía; miembro activo de la Red de Psicólogos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. sandyhersa@gmail.com

³ Psicóloga; Clínica Nuestra Señora de la Paz; Presidente Unidad Colegial San Juan de Dios; miembro activo de la Red de Psicólogos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. karimoffir@hotmail.com

Estos resultados señalan que se requiere del diseño de estrategias de intervención en equipo terapéutico, que van desde la evaluación en equipo (inicio), definición de planes de acción terapéutica (durante) y el seguimiento posthospitalización (egreso). Existe una pobre red de apoyo y limitada adherencia al tratamiento integral.

Palabras clave: *Recurrencia, hospitalización, enfermedad mental.*

Abstract

Objective: The objective of this paper is to describe the population served in mental health institutions for mental illness relapse, and the process of identifying risk factors in relapsing patients diagnosed with severe mental illness. To this end a descriptive exploratory multicenter, multistage epidemiological study was carried out in mental health institutions of the Order of San Juan de Dios Hospital (OHSJD) with hospitalized relapsing patients with a diagnosis of severe mental disorder. This study comes from a working network of Psychology professionals in the OHSJD nationwide. *Materials and methods:* The population sample was of 1005 patients diagnosed with severe mental disorders, who had presented relapse during the last year. First, the characterization of the general population was conducted; then, it was narrowed down to the centers, taking into account similarities and differences found according to the clinical and demographic variables. *Results:* Major risk factors for relapse found in patients diagnosed with severe mental disorders were: having between 38 and 58 years of age, being female, single, graduates, unemployed, with a prevalence of bipolar affective disorder diagnosis, number of hospitalizations between 2 and 10, number of drugs at the time of leaving hospital 2 to 6, with severe difficulties relating with others and difficulties in adherence to treatment. The need for a caregiver was also found, as well as a limited number of received psychological interventions. How the system of beliefs affects the disease and the poor adherence to treatment was identified. *Conclusions:* These results indicate the requirement of a design of team intervention strategies, ranging from the assessment team (home), definition of therapeutic action plans (for) and the posthospitalización (egress) following. There is a poor support network and limited adherence to comprehensive treatment.

Keywords: *Recurrence, hospitalization, mental disorders.*

Resumo

Objetivo: O objetivo do presente artigo é socializar os resultados da pesquisa realizada em relação à descrição da população atendida em instituições de saúde mental que têm recaídas por enfermidade mental, assim como o processo de identificação dos fatores de risco em pacientes diagnosticados com transtorno mental severo que apresentam recaídas. Para esta finalidade realizou-se um estudo descritivo exploratório multicêntrico, multietápico e epidemiológico em pacientes hospitalizados nas instituições de saúde mental da Ordem Hospitalaria San Juan de Dios (OHSJD) que apresentam recaídas com diagnóstico de transtorno mental severo. Este estudo surge a partir de um trabalho em rede dos profissionais de psicologia da OHSJD no nível nacional. *Materiais e métodos:* A amostra populacional foi de 1005 pacientes com diagnósticos de transtornos mentais severos, que tivessem apresentado recaídas durante o último ano. No estudo, realizou-se em primeira ins-

tância a caracterização da população em geral e depois por centros, tendo em conta similitudes e diferenças encontradas de acordo às variáveis clínicas e sociodemográficas. *Resultados:* Os fatores de risco importantes para recaídas em pacientes diagnosticados com transtornos mentais severos encontrados foram: a idade entre os 38 e 58 anos, sexo feminino, solteiras, bacharéis, desempregadas, com prevalência do diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, número de ingressos entre 2 e 10, número de medicamentos no seu egresso 2 a 6, com dificuldades severas na relação com os outros, com dificuldades na aderência ao tratamento. Além disso, encontrou-se que estes pacientes requerem de um cuidador e que o número de intervenções psicológicas recebidas é limitado, e se identificou como o sistema de crenças influi à frente da enfermidade e na pobre aderência ao tratamento. *Conclusões:* Estes resultados assinalam que se requiere o desenho de estratégias de intervenção em equipe terapêutica que vão desde a avaliação em equipe (inicio), definição de planos de ação terapêutica (durante) e o seguimento após hospitalização (egresso). Existe uma pobre rede de apoio e limitada aderência ao tratamento integral.

Palavras chave: *Recorrência, hospitalização, enfermidade mental.*

Introducción

Este estudio surge de la necesidad de establecer y describir los factores de riesgo asociados a la aparición de los diferentes trastornos mentales, con la finalidad última de prevenir su desarrollo en la población, así como determinar su incidencia y prevalencia, por lo que constituye una aproximación epidemiológica al tema. El estudio de las recaídas ha sido abordado en diversas ocasiones por parte de los investigadores que trabajan en el ámbito de la epidemiología, según distintos puntos de vista. Algunos autores estudian la probabilidad de transición entre los diferentes estados, de salud a trastorno y viceversa, mientras que otros intentan determinar cuáles son los factores que llevan a los individuos a recaer en su trastorno, realizando un análisis a partir de técnicas estadísticas clásicas. También se ha propuesto la aplicación de técnicas de análisis multivariantes, como el análisis discriminante, el análisis de supervivencia y la regresión logística, entre otros.

Este estudio intenta identificar y describir los factores de riesgo de recaída que sufren los pacientes con diagnósticos de trastornos mentales, según variables clínicas y sociode-

gráficas, y en él se analizan las debilidades y fortalezas desde la definición del diagnóstico y su intervención, partiendo en un primer momento de la aplicación de métodos estadísticos clásicos para el análisis.

Así mismo, a partir de estos resultados se busca proponer estrategias terapéuticas integrales respecto al manejo de los factores de riesgo intervenibles asociados.

Marco teórico

Antecedentes

El trastorno mental severo ha sido interpretado de muy variadas formas desde comienzos de la historia, de acuerdo a la época y al concepto de salud/enfermedad. Así, en las antiguas civilizaciones se atribuía la enfermedad mental a acciones sobrenaturales (posesión demoníaca, maleficios, efectos de magia, etc.), y para controlarla se utilizaban prácticas de tipo mágico y místico (1).

En el Renacimiento y la modernidad existe una evolución del concepto del trastorno mental severo. Teniendo en cuenta la situación de

abandono y de exilio de los enfermos con trastornos mentales, se fueron creando algunas instituciones cerradas y abiertas destinadas a su cuidado, entre las que cabe mencionar el Hospital Saint-Lazare, organizado por la orden religiosa de San Vicente de Paúl en 1632, y la Clarité de Senlis, fundada por los hermanos de la caridad en 1668. En estos lugares, los pacientes recibían un buen trato y las terapias consistían en ejercicios espirituales, lecturas y algunos contactos controlados con la familia (2).

Es por esto que resalta la labor de Phillippe Pinel, quien en la época de la Revolución francesa liberó a los locos de las cadenas y sentó las bases de la nosología y la asistencia psiquiátrica moderna (3). El tratamiento de Pinel se basó en el modelo moral y la terapia ambiental. Con él se inicia en realidad la psiquiatría moderna, estableciéndose como rama de la medicina dedicada al estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales. Él describía cuatro tipos de locura: la melancolía (alteración del funcionamiento intelectual), la manía (excitación nerviosa excesiva con o sin delirio), la demencia (alteración de los procesos de pensamiento) y la idiocia (obliteración de las facultades intelectuales y de los afectos). La labor emprendida por Pinel fue continuada por Dominique Esquirol, quien da grandes aportes a la clínica, la enseñanza, la legislación y la psiquiatría forense.

Concepto de enfermedad mental

Según la Organización Mundial de la Salud, un trastorno o enfermedad mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamental, en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc., lo que dificulta a la persona su

adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

No es fácil establecer una causa-efecto en la aparición de la enfermedad mental, pues son múltiples y en ella confluyen factores biológicos (alteraciones bioquímicas, metabólicas), factores psicológicos (vivencias del sujeto, aprendizaje) y factores sociales (cultura, ámbito social y familiar) que pueden influir en su aparición.

Concepto de trastorno mental severo

La Organización Mundial de la Salud entiende el término *enfermo mental crónico* como "un extenso y difuso grupo de pacientes que tienen un trastorno mental grave de larga duración". Las diferentes problemáticas de esta población y la heterogeneidad de criterios usados para su definición llevan a encontrar una gama extensa y heterogénea de personas con características y necesidades muy diferentes.

Así mismo, el National Institute of Mental Health define a los enfermos mentales crónicos como "personas heterogéneas que sufren de trastornos psiquiátricos graves, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social y que han de ser atendidas en diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social" (4).

La población con trastorno mental severo incluye a las personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos, como esquizofrenia, trastornos maníaco depresivos, depresiones graves recurrentes, síndrome cerebral orgánico, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria como higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, autoa-



prendizaje, actividades recreativas, de ocio y laborales, y que además limitan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo, muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, con duraciones variables según el caso (5).

Es por lo anterior que se hace necesario plantear una forma diagnóstica clara que logre evidenciar las características bio- y psicosociales en el individuo que evitan el buen pronóstico de su enfermedad mental. Es así que, en 1980, en Estados Unidos, la psiquiatría adoptó como criterios diagnósticos el DSM-III, el cual estaba enfocado en la taxonomía y la nosología de las diferentes entidades. A partir del DSM-III surgieron muchas variaciones en el diagnóstico multiaxial y se observó la necesidad de realizar algunas modificaciones e incluir algunas variables etarias de las poblaciones y algunas variables clínicas. Finalmente surgió el DSM-IV-R, manual que se encuentra en vigencia en la actualidad. Este sistema multiaxial envuelve una clasificación en varios ejes, cada uno de los cuales se refiere a diferentes tipos de información que puede ayudar a organizar el plan clínico de tratamiento y predecir el pronóstico. Existen cinco ejes en la clasificación del DSM-IV:

Eje I: Trastornos clínicos, otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Eje II: Trastornos de la personalidad, retardo mental.

Eje III: Enfermedades médicas.

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V: Evaluación de la actividad global (6).

El uso del sistema multiaxial facilita la evaluación comprensiva y sistemática con la atención sobre varios desórdenes mentales y condiciones médicas generales, sobre problemas psicosocia-

les y problemas ambientales y sobre el nivel de funcionamiento.

La presente investigación se centró en los cuatro primeros ejes de la evaluación multiaxial, variables de estudio de gran relevancia como determinantes en las recaídas de los pacientes.

Conceptos de hospitalización

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis (TMS en adelante) presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica sino que afectan así mismo otros aspectos, como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad.

No debe olvidarse que, aunque se compartan problemas más o menos comunes, éstos se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado, de acuerdo a múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno, y así mismo en función de la atención y servicios que reciben.

El grado de discapacidad y gravedad varía dentro de este grupo, desde situaciones de completa remisión de sintomatología y un nivel de funcionamiento normal, independiente e integrado socialmente, hasta personas en las que la severidad de su psicopatología y el grado de su deterioro personal hacen necesarias una atención intensa y una supervisión constante. También existen personas con recaídas periódicas, las cuales generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento, que requieren no sólo atención y tratamiento psiquiátrico sino también programas de rehabilitación y apoyo social que les permitan recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible (7).

Se encuentra entonces que la población que sufre trastorno mental severo es vulnerable a presentar recaídas y un mayor número de hospitalizaciones, por lo tanto es importante definir algunos conceptos en materia de indicadores de calidad de acuerdo a la circular n.º 00030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia (Supersalud) (8):

Recaída: Una recaída se presenta cuando se da una nueva hospitalización entre los 31 días y los doce meses del egreso.

Se puede definir como una recaída aquella situación en la que un paciente se ve afectado nuevamente por los síntomas de la misma enfermedad.

Para que se dé una recaída, la persona debe haber estado previamente en recuperación de la enfermedad. Una recaída implica tanto para el paciente como para la familia situaciones de sufrimiento, agotamiento emocional y limitaciones para recuperar el funcionamiento global de la persona que padece la enfermedad mental; además, para el sistema de salud representa un aumento de costos, pues implica un ajuste en el tratamiento. A pesar de que la persona esté consciente de su enfermedad, si no identifica los factores de riesgo es muy probable que presente una recaída. Luego de una recaída es más probable que el paciente identifique con mayor claridad qué cosas ha estado haciendo mal. Sin embargo es muy común que en los periodos de recuperación la persona descuide el tratamiento; este es uno de los factores que generan mayor porcentaje de recaídas en la población con enfermedad mental (8).

Reingreso: Nueva hospitalización dentro de los primeros veinte días después del egreso.

Se puede considerar un reingreso como un empeoramiento que experimenta una persona en una enfermedad de la cual estaba presentando una evolución favorable, y que se presenta

durante el periodo de recuperación o de convalecencia de su enfermedad (8).

Rehospitalización en el año: Nueva hospitalización en el periodo de un día a 365 días, sin tener en cuenta el año calendario.

Se presenta cuando la persona con enfermedad mental muestra reactivación de síntomas que requieren nuevamente de un manejo intrahospitalario durante el periodo de recuperación de la enfermedad o aun cuando ya se encuentra en una fase de estabilización de su cuadro clínico (8).

Concepto de factores de riesgo

Como muchas otras enfermedades, las mentales tienen factores de riesgo que pueden prevenirse o reducirse. La comprensión de esos factores de riesgo proporciona un marco para estrategias de fomento de la salud mental y prevención de la enfermedad.

En este sentido, un factor de riesgo puede considerarse como toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad, es decir, hace referencia a relaciones de causalidad (9).

El factor de riesgo se puede determinar con ayuda de los tipos de riesgo y se realiza a través de determinados parámetros:

Riesgo individual: Es la posibilidad que tiene un individuo o un grupo de población, con unas características epidemiológicas de persona, lugar y tiempo definidas, de ser afectado por la enfermedad.

Riesgo relativo: Es la relación entre la frecuencia de la enfermedad en los sujetos expuestos al probable factor causal y la frecuencia en los no expuestos.

Riesgo atribuible: Es parte del riesgo individual que puede ser relacionada exclusivamente con el factor estudiado y no con otros.



Las casas de la OHSJD en Colombia son centros de referencia significativos, ya que atienden a una población amplia en la diversidad de diagnósticos patológicos alusivos a los trastornos mentales severos.

Entre los principales factores de riesgo se encuentran:

- *La predisposición biológica:* Todos los estudios llevan a concluir que las enfermedades mentales tienen componentes genéticos y también ambientales. Unos y otros interactúan para expresar la enfermedad. Ya no cabe duda de que los genes desempeñan una función importante en la génesis y la transmisión de las enfermedades mentales, tanto en la esquizofrenia, la depresión y los desórdenes bipolares. Todo ello sin desconocer los factores ambientales que, cuando se combinan en determinadas circunstancias con los genéticos, terminan por inducir la enfermedad.
- *Las condiciones de vida adversas:* Las situaciones socioeconómicas precarias, el hambre, la desnutrición, el abandono, las vivencias traumáticas como el secuestro, los actos terroristas, el abuso o el maltrato presentan un alto factor de riesgo en el desarrollo de las enfermedades mentales.
- *Estresores familiares:* El soporte emocional que el sujeto experimenta dentro de su sistema familiar es fundamental para un sano desarrollo emocional. Sistemas familiares de características caóticas son determinantes en el desarrollo y mantenimiento de las patologías mentales.
- *Estresores psicosociales:* Las vivencias negativas acumuladas, como las enfermedades físicas, la muerte de un ser querido, el deterioro funcional o la pérdida de independencia, se consideran eventos vitales que generan sobrecarga emocional y por

consiguiente alteran de manera importante el funcionamiento del ser humano.

- *Estresores laborales:* La sobrecarga de trabajo, las situaciones de maltrato o el acoso laboral son considerados factores de riesgo en la prevalencia de las enfermedades mentales.
- *Factores de riesgo medioambientales y sociales:* Situaciones de exclusión y marginación social afectan el desarrollo emocional y la salud mental de cualquier individuo.

Consumo de sustancias psicoactivas y alcoholismo: Las sustancias psicoactivas pueden clasificarse en cuatro grupos principales en función de la forma en que afectan el cerebro: depresores (como el alcohol y los sedantes), estimulantes (como la nicotina y el éxtasis), opiáceos (como la morfina y la heroína) y alucinógenos (como el PCP y el LSD).

Algunos estudios revelan que la dependencia de determinadas drogas es, en gran medida, hereditaria, y se desarrolla por la interacción de determinados genes con otros factores individuales y ambientales. La exposición a las drogas puede afectar más a una persona que tiene predisposición genética a la drogodependencia que a otra que no la tiene.

La drogadicción es más frecuente entre las personas con trastornos mentales que en la población general. Las personas que sufren estos trastornos presentan, por ejemplo, un mayor riesgo de dependencia del alcohol en algún momento de su vida que las personas que no padecen trastorno alguno.

- *Pobre adherencia al tratamiento farmacológico:* Se relaciona con una pobre conciencia de la enfermedad, así como con una pobre percepción de la necesidad de seguimiento de un tratamiento en periodos

intercríticos. Los efectos secundarios son considerados factores con una prevalencia importante en las recaídas de personas con enfermedades mentales (9).

Sistema de salud

El sistema de seguridad social en Colombia es definido en el preámbulo de la reforma de la Ley 100 de 1993:

La Seguridad Social Integral es 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.

En el caso de la salud mental muchos de los usuarios se encuentran bajo el régimen subsidiado de salud (Sisbén),¹ lo cual genera dificultades, ya sean de tipo farmacológico, de control o terapéutico, ya que existen muchos usuarios solicitando los servicios. A su vez, los que poseen el Plan Obligatorio de Salud (POS)² se encuentran amparados con unos servicios de atención básicos en promoción y prevención de la salud, atención de primer nivel y riesgos catastróficos, y poseen una ventaja en el segui-

miento del tratamiento para su trastorno, aunque en las enfermedades de alto costo, como un trastorno mental severo, existen limitaciones.

Lo anterior denota que estas implicaciones convierten el acceso a los servicios de atención en un problema de salud pública, donde gran parte de la población de alto riesgo es vulnerable y no obtiene atención especializada a tiempo. Esto representa posteriormente un alto costo para el Estado, debido a los procesos de rehabilitación e institucionalización en centros de protección.

Metodología

Objetivos

Describir la población atendida en instituciones de salud mental que tienen recaídas por enfermedad mental.

Identificar factores de riesgo en pacientes diagnosticados con trastorno mental severo que presentan recaídas.

Metas

Determinar la incidencia y la prevalencia de los trastornos mentales.

Realizar una aproximación epidemiológica respecto a los factores de riesgo en pacientes diagnosticados con trastorno mental severo que presentan recaídas.

Proponer estrategias terapéuticas integrales respecto al manejo de las recaídas para crear una mayor adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedad mental.

Disminuir el número de recaídas y rehospitalizaciones de los pacientes identificados, mediante la identificación y el manejo de los factores de riesgo intervenibles asociados.

Definición del problema

Pregunta problema

1 Es un sistema de información que permite el ordenamiento de personas y familias de acuerdo con su nivel de estándar de vida o de pobreza, medido por un indicador continuo, y sirve como instrumento para la selección de beneficiarios de subsidios de gasto social en salud, educación, vivienda y bienestar familiar.

2 El Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen contributivo es un conjunto básico de servicios de salud que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben prestar a sus afiliados, siempre y cuando éstos cumplan las obligaciones establecidas para tal efecto.

La pregunta problema que orienta la presente investigación es:

¿Cuáles son los factores de riesgo en los pacientes diagnosticados con trastorno mental severo que presentan recaídas?

Hipótesis

Entre mayor sea el número de hospitalizaciones que en su vida tenga una persona, mayores serán los costos individuales, ya que la hospitalización implica limitaciones en sus diferentes áreas de ajuste y frecuentes incapacidades que afectan de manera importante el funcionamiento del individuo en su ámbito laboral, social y familiar, lo cual interfiere en el desarrollo de un proyecto de vida sano.

Los costos para la familia en cada hospitalización implican asumir roles de cuidador primario, lo que genera agotamiento emocional frente a las dificultades de manejo de la sintomatología en casa; a su vez, el individuo es cada vez más dependiente de su red de apoyo. El efecto de las enfermedades en los cuidadores compromete espacios de tiempo que a su vez afectan el desarrollo de su vida diaria. La experiencia de cuidado conlleva sufrimiento, junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados, mientras para la institución implica mayores costos relacionados con el ajuste del tratamiento, el fenómeno de giro-cama (puerta giratoria), que implica mayores costos de los servicios hospitalarios, y la redefinición de estrategias de manejo dentro del equipo terapéutico.

Método

Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es descriptiva de tipo exploratorio, multicéntrico, multietápico y epidemiológico.

Fase 1

Se realizó el estudio piloto, así como el análisis de datos y su validación (octubre 2005-marzo 2006).

Fase 2

Se realizó la recolección de datos por parte de las diferentes instituciones (abril 2006-marzo 2007).

Fase 3

Se llevó a cabo el análisis, la interpretación y el estudio estadístico de datos.

Fase 4

Se realizó el análisis estadístico y se identificó un perfil de riesgo a partir de la descripción de las variables clínicas y sociodemográficas prevalentes.

Fase 5

Se desarrollará una prueba de eficacia de intervenciones tendientes a disminuir las recaídas en pacientes con diagnóstico de TMS.

Población

Población de referencia: Las instituciones de salud mental de la OHSJD (Sabana, Bogotá, Manizales, Pasto, La Ceja).

Población blanco: Pacientes que fueron hospitalizados en las clínicas de la OHSJD en la Sabana, en Manizales y Pasto, diagnosticados con enfermedad mental, y que han presentado recaídas en el último año.

Población de estudio: 1005 pacientes atendidos por psicología.

Consideraciones éticas

Se tuvieron en cuenta los principios establecidos por la APA para la investigación con humanos y se incluyeron el consentimiento informado por parte de los pacientes objeto de estudio y de los padres para los menores de edad y la confidencialidad de la información. Es importante mencionar que los resultados de la evaluación se manejaron con prudencia y

confidencialidad, y se manejaron los principios bioéticos de la beneficencia y no maleficencia.

Así mismo, se tomó en cuenta la normativa que rige la investigación con seres humanos en Colombia, la cual se encuentra descrita en la Resolución 008430 de 1993.

Instrumentos

- Base de datos con la asignación de variables dicotómicas de tipo ordinal y nominal.
- Recolección manual de datos.
- Descriptor de diagnósticos DSM IV-TR con codificación.
- Clasificación multiaxial con énfasis en comorbilidades.

Variables

Las variables sociodemográficas que se tomaron en cuenta en la investigación fueron: sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

Por su parte, las variables clínicas que se tomaron en cuenta para el estudio fueron: eje I, eje II, eje 3, eje IV, número de ingresos, adherencia al tratamiento, número de intervenciones por psicología y dificultades en el tratamiento.

Métodos de empleo para el análisis de datos

Aplicación de paquete SPSS versión 12, análisis de información y ajustes, medidas de tendencia central y de dispersión y análisis estratificado.

Resultados

Se analizó en primera instancia la caracterización de la población. Para este fin se dividieron las variables en sociodemográficas y clínicas. Dentro de los datos más relevantes se encontraron:

Con respecto al *sexo* se encontró que la mayor prevalencia de la población se encuentra en el

sexo femenino, con un 55%, en comparación con el sexo masculino, con un 45%. Con la variable de *estado civil* hay una mayor prevalencia de la población de solteros, con el 51%, significativa en comparación con la de los casados, con el 23%, los divorciados, con el 12%, y en menor proporción las personas viviendo en unión libre y los viudos, con el 11% respectivamente.

En cuanto a la *edad*, el 60% de la población se encuentra entre los 38 y los 58 años de edad y el 37% se encuentra entre los 5 y los 37 años.

En la variable *ocupación* los resultados señalan que el mayor porcentaje se encuentra desempleado, con un 37%, una cifra significativa en comparación con el 22% de la población que se encuentra en algún tipo de empleo, el 13% que trabaja independientemente, el 10% que se dedica a las labores de casa y el 13% restante que recibe la pensión.

En la variable *escolaridad* los bachilleres son mayoría, con el 42%; el 24% tiene estudios de primaria, el 18% técnicos, el 10% profesionales y sólo el 1% tiene estudios de posgrado. El 5% no ha tenido escolaridad.

Como se evidencia en la tabla 1, se observa que el porcentaje más significativo en la población objeto tiene un diagnóstico en el eje I de trastorno afectivo bipolar, significativo en relación con las demás patologías prevalentes: 15% trastorno depresivo mayor, 12% trastorno esquizoafectivo, 10% esquizofrenia paranoide y 8% TAB manía con síntomas psicóticos, entre otros.

La mayor parte de la población no presentó ningún diagnóstico en el II, con el 83%, en comparación con el porcentaje de los demás diagnósticos encontrados: 4% rasgos de personalidad grupo B, 4% trastorno de personalidad límite, 3% trastorno de personalidad por dependencia, 2% rasgos de personalidad grupo C y 2% retardo mental, entre otros.

Tabla 1. Eje I trastorno psiquiátrico

Diagnóstico en eje I	Porcentaje
Trastorno afectivo bipolar	31%
Trastorno depresivo mayor	15%
Trastorno esquizoafectivo	12%
Esquizofrenia paranoide	10%
TAB manía con síntomas psicóticos	8%
TAB manía sin síntomas psicóticos	4%
Esquizofrenia residual	4%
TAB mixto	3%
TDM recidivante con psicosis	3%
Ninguno	2%

Según los resultados obtenidos, como se muestra en la tabla 3, el porcentaje más significativo de la muestra no presentó ningún diagnóstico en el eje III, con el 76%; los demás diagnósticos fueron: 4% hipotiroidismo, 4% hipertensión, 2% epilepsia y 1% diabetes.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la población, el 33% no presentó ningún tipo de estresor psicosocial, el 32% presentó

problemas de relación no especificado, el 10% problemas paterno-filiales, el 7% problemas conyugales, el 7% baja red de apoyo y el 4% problemas biográficos.

Tabla 2. Eje III trastorno médico

Diagnóstico en eje III	Porcentaje
Ninguno	76%
Otros	13%
Hipotiroidismo	4%
Hipertensión	4%
Epilepsia	2%
Diabetes	1%

En el mayor porcentaje de la población la adherencia al tratamiento es regular, con el 55%, en el 31% la adherencia es mala y sólo el 14% de la población presenta una buena adherencia al tratamiento.

Se evidencia que dentro de las dificultades del tratamiento la de mayor relevancia fue la necesidad de un cuidador, con el 41%. Otras dificultades fueron una mala adherencia al tratamiento relacionado con su sistema de creencias, con el 23%; efectos secundarios del

medicamento, con un 11%, y por problemas económicos, en el 8% de los casos.

En cuanto al número de ingresos, el 33% de las personas presentaron una recaída; el 27%, dos ingresos; el 20%, tres, y el 7%, más de cuatro ingresos.

Se puede observar que el 65% de la población recibe de uno a tres medicamentos a su egreso, mientras el 32% recibe de cuatro a seis, el 2% de siete a diez y el 1% de once a quince.

De una a tres intervenciones de psicoterapia durante su hospitalización recibe el 55% de la

población, mientras el 28% recibe de cuatro a seis, el 9% de siete a diez y el 8% más de diez, en relación con el tiempo de estancia hospitalaria.

Los porcentajes de la evolución de la enfermedad fueron: el 32% de la población la ha desarrollado entre uno y tres años antes, el 23%

en más de veinte años, el 14% entre cuatro y seis años, el 12% entre dieciséis y veinte años, el 10% entre cuatro y siete años y el 9% entre once y quince años.

Posteriormente se realizó un análisis de resultados teniendo en cuenta las diferencias encontradas por centro (tabla 3).

Tabla 3. Variables sociodemográficas

Centro	Variables	Clínica Nuestra Señora de la Paz	Clínica San Juan de Dios de Chía	Clínica San Juan de Dios Manizales	Hospital San Rafael de Pasto
Sexo		366 M - 59%	138 M - 55,2%	47 M - 54%	2 M - 5%
		253 H - 41%	112 H - 44.8%	40 H - 46%	38 H - 95%
Edad		Rango 13 - 73 X: 40 años	Rango 19 - 84 X: 48 años	Rango 7 - 74 X: 38 años	Rango 16 - 68 X: 33 años
Estado civil		Soltero 47%	Soltero 48%	Soltero 47%	Soltero 92%
Escolaridad		Bachillerato: 48%	Primaria: 34% Bachillerato: 32%	Bachillerato: 52%	Primaria: 57%
Ocupación		Empleado: 31% desempleado: 32%	Desempleado: 47,2%	Desempleado: 51,2%	Independiente: 55%

En los resultados comparativos por centro (tabla 3) se encuentran diferencias significativas de sexo en el Hospital San Rafael de Pasto, donde la población que presentó un mayor número de recaídas fue la masculina, con el 95%, en comparación a la femenina, con el 5%. En los demás centros las mujeres presentan un porcentaje superior a la media.

El rango promedio de edad en los diferentes centros se encuentra ubicado en la adultez media; en la variable *estado civil* se encontró que en los diferentes centros prevalece la soltería; la mayoría de la población en los centros de La Paz y Manizales son bachilleres, mientras que en los centros de San Juan de Dios de Chía y el Hospital San Rafael de Pasto la población que prevalece tiene estudios de básica primaria; en cuanto a la variable *ocupación* se encuentran similitudes en los centros de La Paz, San Juan de Dios de Chía y Manizales, donde las personas desempleadas son mayoría, en comparación con el Hospital San Rafael de Pasto, donde se

encuentra un mayor porcentaje de personas con ocupación independiente.

En los resultados comparativos por centro, en las variables clínicas (tabla 4) se encuentra que en cuanto a diagnóstico en eje I la patología con mayor prevalencia es el trastorno afectivo bipolar en los centros de La Paz, San Juan de Dios de Chía y San Juan de Dios de Manizales, mientras que en el Hospital San Rafael de Pasto el diagnóstico con mayor prevalencia –en las personas que han presentado recaídas– es la esquizofrenia paranoide.

En el eje II se observan similitudes en los diferentes centros, donde el mayor porcentaje de la población objeto de estudio no presentó ninguna patología. Existe un porcentaje bajo para las patologías encontradas en el eje II, con diferencias entre los diferentes centros: rasgos grupo B fue la patología que más se presentó en la Clínica Nuestra Señora de la Paz, trastorno de personalidad de tipo límite fue la de mayor prevalencia en la Clínica San Juan de Dios de

Tabla 4. Variables clínicas

Centro	Variables	Clínica Nuestra Señora de la Paz	Clínica San Juan de Dios de Chía	Clínica San Juan de Dios Manizales	Hospital San Rafael de Pasto
Eje I	TAB 34%		TAB 25% trastorno esquizoafectivo 15,6%	TAB 65%	Esquizofrenia paranoide 22,5%
Eje II	Sin dx 77,4% 4% rasgos grupo b		Sin dx 93% 0,5% trastorno de personalidad de tipo límite	Sin dx 73,6% 6% % trastorno de personalidad de tipo límite	Sin dx 57,5% 5% trastorno por dependencia
Eje III	Sin dx 45,6%, hipotiroidismo 31%		Sin dx 18,3%, hipertensión 2,2%	Sin dx 91,5%, epilepsia 5%	Sin dx 96%, epilepsia 4%
Eje IV	Sin dx 42%, problema de relación no especificado 31%		Problema de relación no especificado 41% Sin dx 14%	Sin dx 53%, problema de relación no especificado 22%	Sin dx 47%, problema de relación no especificado 21%
Número de ingresos		2-5 51%	2-5 45%	2-5 45%	2-5 25%
Adherencia al tratamiento		Regular 47,2% Mala 39,9%	Regular 82,4%	Mala 50% Regular 35,6%	Regular 47,5% Mala 47,5%
Número de intervenciones		2-3 intervenciones 41,5%	1-3 intervenciones 35%	1-4 intervenciones 21%	5-7 intervenciones 25%

Chía y San Juan de Dios de Manizales, y trastorno por dependencia prevaleció en el Hospital San Rafael de Pasto.

En cuanto al eje III se observa que prevalece la población sin diagnóstico en los diferentes centros. Sin embargo se encuentran dentro de los porcentajes más significativos hipotiroidismo en la Clínica Nuestra Señora de la Paz, hipertensión en la Clínica San Juan de Dios de Chía y epilepsia en la clínica San Juan de Dios de Manizales y en el Hospital San Rafael de Pasto.

En cuanto al eje IV se encuentran similitudes en los diferentes centros, donde el estresor psicosocial con mayor prevalencia encontrado fue *problema de relación no especificado*.

En el número de ingresos se observan similitudes en los diferentes centros: la cifra más frecuente se ubicó entre los dos y los cinco ingresos en la población durante el tiempo de la investigación.

En cuanto a la variable *adherencia al tratamiento* se observa que en los centros de La Paz, San Juan de Dios de Manizales y el Hospital San Rafael de Pasto el mayor porcentaje de la población presenta una regular adherencia al tratamiento, mientras que en el Centro San Juan de Dios de Chía la adherencia al tratamiento de la población es mala.

El número de intervenciones de psicoterapia varía en cada centro en relación con los días de estancia durante el periodo de hospitalización:

el promedio de intervenciones en la Clínica Nuestra Señora de la Paz es de dos a tres, en la Clínica San Juan de Dios de Chía es de una a tres, en la Clínica San Juan de Dios de Manizales es de una a cuatro y en el Hospital San Rafael de Pasto es de cinco a siete,

En cuanto a las dificultades en el tratamiento se hallaron similitudes en los diferentes centros, donde prevalece la necesidad de un cuidador por parte de la población; también influye de manera importante el sistema de creencias frente a la enfermedad y el tratamiento farmacológico. En la Clínica San Juan de Dios de Chía se encontró que la población abandona el tratamiento con mayor proporción en relación con los efectos secundarios de la medicación.

Discusión

Se encontró que el diagnóstico con mayor prevalencia en cuanto riesgo de recaída en los diferentes centros de la orden hospitalaria es el trastorno afectivo bipolar, por lo cual se hace necesario diseñar estrategias de evaluación e intervención que permitan tener en cuenta la vulnerabilidad de esta población (10).

No hay una evaluación clara por parte de los profesionales de la salud en el diagnóstico multiaxial, por lo cual se tiende a reducir el problema al ver la sintomatología clínica, sin tener en cuenta los otros ejes. Si se tomara una visión integradora y multiaxial de las problemáticas, se podría generar un mayor impacto en la evaluación y en el diseño de estrategias de intervención eficaces en cada caso. Dentro de los factores de riesgo más relevantes se encuentran el desconocimiento y la negación de la enfermedad, tanto en el paciente como en sus redes de apoyo. Según la literatura, la enfermedad mental es vista como algo extraño, atribuido a cosas mágicas que se relacionan con los estigmas o juicios de valor que se les atribuyen a las enfermedades mentales, lo cual

genera en los pacientes y sus redes de apoyo mayores dificultades en la aceptación de la enfermedad, al sentirse marginados, frustrados en el desarrollo de su proyecto de vida por las limitantes que la misma sociedad genera. Existe un amplio marco de creencias frente al enfermo mental, tanto de la sociedad como de los mismos pacientes, por lo que es muy frecuente encontrar deserción del tratamiento relacionada con mecanismos de defensa como la negación de la enfermedad, frente a los altos costos emocionales y psicológicos que genera ser visto como un enfermo mental y no tener en cuenta a la persona en su entorno como un ser con potenciales sanos a desarrollar.

La empatía, la credibilidad y la confianza que tenga el paciente hacia su médico tratante son variables fundamentales en la adherencia del paciente a su tratamiento. La evolución de la práctica médica con relación a la información médica es una condición imprescindible para que el enfermo pueda consentir a una actuación clínica. Este es un aspecto en el que, al parecer, no existe unanimidad por parte de los profesionales, y que nos ofrece una interesante evolución a través del tiempo. Es necesario tener en cuenta los cambios de una sociedad basada en el respeto a los derechos humanos y cada vez más intervencionista; estamos en un tiempo de desarrollo de las responsabilidades sociales, tanto por parte de los médicos como de los pacientes y sus familias.

Las recaídas se asocian a altos costos para el individuo, su familia, la institución y la EPS. Las recaídas en los TMS son prevenibles, predecibles y susceptibles de intervención temprana. No poseemos una descripción de estos factores de riesgo en nuestro medio, por lo cual un estudio descriptivo proveerá la base para poder diseñar acciones de control.

Se considera que las variables de tipo sociodemográfico y de condiciones médicas de trata-



miento, así como el diagnóstico psicopatológico y el tiempo de evolución de la enfermedad en pacientes que han sufrido recaídas nos permiten identificar los factores de riesgo que inciden en las recaídas, teniendo en cuenta el contexto sociocultural y los abordajes en las instituciones psiquiátricas de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

En los pacientes con TMS se identifican variables relevantes como mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente, déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente, dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan sólo a su familia, situaciones de aislamiento social, dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales, y dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y la marginación (11).

Las necesidades y los problemas de las personas con TMS son, por tanto, múltiples y variados, pues comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.), y presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a sus problemas psiquiátricos y psicosociales.

Las dificultades de acceso a alojamiento y de supervisión, especialmente para personas sin cobertura familiar de salud, favorecen situaciones de riesgo y marginación (12).

La rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo en esta población y su inadecuada cobertura contribuyen a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre las que encontramos:

- Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios.
- Uso inadecuado de la atención hospitalaria.
- Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados.
- Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar.
- Sobrecarga de algunas familias, desbordadas por el cuidado y la convivencia con su familiar enfermo.

Los problemas psiquiátricos y psicosociales de las personas con TMS, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos. Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana (13).

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas con TMS. De hecho, la gran mayoría de pacientes vive con sus familias.

Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones pueden llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Así mismo, en algunos casos esta situación puede dar lugar a una importante tensión y sobrecarga para las familias.

Es necesario proporcionar a las familias apoyo, información, educación y asesoramiento para dotarlas de estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia, para que puedan ser agentes activos de la rehabilitación y para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

Conclusiones

Dentro de las conclusiones más relevantes desarrolladas en el estudio con la muestra definida se encontraron las siguientes situaciones como aproximación epidemiológica de los factores de riesgo, que se asocian a las recaídas en pacientes diagnosticados con trastornos mentales severos: edad entre los 38 y los 58 años, sexo femenino, solteras, bachilleres, desempleadas, diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, con pobre adherencia al tratamiento, entre dos y diez ingresos, de dos a seis medicamentos a su egreso, con dificultades severas en la relación con los otros, con dificultades en la adherencia al tratamiento, con necesidad de cuidador y con una influencia del sistema de creencias frente a la enfermedad y al tratamiento en su pobre adherencia, con un limitado número de intervenciones por psicología relacionado con el tiempo de estancia hospitalaria; además no se realiza un seguimiento terapéutico por las restricciones del sistema de salud en el abordaje de esta disciplina.

La población objeto requiere del abordaje de un modelo asistencial basado en equipos terapéuticos, en el diseño de estrategias de intervención en equipo que vayan desde la evaluación en equipo hasta la definición de planes de acción terapéutica, donde se realice una vinculación de las redes sociales y familiares, con la posibilidad de hacer seguimientos terapéuticos integrales ambulatorios en la diversidad de modalidades: consulta externa, clínica diurna, grupos de apoyo por patología y visita domiciliaria. Es importante evaluar el impacto de las intervenciones múltiples que se brindan desde el equipo psicoterapéutico.

Este estudio se proyecta para la realización de otras fases en las que se desarrollará un plan de análisis de significancia por medio de un análisis comparativo y correlacional de va-

riables y se trabajará a partir de los resultados obtenidos en el desarrollo y prueba de eficacia de intervenciones tendientes a disminuir las recaídas en pacientes con diagnóstico de TMS.

Para priorizar el acceso y la continuidad de cuidados en salud mental a aquellos pacientes que sufren patologías más graves e incapacitantes es necesario en primer lugar identificar y delimitar a esta población. Esta delimitación no puede basarse tan sólo en criterios diagnósticos o variables clínicas, sino que debe considerarse también el curso evolutivo y la repercusión sobre la funcionalidad y el ajuste social de estas personas.

Los criterios operativos utilizados hasta ahora para definir el TMS deben replicarse con distintas poblaciones y en diferentes áreas para demostrar su validez. Una vez consensuados y validados deberían aplicarse al conjunto de la población atendida para la creación y asignación de recursos asistenciales

En nuestro contexto, y para avanzar hacia una adecuada atención e integración de la población con enfermedades mentales crónicas, se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se asienten en la colaboración entre el sistema sanitario, a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos, y el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados, teniendo en cuenta que los problemas de funcionamiento psicosocial y de integración social que sufre esta población desbordan a menudo la capacidad y las posibilidades de los servicios de salud mental y exigen la decidida colaboración de los servicios sociales, sin dejar tampoco de lado la coordinación con el resto de sistemas de servicios y especialmente del sistema de formación y empleo.

Para una adecuada atención de esta población es necesario articular un sistema de

recursos y servicios comunitarios capaces de procurar una atención adecuada e integral. El concepto de *sistema de apoyo o soporte comunitario* desarrollado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos sirve como referencia de esta necesidad: plantea la pertinencia de promover y organizar en el ámbito local una red coordinada de servicios, recursos, programas y personas para ayudar a los pacientes con TMS en la cobertura de sus

diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que sean innecesariamente aislados o excluidos de la comunidad. Además, exige la planificación, organización y coordinación de un abanico de servicios de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social necesarios para ayudar a dichas personas a mantenerse y funcionar lo mejor posible en su propio contexto (14).

Agradecimientos

Manifestamos nuestro más sincero agradecimiento a cada uno de los profesionales que integran los equipos de Gestión Psicoterapéutica de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, ya que sus aportes y retroalimentaciones fueron de gran utilidad en la construcción de esta investigación.

Descargos de responsabilidad

La psicóloga Martha Caycedo, identificada con c.c. 51.710.282 de Bogotá, la psicóloga Karím Jiménez, identificada con c.c. 40.035.721 de Tunja y la psicóloga Sandra Herrera, identificada con c.c. 52.333.812 de Bogotá, aceptan que de este aporte investigativo no obtendrán beneficio económico, político o social. Los datos de esta investigación serán utilizados con fines académicos e investigativos y se guardará confidencialidad de la identidad de los pacientes y las familias que participaron; así mismo, éstos serán retroalimentados sobre los resultados de esta investigación.

Referencias

1. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. 2ª reimpresión. Bogotá: Fondo de Cultura Económica; 1998.
2. López C. Cuatrocientos años de hospitalidad en la Orden Hospitalaria en Colombia. Selares; 1997.
3. Uribe Merino J. Curar o aliviar. Los dilemas de la terapia. Una visión antropológica sobre las diversas formas de curar. Universidad de Antioquia, Medellín; 2000.
4. National Institute of Mental Health (NIMH). Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Programa de atención a personas con trastorno mental grave; 1978. Artículo original, enero de 2005. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>. Consultado el 5 de diciembre de 2005.
5. Anthony W, Cohen M, Cohen B. Psychiatric Rehabilitation. En: Talbot JA (ed.). The chronic mental patient: Five years later. Washington: Grunne & Stratton; 1984.
6. López-Ibor JJ. DSM-IV-TR Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Editorial Masson; 2005.
7. Megna J. A study of polypharmacy with second generation antipsychotics in patients with severe and persistent mental illness. J. Psychiat. Pract. 2007; 13: 2-10.
8. Supersalud. Boletín Jurídico Bimensual 6, mayo-junio 2006. Disponible en: <http://www.supersalud>.

- gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=iJjVjfK4K5g%3D&tabid= 100.
9. Brannon L, Feist J. *Psicología de la salud*. Madrid, Paraninfo; 2001.
 10. El-Mallakh R, Weisler RH, Townsend MH, Ginsberg LD. Bipolar II Disorder: Current and future treatment options. *Ann. Clin. Psychiatry* 2006; 18 (4) 289-66.
 11. Johnson S, Greenhouse W, Bauer M. Psychosocial approaches to the treatment of bipolar disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 2000; 13 (2): 69-72.
 12. Parikh S, Kusumakar V, Haslam D, Matte R, Sharma V, Yatham L. Psychosocial interventions as an adjunct to pharmacotherapy for bipolar disorders. *Can J Psychiatry* 1997; 42 (supp2): 745-85.
 13. Becoña E, Lorenzo M. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. En: Pérez A, Fernández. Amigo H (coords.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid, Pirámide; 2001.
 14. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro E, Fernández J, *et al*. *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002.