



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**UTILIZACION DE PSICOFARMACOS EN POBLACION FEMENINA PRIVADA
DE LA LIBERTAD DE UN INSTITUTO PENITENCIARIO EN BOGOTA**

Edwin Iván Benavides Hidalgo

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias, Departamento de Farmacia
Bogotá, Colombia

2022

**UTILIZACION DE PSICOFARMACOS EN POBLACION FEMENINA PRIVADA
DE LA LIBERTAD DE UN INSTITUTO PENITENCIARIO EN BOGOTA**

Edwin Iván Benavides Hidalgo

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título
de: Magister en Ciencias -Farmacología

Director (a):

José Julián López QF MSc PhD

Línea de Investigación:

Farmacoepidemiología

Grupo de Investigación:

RAM (Red para el uso Adecuado de Medicamentos)

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias, Departamento de Farmacia

Bogotá, Colombia

2022

A mi madre por ser la persona que me inspira a luchar cada mañana; para alcanzar mis objetivos, entender mi propósito en la vida y sacar lo mejor de mi propia versión.

“Nada es veneno, todo es veneno, la diferencia está en la dosis”.

Paracelso

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

Edwin Iván Benavides Hidalgo

Nombre

Fecha: 06/10/2022

Agradecimientos

Agradecimiento para la doctora Paola Fernanda Amaya Prince, directora Centro Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad para Mujeres Bogotá. Quien muy amablemente gestiono el proceso de autorización para realizar la presente investigación en la población más adelante descrita. Éxitos y bendiciones en su labor.

Agradecimiento para la doctora Angelica Quintero Clavijo, medico Epidemiólogo y Auditor, en Fundación Santa Fe de Bogotá, quien, con su buena disposición y sus amplios conocimientos en guías de práctica clínica y manejo de Excel, oriento y apoyo con la realización del presente estudio. Éxitos y bendiciones en su labor.

Resumen

UTILIZACION DE PSICOFARMACOS EN POBLACION FEMENINA PRIVADA DE LA LIBERTAD DE UN INSTITUTO PENITENCIARIO EN BOGOTA

Introducción: los trastornos mentales y su impacto en la salud pública, dentro estos el más común, el trastorno depresivo, también frecuente en mujeres privadas de la libertad.

Objetivo: evaluar el uso de psicofármacos en mujeres con depresión en un instituto penitenciario, teniendo en cuenta la adherencia a la GPC para este trastorno.

Metodología: por medio un estudio observacional, descriptivo y longitudinal. Corresponde a un estudio de utilización de medicamentos de tipo indicación-prescripción. Se realizo por medio de la revisión de historias clínicas de 103 pacientes del programa de psiquiatría durante el año 2021.

Resultados: análisis de datos en Excel por medio de la herramienta tablas dinámicas, se identificó que en el 81.25% existe una adherencia a la GPC desde el punto de vista farmacológico. Los grupos mayormente afectados son el grupo etario adolescente y juventud. Los psicofármacos mayormente prescritos, fueron la quetiapina (22.3%) y la sertralina (19.3%).

Conclusiones: existe un alto porcentaje de adherencia a la GPC de depresión, en aquellas pacientes que no se cumplió la adherencia no se pudo identificar factores claros, por lo tanto, parecen estar influenciados por la experiencia clínica del psiquiatra tratante.

Palabras clave: psicofármaco, trastorno mental, depresión, guía de práctica clínica

Abstract

USE OF PSYCHOPHARMACEUTICALS IN THE FEMALE POPULATION DEPRIVED OF THE LIBERTY OF A PENITENTIARY INSTITUTE IN BOGOTA

Introduction: Mental disorders and their impact on public health, among these the most common, depressive disorder, also frequent in women deprived of liberty.

Objective: to evaluate the use of psychotropic drugs in women with depression in a prison, taking into account adherence to the CPG for this disorder.

Methodology: through an observational, descriptive and longitudinal study. It corresponds to a study of the use of medication of the indication-prescription type. It was carried out by reviewing the medical records of 103 patients from the psychiatry program during the year 2021.

Results: Data analysis in Excel by means of the dynamic table tool, it was identified that 81.25% adhere to the CPG from the pharmacological point of view. The groups most affected are the adolescent and youth age group. The most prescribed psychoactive drugs were quetiapine (22.3%) and sertraline (19.3%).

Conclusions: there is a high percentage of adherence to the depression CPG, in those patients whose adherence was not met, clear factors could not be identified, therefore, they seem to be influenced by the clinical experience of the treating psychiatrist.

Keywords: psychopharmaceutical, mental disorder, depression, clinical practice guideline

Contenido

Pág.

ResumenIX

Lista de figurasXIII

Lista de tablasXIV

Lista de Símbolos y abreviaturas¡Error! Marcador no definido.

Introducción1

1. Capítulo 1. Formulación del problema ¡Error! Marcador no definido.	
1.1 Planteamiento del problema¡Error! Marcador no definido.	
1.2 Justificación del problema.....	5
2. Capítulo 2. Marco Teórico	7
2.1 Conceptos básicos, aspectos generales e históricos.....	7
2.2 Aspectos epidemiológicos y contexto a nivel mundial y nacional.....	10
2.3 Bases fisiopatológicas de la Depresión	12
2.3.1 Factores genéticos	13
2.3.2 Factores químicos	14
2.3.3 Factores psicosociales.....	14
2.4 Psicofármaco	15
2.4.1 Antipsicóticos	15
2.4.2 Estabilizantes del estado de ánimo	16
2.4.3 Ansiolíticos e hipnóticos	16
2.4.4 Antidepresivos	17
2.5 Guía de Práctica Clínica	18
2.5.1 Detección Temprana y Diagnostico del Episodio Depresivo y Trastorno Depresivo Recurrente en Adultos	18
2.6 Farmacoepidemiología	21
2.6.1 Farmacoepidemiología, importancia y aplicación	21
3. Capítulo 3. Pregunta de investigación, objetivos y metodología.	23
3.1 Pregunta de Investigación	23
3.2 Objetivo General	23
3.3 Objetivos Específicos	23
3.4 Hipótesis	23
3.5 Metodología	24
3.6 Variables	25

3.6.1	Descripción de variables	25
3.7	Aspectos Éticos.....	28
3.8	Resultados esperados	31
3.9	Impacto esperado	31
4.	Capítulo 4. Resultados	32
4.1	Resultados Contexto institucional	32
4.2	Discusión.....	53
5.	Conclusiones y recomendaciones	57
5.1	Conclusiones.....	57
5.2	Recomendaciones.....	59
A.	Anexo: Esquema-matriz recolección de datos.....	60
B.	Anexo: Grupos de variables analizadas	61
C.	Anexo: Códigos CIE10 Descritos en estudio	62
D.	Anexo: Aval Comité Ética Universidad Nacional de Colombia	63
E.	Anexo: Aval Comité de Ética INPEC	64
	Bibliografía.....	65

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1: Distribución poblacional según grupo etario.	35
Figura 2: Tipificación de delito cometido.	37
Figura 2: Tipo de Diagnóstico y Código CIE10.	37

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1: Variables sociodemográficas	35
Tabla 2: Grupos Diagnósticos.....	38
Tabla 3: Antecedentes tóxicos	38
Tabla 4: Psicofármacos prescritos	39
Tabla 5: Número de Controles por Psiquiatría.	40
Tabla 6: Numero de Hospitalizaciones por Psiquiatría.	41
Tabla 7: Número de Consultas por Autolesiones.....	42
Tabla 8: Número de Consultas por Riña o Heteroagresion.....	42
Tabla 9: Correlación entre las variables: Diagnostico y Grupo Etario.	44
Tabla 10: Correlación entre las variables: antecedentes patológicos y patología de <i>novo si/no</i>	44
Tabla 11: Correlación entre la variable Tipo de Delito y Grupo Etario.	45
Tabla 12: Oportunidad en la Consulta de Psiquiatría.	46
Tabla 13: Tipo de Psicofármaco Prescrito y Dosis.	4 Error! Marcador no definido.
Tabla 14: Adherencia a Guía de Práctica Clínica de Depresión.	48
Tabla 15: Grupo Etario en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC	49
Tabla 16: IMC en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC.....	49
Tabla 17: Tipificación de delito en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC.....	49
Tabla 18: Antecedentes Patológicos en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC.....	50
Tabla 19: Antecedentes Farmacológicos en subgrupo de pacientes con no adherencia a	50
Tabla 20: Antecedentes Alérgicos en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC	51
Tabla 21: Consultas por Psiquiatría en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC.....	51
Tabla 22: Autolesiones en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC.....	51
Tabla 23: Riñas o heteroagresion en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC.....	52
Tabla 24: Diagnostico Principal en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC.....	52

Abreviaturas

Abreviatura Término

ATC	antidepresivos tricíclicos
CICR	Comité internacional de la cruz roja colombiana
CIDE	Centro de investigación y docencia económicas
CIE10	Clasificación internacional de las enfermedades 10ma edición
CPAMSMBOG	Centro penitenciario de alta y mediana seguridad mujeres Bogotá
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
D2	Receptores D2
Etc	Etcétera
EXCEL	Programa informático
F199	Trastorno mental secundario al consumo de sustancias
F319	Trastorno afectivo bipolar no especificado
F321	Episodio depresivo moderado
F419	Trastorno de ansiedad no especificado
GPC	Guías de Practica Clínica
ICBF	Instituto colombiano de bienestar familiar
IMAO	Inhibidores de la monoaminoxidasa
IMC	Índice de masa corporal
INPEC	Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
Mg	Miligramos
NaSSA	Antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PPL	Persona privada de la libertad
SNC	Sistema nervioso central
SSRIs	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
SPA	Sustancias psicoactivas
5-HTT	Gen que codifica la transportación de serotonina

Introducción

Los trastornos mentales se han convertido en un problema de gran magnitud en la actualidad, en el mundo aproximadamente 264 millones de personas conviven con depresión, este trastorno hace parte del grupo de trastornos mentales y se ha convertido en una de las principales causas generadoras de discapacidad, por lo tanto es de vital importancia para la salud pública frenar este problema que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha comportado como una epidemia silenciosa que cada día afecta a más personas de todos los grupos poblacionales.(1) A su vez existen otros trastornos de gran importancia como el trastorno bipolar, la ansiedad, los trastornos mixtos de ansiedad y depresión, la esquizofrenia, los trastornos comportamentales, entre otros, los cuales también en mayor o menor medida afectan a un gran número de personas. Es importante conocer que existen diferentes factores de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades y también que existen grupos poblacionales más susceptibles o vulnerables para el origen de estos trastornos. Con el paso del tiempo los avances en salud han permitido conocer nuevas alternativas de tratamiento médico y farmacológico, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes afectados se benefician de un abordaje multidisciplinario en el que se incluye la intervención de psiquiatría y psicología. (5)

En un principio las enfermedades mentales fueron trastornos que se atribuían a designios de los dioses y tenían que ver con fuerzas demoniacas o con alteración en los humores. Por tal motivo existían distintos tratamientos que buscaban liberar al afectado de estas posesiones, así como se creía para la época. Con el pasar de los años y el advenimiento y la utilización de un grupo nuevo de medicamentos denominado psicofármacos, se logró establecer en un principio que existían diferentes trastornos que podían mejorar con la administración de estos medicamentos, por lo tanto, el uso de estos principios activos permitió establecer diferentes causas fisiopatológicas como el origen de enfermedades de tipo mental. En su orden fueron apareciendo diferentes sustancias como el litio, seguido de los antidepresivos tricíclicos y finalmente las benzodiacepinas. (5) Un extenso grupo de medicamentos con diferentes usos y beneficios para los pacientes hasta entonces afectados. El uso de psicofármacos ha permitido mejorar la sintomatología y los estados moderados a severos de la enfermedad, pero no corrige las fuentes primarias que dieron origen a la enfermedad.

Se ha podido determinar que las enfermedades mentales son desencadenadas por factores externos, entre los que se destacan el maltrato físico y psicológico, la historia de abuso sexual, el consumo de sustancias psicoactivas y grupos poblacionales de mayor

vulnerabilidad como las personas privadas de la libertad. La libertad como principio y derecho básico de cada persona se caracteriza por tratarse de aquella facultad que tiene el ser humano de actuar sin limitaciones ni represalias por entes externas, pero la libertad también está asociada a responsabilidades inherentes al buen actuar de una persona. Por tanto, cuando alguien comete un delito tipificado como tal por el ente regulador de una nación, pierde su condición de ser libre ya que debe cumplir una condena para remediar de alguna forma el delito cometido. Es importante entender como el paso de la libertad a la prisión se convierte en un factor estresor de gran importancia ya que este grupo poblacional (mujeres privadas de la libertad) tienen unas condiciones particulares que las hacen susceptibles de padecer o desarrollar ciertas patologías.

La literatura actual documenta que a nivel mundial y principalmente en Colombia existe un gran problema dentro del sistema penitenciario el cual afecta o aumenta en gran medida el hacinamiento en las cárceles del país. (4) Esto es importante para nuestro planteamiento y justificación del estudio, porque se ha podido evidenciar por medio de la práctica clínica y la revisión de publicaciones que la limitación para el acceso a los servicios de salud y en particular para especialidades como la psiquiatría o psicología son bastante marcadas. El entorno carcelario asociado a diferentes factores como la pérdida de la libertad, el encierro, el estar lejos de la familia, la situación de pandemia actual, aumentan el riesgo para desarrollo o empeoramiento de trastornos mentales de diferente índole, entre los que se destacan la depresión, el trastorno bipolar, la ansiedad, la esquizofrenia y demencia.

Es necesario documentar por medio de datos reales y actualizados la situación más reciente del centro penitenciario femenino y sus principales trastornos mentales, así como el tratamiento que llevan las afectadas, además de factores asociados a su diagnóstico seguimiento y tratamiento, también factores de desenlace clínico que finalmente permiten medir en mayor o menor medida la eficacia del tratamiento con psicofármacos establecido por el médico especialista en psiquiatría.

Todo lo anterior con el propósito de documentar situaciones que en un futuro permitan establecer políticas en salud para la prevención de este tipo de trastornos y el buen control y seguimiento de las internas afectadas, con el objeto de disminuir los desenlaces negativos en salud.

1. Capitulo. Formulación del problema

1.1 Planteamiento del problema

Según la OMS en la actualidad los problemas de salud mental se han convertido en una epidemia silenciosa, siendo así los trastornos mentales (depresión, ansiedad), neurológicos (demencia) y por el consumo de sustancias, constituyendo aproximadamente el 10% de las causas de mortalidad a nivel mundial y el 30% de las causas de morbilidad. (1)

La depresión es el estado patológico que afecta en mayor proporción a la población a nivel mundial y es una de las principales causas de discapacidad, las personas afectadas con dicho trastorno viven entre 10 y 20 años menos que la población en general, convirtiéndolo en un problema de gran magnitud en salud pública, se ha establecido que una persona se suicida cada 40 segundos en el mundo. (1)

A pesar de estas alarmantes cifras, en promedio solamente el 2.8% de la inversión en salud es destinado a este tipo de trastornos, este valor varía según el nivel de ingresos de cada país desde el 0.5% hasta el 5.1% para países con bajos o altos ingresos respectivamente, de este porcentaje, el 60% es destinado a hospitales o clínicas psiquiátricas, es decir tan solo el 40% se invierte en comunidad o en actividades de prevención. (1)

En Colombia según la Encuesta de Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección social, realizada en el 2015, se encontró que el 52.2% de los encuestados, correspondían a jóvenes con uno o dos síntomas asociados a depresión. Por su parte la información aportada por las Estadísticas Vitales del DANE, indican que la tasa de suicidio se incrementó de 5.1 a 5.9 entre los años 2005 y 2019 respectivamente por cada 100 mil habitantes. (2)

La salud mental en Colombia está definida como “el estado dinámico que se expresa en la vida diaria por medio del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”, y se expresa como un estado de bienestar en el cual los individuos logran realizar sus tareas de una manera tranquila a pesar del estrés que experimentan y esto a su vez les permite alcanzar una mejor productividad. La salud mental está influenciada

por diferentes factores sociales, psicológicos y biológicos, entre los que se destacan: el nivel socioeconómico, la escolaridad, la discriminación ya sea por motivos de género, por discapacidad y grupos poblacionales especiales como las personas privadas de la libertad. (2)

Existen diferentes situaciones que se comportan como factores estresores de gran impacto, ya que afectan en gran manera la salud mental de las personas, entre estos los más representativos son: la muerte del conyugue, la separación matrimonial o el divorcio y la encarcelación. Esta última de gran importancia en países como Colombia donde según informe del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), para el 2021 se tenían 96.838 personas privadas de la libertad (PPL), de las cuales el 75% ya tenían definido una condena, mientras el 25% permanecían como sindicadas. (3)

El estrés generado tras una captura, independiente de los móviles de la misma, es una de las situaciones más estresantes en la vida de una persona y en ocasiones es el desencadenante o detonante de trastornos que afectan la salud mental de quien lo vive. Perder la libertad implica perder una infinidad de posibilidades, implica estar lejos de la familia, lejos de las actividades cotidianas y bajo la custodia de un ente regulador en este caso la guardia de seguridad. Desde la experiencia como profesional en salud se ha podido determinar la alta incidencia de diferentes trastornos mentales en la población privada de la libertad en un centro penitenciario femenino en Bogotá, en quienes se puede evidenciar que requieren diferentes tipos de psicofármacos para controlar su estado patológico. Lamentablemente en algunos casos la terapia farmacológica no es suficiente y el abordaje terapéutico por parte de psicología es realmente limitado.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito nace la necesidad de caracterizar esta población para determinar con bases reales y documentadas, los factores asociados a cada paciente, según su diagnóstico, tratamiento, evolución y situaciones inherentes a su estado patológico.

1.2 Justificación del problema

En Colombia para el año 2021 existían 97.606 internos y se ha establecido que las cárceles tienen capacidad para 80.900 personas, es decir que para esa época se determinó que el nivel de hacinamiento alcanzaba el 20.65%. Lo anterior se puede explicar por la falta de políticas públicas, ausencia de inversión en infraestructura y fallas en el sistema penal. (4) Es importante resaltar esta situación porque las personas privadas de la libertad se ven expuestas a un sin número de factores que podrían influir de una u otra manera en el origen o el empeoramiento de patologías asociadas a su estado mental, es por tanto de gran importancia conocer la situación que actualmente viven estas pacientes las cuales cursan con algún tipo de patología en manejo por la especialidad de psiquiatría.

Por su parte los estados patológicos asociados a trastornos que afectan la salud mental, requieren de un abordaje multidisciplinario que incluye diagnóstico y seguimiento por psiquiatría, terapia psicológica y tratamiento farmacológico con psicofármacos; este último abordaje de gran importancia por tratarse de una población con condiciones especiales, como se describió anteriormente su estado patológico se ve afectado, desencadenado o exacerbado por su condición de persona privada de la libertad.

Debido a esta situación de gran importancia e impacto en la población mencionada, se pretende realizar un estudio descriptivo y analítico que permita documentar y caracterizar este grupo poblacional en el que se incluirán todas aquellas mujeres que cursen con algún tipo de patología que afecte su salud mental. Esto se logrará por medio de la revisión de historias clínicas y registros médicos que reposan en el archivo institucional, previa autorización por el comité de ética e investigación del centro penitenciario en mención.

Se ha determinado que se trata de un estudio con riesgo mínimo debido a que los datos se obtendrán de fuentes de información secundaria (historia clínica) y será de gran importancia institucional en un futuro ya que permitirá conocer con bases reales y documentadas, la situación reciente asociada a esta problemática y de esta manera permitir la implementación de programas y políticas en salud que permitan fortalecer el abordaje y tratamiento integral y efectivo de las pacientes afectadas.

2. Marco teórico

2.1 Conceptos básicos, aspectos generales e históricos

El presente estudio abordara diferentes campos temáticos, por lo que es de gran importancia tener presente los conceptos que se desarrollaran a continuación.

Los psicofármacos son medicamentos en los cuales su principio activo tiene efecto psíquico, es decir actúan sobre el estado mental de las personas. Su uso es altamente conocido para el manejo de los trastornos mentales.

El origen de los psicofármacos se remonta para la década de los 50 cuando por primera vez se empieza a hablar de la utilidad de los medicamentos en el tratamiento del paciente psiquiátrico. Hasta ese momento solo se contaba con diferentes intervenciones no farmacológicas y con poca evidencia científica (descargas eléctricas, hidroterapia, leucotomías prefrontales, etc.).

El impacto mundial ante el origen de los psicofármacos fue de tal magnitud que algunos investigadores lo equiparan con el descubrimiento de los antibióticos y las vacunas. Fue por tanto uno de los grandes avances de la medicina en el siglo XX. En 1949 se descubre la acción anti maníaca del Litio, en 1952 se usa por primera vez la clorpromazina y en 1954 el meprobamato. (5)

La aparición y el uso de los psicofármacos permitió a su vez empezar a materializar la teoría biológica de las enfermedades mentales, que hasta ese momento permanecían estigmatizadas y relegadas a un plano secundario, un claro ejemplo de esto es el uso de la clorpromazina ya que, con su incorporación, también empezaron a describirse las primeras hipótesis sobre la posible etiopatogenia de la esquizofrenia. Posteriormente para la década de los 60 con el descubrimiento de los antidepresivos tricíclicos y los IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa) se empezó a conocer sobre los trastornos en los niveles noradrenérgicos y dopaminérgicos asociados al desarrollo de patologías que afectan el estado de ánimo. (5)

Finalmente, el desarrollo y descubrimiento de las benzodiazepinas permitió conocer mucho más las bases bioquímicas de la ansiedad, en 1967 se empieza a describir los primeros usos del diazepam.

Como vemos desde la aparición de los primeros psicofármacos, la medicina y en especial el campo de la psiquiatría ha avanzado de forma considerable, por tal motivo también es importante conocer la historia de las enfermedades mentales.

La enfermedad mental es un conjunto de síntomas que se configuran en diferentes patologías psiquiátricas, las cuales afectan principalmente el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.

Existen escritos desde la época antigua en la que la enfermedad mental era atribuida a los dioses o a los demonios, se decía que es un estado en el que el ser humano se comportaba como un animal, es decir perdía sus atributos como ser racional. Para esa época el principal tratamiento era la trepanación, procedimiento por el cual se perforaba la tabla ósea con el fin de liberar del cráneo todo tipo de males que afectaban el comportamiento.

Mas adelante en la época de la Grecia antigua, se hablaba de la teoría de los humores, se describían cuatro fluidos o “humores” que hacían parte del cuerpo humano, entre los que estaban: la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. Cuando estos fluidos entraban en desequilibrio originaban diferentes enfermedades. En sus inicios las convulsiones fueron denominadas como la “enfermedad sagrada” y quienes la padecían habían sido elegidos por los dioses, según las creencias de la época.

Con el paso del tiempo empezaron a aparecer los primeros esbozos de la salud pública, con la construcción de acueductos y cloacas, además algunos centros que podían configurarse en el futuro en lugares como hospitales públicos. Pero las enfermedades mentales continuaron siendo manejadas en los hogares y bajo la supervisión de sacerdotes por considerarse que estaban relacionadas con fuerzas sobrenaturales o de origen divino. (6)

Una vez analizada y conocida parte de la historia de los psicofármacos y la salud mental, es importante conocer el otro termino o la otra situación de la que haremos bastante énfasis durante el presente estudio y tiene que ver con el estado de libertad y perdida de esta facultad.

La libertad se define como el derecho básico de un ser humano, estado en el cual es capaz de realizar diferentes actividades sin la condición de sometimiento o esclavitud. Por su contraparte las personas privadas de la libertad son aquellas que han perdido temporal o indefinidamente esta condición, por diferentes causas o condiciones de faltas cometidas ante la autoridad competente de cada país.

Los centros carcelarios o penitenciarios se crearon inicialmente como centros de castigo, simplemente tenían la función de segregar a la población y destinar allí a las personas o reclusos para causarles algún tipo de sufrimiento por el delito cometido, a mediados del siglo XIX, con el desarrollo de diferentes sistemas penitenciarios, se empieza a hablar de corrección. (7)

Los primeros centros penitenciarios en establecerse se denominaron “Casas de corrección” que conservan en cierta forma la finalidad de los centros actuales, ya que buscaban dar la oportunidad de corregir los errores cometidos por los presos y no únicamente privarlos de la libertad y causarles sufrimiento, se establecieron inicialmente con este modelo en Inglaterra.

En Colombia el sistema penitenciario y carcelario se encuentra establecido bajo la constitución política de 1991, que se fundamenta en el respeto y protección de la dignidad humana. En nuestro país el primer código penal se expidió en 1837 durante el gobierno de José Ignacio de Márquez, fue básicamente un elemento que se implementó para las personas privadas de la libertad con el fin de buscar la disciplina y la resocialización. (8)

En 1905 bajo el mando del General Reyes se estableció el decreto que permitía tener un capellán, un médico y dos maestros para cada establecimiento penitenciario, este hecho favoreció en gran manera a las personas privadas de la libertad.

En 1914 durante la presidencia de José Vicente Concha, se estableció la Dirección General de Prisiones, la cual se encargaba de:

- I. Organización del sistema penitenciario
- II. Establecer reglamentos en estos centros
- III. Fiscalizar e inspeccionar estos establecimientos
- IV. Organizar la estadística de los penales
- V. Mejoramiento, mantenimiento y cuidado de la infraestructura
- VI. Otras funciones señaladas por el gobierno

En 1938 existían en Colombia 8586 internos, este número fue aumentando progresivamente hasta llegar a los 37770 internos, motivo por el cual se establecieron nuevos centros penitenciarios en diferentes ciudades del país, entre estas la Picota y Modelo en Bogotá y la Distrital en Barranquilla.

A mediados del año 1997 los sistemas carcelarios a nivel nacional, hacían aproximadamente a 40000 internos en 176 prisiones, las cuales estaban destinadas inicialmente para 28000 internos. A lo largo de la historia el acceso a servicios de salud, a visitas, salida a patios y otras actividades ha sido bastante limitada. Esta situación en muchos casos ha limitado la rehabilitación y resocialización de los internos, ya que es un factor desencadenante para el incremento de la violencia e inseguridad al interior de los patios. (8)

Actualmente Colombia se fundamenta en la ley 65 de 1993 que establece el Código Penitenciario y Carcelario, por medio del cual se protege la dignidad humana así:

Artículo 5 “En los establecimientos de reclusión prevalecerá el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los derechos humanos universalmente reconocidos. Se prohíbe toda forma de violencia síquica, física o moral.” (9)

Por su parte el artículo 9 indica: las funciones y finalidad de la pena y de las medidas de seguridad así: “La pena tiene función protectora y preventiva, pero su fin fundamental es la resocialización. Las medidas de seguridad persiguen fines de curación, tutela y rehabilitación” (9)

A su vez el artículo 10 en cuanto a la finalidad del tratamiento penitenciario dice: “El tratamiento penitenciario tiene la finalidad de alcanzar la resocialización del infractor de la ley penal, mediante el examen de su personalidad y a través de la disciplina, el trabajo, el estudio, la formación espiritual, la cultura, el deporte y la recreación, bajo un espíritu humano y solidario” (9)

2.2 Aspectos epidemiológicos y contexto a nivel mundial y nacional

Existe una gran gama de trastornos mentales, cada uno de ellos con signos y síntomas diferentes. Por lo general se determinan por un grupo de alteraciones en el pensamiento, las emociones, la percepción, la conducta y las relaciones con su entorno.

Los más predominantes son la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las limitaciones intelectuales y las alteraciones en el desarrollo, como el autismo.

Se han implementado programas eficaces para prevenir algunos trastornos mentales, como la depresión.

Actualmente existen tratamientos efectivos contra los trastornos mentales y medios que permiten disminuir la afectación social que originan.

Los afectados deben tener acceso a servicio médico y social que les puedan ofrecer un entorno saludable y es de vital importancia la red de apoyo social y familiar.

Los trastornos mentales van en aumento, cada día se registran nuevos casos, los cuales desencadenan efectos indeseables en la salud de las personas y graves

problemas a nivel socioeconómico que a su vez afectan los derechos humanos a nivel mundial.

La depresión es uno de los principales trastornos mentales afectando a más de 264 millones de individuos a nivel mundial, su prevalencia es muchas veces mayor en mujeres que en hombres y se ha demostrado que es una de las principales razones de discapacidad en diferentes países.

Los pacientes con depresión se caracterizan por presentar tristeza profunda, pérdida del interés por las cosas de la vida diaria y de la capacidad para disfrutar, además de sentimientos de culpa y gran afectación de su autoestima, trastornos en la higiene del sueño, fatigabilidades frecuentes, alteraciones en el apetito y poca concentración. Es posible que se desarrollen diferentes síntomas físicos los cuales no tienen causa orgánica aparente. Puede presentarse como eventos aislados, recurrentes o de larga duración, el paciente afectado presenta alteraciones en su vida diaria las cuales alteran su desarrollo laboral, académico y de afrontamiento de la vida cotidiana. La forma más grave de esta enfermedad puede desencadenar en eventos de ideación, intento o suicidio como tal.

Los programas preventivos han demostrado que reducen la incidencia tanto en población pediátrica (por ejemplo, por medio de la protección y la ayuda psicológica en los casos abuso sexual o maltrato físico) y en población adulta (por ejemplo, por medio de la asistencia psicológica y social después de conflictos bélicos o catástrofes naturales).

Existen diferentes abordajes terapéuticos para este trastorno, entre los que se destacan la psicoterapia y la terapia cognitivo conductual. Por su parte los medicamentos antidepresivos han sido usados con buenos resultados en pacientes con trastorno depresivo moderado a severo; no se recomienda su uso en población pediátrica y en población adolescente su uso debe ser limitado. En estos últimos grupos poblacionales se recomienda el abordaje no farmacológico.

Para el tratamiento de la depresión se deben tener en cuenta diferentes aspectos que interaccionan o influencia en la vida del paciente afectado, entre los que podemos destacar factores psicosociales como el estrés, las situaciones económicas, los problemas de relaciones familiares o de pareja, entre otros, por lo tanto, muchas veces el abordaje debe ser personal, familiar y del entorno.

En Colombia el panorama que afecta a la población femenina privada de la libertad en la actualidad es bastante alarmante, según un estudio realizado por la Pontificia Universidad Javeriana (2018), entre 1991 y 2018 la proporción de mujeres en esta condición se incrementó en un 429%, es decir que para el año 1991 existían 1500 internas y para el año 2018 la cifra llegó a 7944. (10) Si se compara con la población masculina, se logró determinar que el aumento fue en menor proporción (300%), se puede observar como el incremento poblacional carcelario para las mujeres ha sido más acelerado.

Según esta fuente, el perfil sociodemográfico de las mujeres que se encontraban en prisión para aquella época, en su mayoría correspondía a mujeres con bajo nivel de escolaridad, con ingresos mensuales por debajo del salario mínimo legal vigente, mujeres cabeza de familia y con algún antecedente de exposición a violencia intrafamiliar. También es importante recalcar que existía el antecedente familiar de estancia en prisión por diferentes delitos, principalmente comercio y fabricación de estupefacientes y gran variedad de hurtos.

En este estudio se logró identificar que la mayoría de mujeres en prisión eran madres cabeza de familia y en este orden de ideas la afectación de su núcleo familiar era mucho mayor que cuando el prisionero era el padre, ya que, si la madre se encuentra privada de la libertad, el cuidado de los hijos pasa a manos de la abuela en algunos casos, mientras que en otros, el encargado es el tutor o el ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). Las mujeres en prisión requieren de cuidados especiales desde la perspectiva de género, teniendo en cuenta los cambios hormonales a los que se ven expuestas durante su ciclo menstrual y a las necesidades especiales que requieren de su atención en salud, dentro de ellas la maternidad y crianza de sus hijos hasta los 3 años de edad.

Todo lo anterior permite evidenciar que la situación personal, sentimental y psicológica del género femenino puede ser susceptible a cambios en su estado de ánimo y comportarse como un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes situaciones que comprometan la salud mental.

2.3 Bases fisiopatológicas de la Depresión

Existe una amplia gama de trastornos que afectan la salud mental de las personas, dentro de estos el más representativo y predominante en cuanto a su prevalencia es la depresión, la cual se ha definido como aquella patología que afecta el estado de ánimo y la forma de pensar; se ha identificado que existen dos formas básicas de depresión, la exógena y la endógena, y a su vez existen diferentes factores involucrados en su desarrollo, entre estos están los factores psicosociales, químicos y genéticos. De ahí que su abordaje sea integral por medio de terapia psico conductual y dependiendo de su severidad con la ayuda de psicofármacos indicados por el especialista en psiquiatría. (11).

La depresión exógena es aquella en la que se puede evidenciar un factor desencadenante claro (muerte de un familiar, pérdida de algo o alguien, situaciones estresantes como la pérdida de la libertad), por su parte la depresión endógena es aquella que se asocia a trastornos biológicos o químicos, más asociada en si a una alteración en el normal funcionamiento de los neurotransmisores. Pero es importante tener en cuenta que existe una delgada línea entre estos dos tipos de

enfoque y que por lo general la diferenciación es difícil de identificar o se pueden conjugar.

Existen 3 características especiales en las personas con depresión:

- Estado de ánimo disminuido
- Poca energía para las actividades cotidianas
- Pérdida del interés o disfrute

Otros síntomas que pueden estar presentes en mayor o menor medida son: pérdida o disminución del apetito, trastornos en el inicio y mantenimiento del sueño, pesimismo, disminución de autoestima, comportamiento agresivo, autolesión, ideación o intento suicida.

Se han descrito diferentes factores asociados al origen de la depresión, entre los que tenemos los factores genéticos, químicos y psicosociales.

2.3.1 Factores genéticos

Los factores genéticos como factor asociado a depresión, son más frecuentes en aquellas formas graves de la enfermedad y en aquellas formas de depresión endógena. La literatura actual ha determinado que existen alteraciones genéticas en los cromosomas X, 4,5,11,18 Y 21. Por esta razón se podría explicar como de dos personas expuestas a factores estresantes similares, una de ellas desencadena depresión y la otra no.

Estudios recientes han demostrado que existen un polimorfismo funcional en una región del gen que codifica la transportación de serotonina (5-HTT), los individuos con alteración a este nivel, mostraron comportamiento con tendencia a la ideación o intento suicida.

2.3.2 Factores químicos

Tiene que ver con la alteración en neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina.

La serotonina se sintetiza en un 90% en el tracto gastrointestinal y el 10% restante en el sistema nervioso central a nivel del núcleo del rafe el cual se localiza entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo. La serotonina tiene que ver con el estado de ánimo, la conducta, el dolor, el estímulo sexual, estimulación cardíaca y el ciclo vigilia-sueño.

La serotonina se origina a partir del triptófano el cual es un aminoácido, que es transportado y atraviesa la barrera hematoencefálica por medio del transportador neutral de aminoácidos.

La noradrenalina se origina en el locus coeruleus el cual es un núcleo del encéfalo que se encuentra en el tallo cerebral y se sintetiza a partir del aminoácido tirosina. El locus coeruleus se encuentra en relación con la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal. Las neuronas de este núcleo activan la vigilia y en situaciones de estrés su actividad incrementa, permitiendo preparar al organismo en situaciones que se requieran para sobrevivir. Se ha observado en modelos animales de depresión, que los niveles de noradrenalina en este núcleo se encuentran en niveles muy bajos, lo mismo sucede en procesos de depresión reactiva o estrés crónico.

En el locus niger se origina la dopamina, se sintetiza a partir del aminoácido tirosina y su función es de predominio inhibitoria. Es un neurotransmisor que participa en el mantenimiento del estado de alerta.

La dopamina se involucra predominantemente en funciones motrices, mientras la noradrenalina y serotonina participan activamente en funciones mentales y de la conducta. La interacción de estos tres neurotransmisores es muy importante y data desde hace más de 50 años, en aquella época ya se empezaba a describir que los trastornos en el estado de ánimo tenían que ver con alteraciones en las monoaminas, inicialmente se propuso que la manía era producida por un funcionamiento excesivo de estas monoaminas y por el contrario que los estados depresivos se debían a una depleción o actividad disminuida de estos compuestos.

2.3.3 Factores psicosociales

Este componente se ha descrito como el principal desencadenante de estados depresivos de origen exógeno, y en la actualidad su influencia va en aumento, teniendo en cuenta que las situaciones estresantes y la forma de afrontarlas, son cada día más frecuentes y repetitivas. Entre estos factores se encuentran las relaciones intrafamiliares, interpersonales, los trastornos de adaptación, factores estresores de diferente índole, antecedentes de maltrato, violación, bullying, diferentes situaciones de vulnerabilidad, condiciones sociales y de género.

2.4 Psicofármaco

Se define como aquel principio activo que, por sus propiedades farmacológicas, modulan procesos bioquímicos y son útiles en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.

Se clasifican en:

- Antipsicóticos (típicos y atípicos)
- Estabilizantes del ánimo
- Ansiolíticos e hipnóticos
- Antidepresivos

2.4.1 Antipsicóticos

La psicosis es un estado mental y de alteración psiquiátrica que se caracteriza por los siguientes síntomas: pérdida del sentido de realidad, incapacidad para concluir de manera lógica, delirio, alucinaciones, pérdida del juicio, en otros casos euforia, agitación y comportamiento agresivo.

Los antipsicóticos se clasifican en típicos (de primera generación) y atípicos (de segunda generación).

Los antipsicóticos típicos en su mayoría son derivados de la fenotiazina, su mecanismo de acción consiste en bloquear el receptor dopaminérgico D2, pueden ser de alta o baja potencia dependiendo del grado de bloqueo dopaminérgico, los de alta potencia como el haloperidol pueden producir más efectos extrapiramidales, por su parte los de baja potencia como la levomepromazina, pipotiazina y clorpromazina, tienen baja potencia contra el receptor D2, pero mayor actividad sobre el receptor de histamina y muscarina y por tanto mayor efecto sedante.

Los antipsicóticos atípicos o de segunda generación se caracterizan por bloquear los receptores D2 pero en menor intensidad y por tanto con muy pocos efectos extrapiramidales, entre estos tenemos: clozapina, olanzapina, risperidona y quetiapina. (12).

2.4.2 Estabilizantes del estado de animo

El trastorno bipolar se caracteriza por episodios alternantes de manía, depresión o mixtos, usualmente de difícil manejo. El fármaco más usado para este trastorno es el Litio el cual se viene usando desde hace aproximadamente 70 años. El mecanismo de acción aun no es del todo claro, se han establecido diferentes hipótesis, entre las que tenemos la modificación en la liberación de serotonina y norepinefrina. También se encuentra involucrado en la activación de neurotropinas, inhibiendo el inositol monofosfato y la glucógeno sintetasa. El principal efecto adverso y la principal complicación y limitación para su uso, son las intoxicaciones por litio, por esta razón se debe hacer un monitoreo frecuente de los niveles plasmáticos de este medicamento.

2.4.3 Ansiolíticos e hipnóticos

Son un grupo de medicamentos que se usan para el tratamiento de la ansiedad y los trastornos del sueño.

La ansiedad se define como aquel trastorno caracterizado por un estado emocional poco placentero, tensión, presentimiento de algo que está por suceder, desencadenado por imágenes, ideas, pensamientos o situaciones consideradas como amenazantes por el individuo. Además, puede caracterizarse por la presencia de síntomas como: palpitaciones, diaforesis, temblor, pánico, irritabilidad, entre otras.

El insomnio es el estado que se caracteriza por la incapacidad para conciliar y mantener el sueño, tiene diferentes causas y constituye un motivo de consulta frecuente. La ansiedad y el insomnio son altamente prevalentes y desde la época antigua el hombre ha buscado sustancias con la propiedad de disminuir o tratar estos síntomas, el medicamento más usado desde la época de los 60 son las benzodiazepinas, por sus propiedades farmacológicas.

Las benzodiazepinas son fármacos de gran utilidad en el manejo de cuadros agudos, deben ser prescritas cuidadosamente por el alto riesgo de dependencia, en si tratan los síntomas mas no la causa, por lo tanto su uso generalmente se recomienda en asociación con otros medicamentos. Actualmente existen en el mercado aproximadamente 30 tipos de benzodiazepinas. Se han agrupado para su uso en dos grupos:

- Sedantes-hipnóticos: diazepam, midazolam y triazolam.
- Ansiolíticos: alprazolam, clobazam, bromazepam, Lorazepam y diazepam.

2.4.4 Antidepresivos

La depresión es el estado patológico en el que se ve afectado el estado de ánimo, como resultado o combinación de diferentes síntomas, varía el grado de severidad y la presentación en el tiempo, es un reto para el médico porque en ocasiones puede enmascarse y pasar inadvertida, la principal complicación es el suicidio.

Teniendo en cuenta su estructura química y su mecanismo de acción sobre los neurotransmisores del sistema nervioso central se pueden clasificar en:

Primera generación:

- Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina.
- Inhibidores irreversibles no selectivos de la MAO (IMAO): tranilcipromina.
- Inhibidores selectivos de la MAO: moclobemide, selegilina.

Segunda generación:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs): escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina.
- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina: reboxetina.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (SNRIs): duloxetina, venlafaxina, desvenlafaxina.
- Antidepresivos atípicos: mirtazapina, trazodona.

Todos se caracterizan por incrementar los niveles de serotonina y/o norepinefrina, además de aumentar su permanencia en la sinapsis, inhibiendo la recaptación a nivel presináptico o evitando la degradación de este tipo de neurotransmisores.

2.5 Guía de Práctica Clínica

2.5.1 Detección Temprana y Diagnóstico del Episodio Depresivo y Trastorno Depresivo Recurrente en Adultos

La Depresión es el estado patológico caracterizado por síntomas afectivos tales como: decaimiento, tristeza, irritabilidad y pérdida de interés frente a las actividades cotidianas de la vida. Puede presentarse como un primer episodio o de forma repetitiva como episodio recurrente o también denominado depresión mayor.

En Colombia se encuentra actualmente en vigencia la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social, promulgada el año 2013 (13), por medio de la cual se busca establecer las pautas más importantes para el abordaje del paciente con este tipo de diagnóstico.

Es bien sabido que existen diferentes grados de severidad dependiendo de la intensidad (leve, moderada y grave) en la presentación de sus síntomas. El manejo terapéutico depende de esta severidad, en casos leves el abordaje es realizado por medio de terapia psicológica y en casos moderados a graves el manejo se complementa con psicofármacos. Teniendo en cuenta el alcance el presente estudio, nos enfocaremos en describir los psicofármacos usados en Colombia y que promueve dicha guía terapéutica.

El eje fundamental del tratamiento se centra en los antidepresivos, dentro de los cuales tenemos diferentes subgrupos, se clasifican así:

Antidepresivos de primera línea:

- Antidepresivos tricíclicos (ATC): Amitriptilina
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina y sertralina
- Antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico (NaSSA): mirtazapina

Antidepresivos de segunda línea:

- Consiste en usar la alternativa dentro de los de primera línea que no se usaron en el abordaje inicial

Antidepresivos de tercera línea:

- Imipramina, clomipramina, paroxetina, trazodona, escitalopram, venlafaxina, duloxetina y bupropion.

Antidepresivos de cuarta línea:

- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): isocarboxazida, fenelzina, selegilina y tranilcipromina.

En adultos mayores con contraindicación para el uso de ATC se recomienda el uso de: fluoxetina, sertralina o mirtazapina.

En los casos de depresión refractaria se sugiere la combinación o potencialización del antidepresivo con medicamentos como:

- Antipsicóticos: risperidona, olanzapina, quetiapina
- Litio
- Algún otro antidepresivo

Para el control de síntomas asociados como la ansiedad o trastornos del sueño, se recomienda el uso concomitante de benzodiazepinas:

- Acción ultracorta: midazolam, triazolam
- Acción corta: Lorazepam, oxazepam
- Acción inmediata: clonazepam, flunitrazepam
- Acción larga: diazepam, bromazepam, flurazepam

Si el tratamiento amerita el uso de benzodiazepinas, se recomienda que este no se prolongue por más de 2 a 4 semanas.

En caso de presentarse efectos secundarios cuando se inicia tratamiento antidepresivo se recomienda que:

- a. Si los efectos presentados son leves y no interfieren con la vida diaria del paciente, solo registrarlos y hacer seguimiento.
- b. Si los efectos presentados tienen que ver con insomnio o ansiedad se puede hacer prescripción de benzodiazepina, teniendo en cuenta el alto riesgo de dependencia, por lo que su uso no debe superar las 2 semanas.
- c. Si se presentan efectos secundarios con el antidepresivo de primera línea, se recomienda cambiarlo por otro de las líneas disponibles.
- d. Se debe tener en cuenta que, al inicio del tratamiento antidepresivo, existe la posibilidad de aumentarse el riesgo de ideación o intento suicida.

El seguimiento de la eficacia en el tratamiento se realiza teniendo en cuenta la respuesta clínica, actualmente en Colombia no existen escalas validadas para realizar seguimiento.

Se debe tener en cuenta las siguientes estrategias farmacológicas que permiten evitar el riesgo de recaída o recurrencia:

- a. En pacientes adultos que después de iniciar tratamiento antidepresivo, logran la remisión total de los síntomas, este se debe mantener entre 6 y 12 meses.
- b. El tratamiento con antidepresivos se puede prolongar hasta por dos años en caso de: episodios depresivos recurrentes, presencia de síntomas residuales, comorbilidades asociadas, el episodio depresivo diagnosticado fue de intensidad grave, tiene asociado otro trastorno de tipo mental y alto riesgo de recaída por presencia de estresores psicosociales (estancia en prisión).
- c. En caso de necesitar suspender un antidepresivo, esto se debe realizar de forma gradual con el objeto de evitar síntomas por discontinuación, principalmente con la venlafaxina y paroxetina.
- d. Una vez finalizado el tratamiento farmacológico antidepresivo, se debe hacer seguimiento de control al mes y al tercer mes para observar la posible reaparición de síntomas.

Aquellos casos en que el tratamiento farmacológico no sea efectivo, a pesar del cambio de medicamentos en 2 ocasiones, se denomina refractario.

En el caso de la depresión refractaria o resistente a tratamiento farmacológico, se recomienda lo siguiente:

- a. Cambiar el tratamiento inicial por un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS)
- b. Si el paciente ya venía con ISRS se debe cambiar por uno de una nueva generación y que sea mejor tolerado.
- c. Si a pesar del cambio sugerido, no se presenta mejoría, se debe considerar el cambio a un antidepresivo del grupo de los tricíclicos, un IMAO o la venlafaxina.

Cuando se vaya a realizar algún cambio, se debe tener en cuenta que el efecto antidepresivo se consigue después de la segunda semana de iniciado el tratamiento, tener en cuenta los efectos secundarios de cada medicamento y sus posibles interacciones, tener mucho cuidado principalmente cuando se cambia:

- a. La fluoxetina por otro antidepresivo, porque la fluoxetina se caracteriza por poseer una vida media larga (7 días aproximadamente).
- b. Cuando cambiamos de fluoxetina o paroxetina por amitriptilina, ya que este último es un antidepresivo tricíclico y los ISRS inhiben el metabolismo de los tricíclicos, por lo anterior se recomienda iniciar con dosis más baja de lo usual de ATC.
- c. A otro medicamento antidepresivo con efecto serotoninérgico debido al riesgo de desarrollar síndrome de estas características (síndrome serotoninérgico).
- d. Cuando se quiere cambiar un IMAO irreversible se requiere de un periodo de ausencia de medicación de aproximadamente 14 días.

2.6 Farmacoepidemiología

2.6.1 Farmacoepidemiología, importancia y aplicación

Desde los años ochenta se estableció la importancia de la Farmacoepidemiología, para esta época se empiezan a publicar libros y artículos que describían este nuevo concepto y los cuales hoy en día sirven de punto de referencia. Pero en realidad el concepto se remonta o ya existía desde los años sesenta. La Farmacoepidemiología se caracteriza por fusionar el concepto de fármaco como tal, sus funciones, usos, aplicaciones y efectos en el organismo, con la

epidemiología que presta su método para el desarrollo y entendimiento de estos procesos. (14)

El evento particular que marcó un antes y después, fue lo ocurrido con la Talidomida, ya que fue un suceso que acaparo la atención mundial, dándole mayor importancia y la necesidad imperiosa de vigilar más de cerca el desarrollo y comercialización de fármacos, incluso después de lanzados al mercado, teniendo en cuenta los efectos desconocidos a largo plazo de muchas sustancias. El crecimiento de la población y el desarrollo de la industria farmacéutica, impulsaron a su vez la aparición y fortalecimiento de la epidemiología del medicamento.

El medicamento se ha convertido en un pilar fundamental de la salud pública, dado que puede comportarse como un modificador del curso de la enfermedad y brinda la posibilidad de alternativas durante la evolución de una patología o un síntoma aquejado por el paciente. Pero a pesar de compartir estos efectos benéficos, se ha descrito en la literatura médica, que el 30% de todas las hospitalizaciones, se encuentran relacionadas con el uso inadecuado de los medicamentos. Entre estas prácticas inadecuadas se pueden describir: prescripción no acorde a diagnóstico, efectos adversos, poli medicación, sobredosis, etc. (14)

Por otra parte, se conoce que aproximadamente el 4% de las sustancias usadas en tratamientos médicos, deben ser retiradas del mercado por presentarse reacciones adversas que no habían sido descritas en fase clínica de investigación, todos estos antecedentes han permitido que la Farmacoepidemiología se convierta en una herramienta fundamental de la Farmacovigilancia, la cual se encuentra en pro del desarrollo y uso seguro de los medicamentos.

Otro objetivo importante de la Farmacoepidemiología tiene que ver con fortalecer las actividades que permitan el uso racional de los medicamentos, teniendo en cuenta su importante papel en el desarrollo de la salud humana. Queda claro por lo tanto que el medicamento ha sido desarrollado como una solución a los problemas de salud pública, pero para conseguir este fin, es necesario implementar acciones que permitan vigilar situaciones que limiten el normal desarrollo y funcionamiento de los fármacos. (14)

3. Pregunta de investigación, objetivos y metodología.

3.1 Pregunta de investigación

¿La prescripción de psicofármacos en población femenina privada de la libertad, con trastorno depresivo, durante el año 2021, está acorde a sus necesidades de salud mental y recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC)?

3.2 Objetivo General

Evaluar el uso de psicofármacos en población femenina privada de la libertad, con trastorno depresivo, de un instituto penitenciario en Bogotá durante el año 2021

3.3 Objetivos Específicos

- a. Caracterizar clínica y sociodemográficamente la población femenina con prescripción de psicofármacos en el interior del centro penitenciario.
- b. Describir y evaluar el tratamiento con psicofármacos de cada una de las pacientes.
- c. Determinar desenlaces clínicos (número de autolesiones y heteroagresiones, consultas u hospitalizaciones) en las mujeres con prescripción de psicofármacos.

3.4 Hipótesis

HIPOTESIS (Dado que es un estudio descriptivo no se cuenta con hipótesis estadística (nula y alterna) sino con una hipótesis de trabajo que sería el equivalente a la Ho)

- *HIPOTESIS DE TRABAJO*: La prescripción de psicofármacos en población femenina privada de la libertad, con trastorno depresivo, durante el año 2021, **está acorde** con sus necesidades de salud mental y a las recomendaciones de las GPC.

3.5 Metodología

ENFOQUE METODOLOGICO:

La presente investigación tendrá un enfoque cuantitativo

TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:

Observacional descriptivo longitudinal. Corresponde a un estudio de utilización de medicamentos de tipo indicación-prescripción

POBLACION A ESTUDIO:

Pacientes privadas de la libertad con prescripción de psicofármacos

DISEÑO MUESTRAL:

Se incluirán la totalidad de las mujeres con prescripción de psicofármacos, (n=103)

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes internadas en la institución que tengan prescrito al menos un psicofármaco.
- Diagnóstico de algún tipo de trastorno mental codificado en CIE10
- Pacientes en seguimiento por psiquiatría.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Mujeres con menos de un año de estancia en prisión.
- Mujeres en estado de gestación.

OBTENCION DE LA INFORMACION:

Fuente de información secundaria: historia clínica.

3.6 Variables

Para su diseño y análisis las variables fueron agrupadas, así:

- Sociodemográficas: edad, escolaridad, procedencia, ocupación, estado civil.
- Clínicas: peso, talla, IMC (Índice de Masa Corporal), diagnóstico psiquiátrico, antecedentes (patológicos, farmacológicos, tóxicos, familiares).
- Farmacológicas: Medicamento (DCI, dosis e intervalo de dosificación, tiempo de tratamiento), otros medicamentos concomitantes, adherencia
- Desenlaces: Número de consultas por psiquiatría, número de remisiones a salud mental, número de consultas por autolesiones y heteroagresiones.

3.6.1 Descripción de variables

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES				
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	CLASE	UNIDAD DE MEDIDA EN EL ESTUDIO
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS				
EDAD	Número de años según la fecha de nacimiento	Cuantitativa	Discreta	Años
ESCOLARIDAD	Nivel de estudios alcanzado	Cuantitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Técnico Tecnológico Universitario Especialización
PROCEDENCIA	Lugar habitual de residencia	Cualitativa	Nominal	Departamento

ESTADO CIVIL	Situación de la persona, determinada por su relación de familia	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Divorciado Unión libre
OCUPACION	Oficio, profesión o actividad que realiza rutinariamente a cambio de un ingreso económico	Cualitativa	Nominal	Tipo de ocupación u oficio
DELITO	Acción que va en contra de la ley y que es castigada por medio de una condena.	Cualitativa	Nominal	Tipo de delito
VARIABLES CLINICAS				
DIAGNOSTICO	Concepto establecido por el médico tratante, teniendo en cuenta una historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Tipo de trastorno mental (depresión, ansiedad)
ANTECEDENTES PERSONALES	Factores relevantes en diferentes ámbitos, asociados a la vida de la persona.	Cualitativa	Nominal	Patológicos Farmacológicos Quirúrgicos Alérgicos Tóxicos Planificación familiar
ANTECEDENTES FAMILIARES	Factores relevantes asociados a familiares	Cualitativa	Nominal	Tipo de antecedente familiar

	cercanos de la persona.			
# DE HIJOS	Hijos vivos referidos por la paciente.	Cuantitativa	Continua	Discreta
VARIABLES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO				
PSICOFARMACO PRESCRITO	Psicofármaco ordenado por el médico tratante	Cualitativa	Nominal	Antidepresivo Ansiolítico Benzodiacepina
DOSIS	Cantidad de medicamento prescrito por médico tratante	Cuantitativa	Continua	Cada día Cada 12 horas Cada 8 horas
VARIABLES ASOCIADAS A LOS DESENLACES CLINICOS				
CONSULTAS CON PSIQUIATRIA POR TRASTORNO MENTAL	Número de consultas registradas en historia clínica por psiquiatría con diagnóstico de algún tipo de trastorno mental	Cuantitativa	Discreta	1,2,3,4...
HOSPITALIZACIONES POR TRASTORNO MENTAL	Numero de hospitalizaciones asociadas al diagnóstico de trastorno mental	Cuantitativa	Discreta	1,2,3,4...
#DE CONSULTAS POR AUTOLESIONES	Lesiones autoinfligidas con objetos cortopunzantes a nivel de epidermis, con el fin de calmar la ansiedad	Cuantitativa	Discreta	1,2,3,4...
# DE CONSULTAS POR RIÑAS O HETEROAGRESION	Discusión de dos o más personas con agresión física o verbal	Cuantitativa	Discreta	1,2,3,4...

3.7 Aspectos Éticos

El estudio de investigación propuesto no requiere un comité de ética según lo descrito en la Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993 en el artículo 11. Se considera una investigación con riesgo mínimo; es decir, “estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes...”. La recolección de datos se realizó a partir de fuente de información secundaria, en este caso la historia clínica que reposa en el archivo institucional.

A pesar de esto y debido a que se trata de personas en estado de vulnerabilidad, se solicitó el aval ético a la institución penitenciaria el cual fue aprobado el día 12 de julio de 2022, por medio del cual se autoriza la revisión de las historias clínicas. Por su parte el comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia aprobó la realización del estudio el día 3 de mayo del 2022. Anexo 4 y 5.

No se publicaron nombres ni documentos que permitan identificar a las personas incluidas de acuerdo con lo descrito en el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 para realizar la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, tratamiento de sus datos personales de conformidad con la ley. La base de datos donde se consignó la información esta anonimizada (códigos para identificación de la historia clínica) y fue manejada solo por el investigador principal.

3.8 Resultados esperados

Los datos se recolectaron por medio de una matriz diseñada en formato Excel, la cual permitió recopilar toda la información obtenida y extraída de historias clínicas de aquellas pacientes pertenecientes al programa de psiquiatría institucional; posteriormente se analizaron con la ayuda de la herramienta: tabla dinámica del programa Excel, y de esta manera se logró realizar el análisis descriptivo univariado, bivariado y estratificación de grupos, entre otros, obteniendo una gran variedad de resultados; los cuales fueron analizados y discutidos teniendo en cuenta su grado de significancia y su relación a la población estudiada, el entorno y el panorama actual influyente con la problemática planteada.

3.9 Impacto esperado

El impacto obtenido fue propositivo ya que, en la actualidad, la literatura existente a nivel nacional en cuanto a problemas de salud mental y el uso de psicofármacos, es realmente limitada. La descripción y análisis de esta situación permitió identificar fortalezas y debilidades que más adelante facilitarían la implementación de políticas en salud y el reforzamiento de protocolos para abordar de manera global y efectiva este tipo de patologías y su tratamiento farmacológico.

4. Capítulo. Resultados

4.1 Resultados Contexto Institucional

4.1.1 Contexto Institucional

El instituto elegido para el presente estudio, fue el Centro Penitenciario de Alta y Mediana Seguridad de Mujeres en Bogotá (CPAMSMBOG), Buen Pastor, el cual se encuentra ubicado en la Cra 58# 80-95, Barrio Entre Ríos, Localidad Barrios Unidos de Bogotá D.C. Se eligió teniendo en cuenta mi cargo como médico de urgencias en dicha institución, lo que me permitió conocer un poco más de cerca la situación y complejidad de la problemática planteada al inicio de la propuesta de investigación.

Es importante tener en cuenta que, en Buen Pastor, actualmente se encuentran recluidas 1791 Internas, dentro de la institución existe un régimen especial de atención en salud al que ingresan todas aquellas internas que pertenecían al régimen subsidiado y aquellas que no tenían ningún tipo de afiliación; por su parte aquellas mujeres que pertenecían al régimen contributivo desde antes de su captura, continuaran en dicho régimen de afiliación. Esto hecho permite que toda la población recluida tenga acceso a los servicios básicos de atención en salud.

Por su parte, posterior a la consecución del aval de ética médica otorgado por la Universidad Nacional de Colombia el día 3 de mayo del 2022 y la aprobación por parte del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC el día 12 de julio de 2022, se procedió a la recolección de datos, los cuales más adelante permitieron consolidar unos resultados sustentados en bases reales y actualizadas. La revisión

de historias clínicas de todas aquellas pacientes pertenecientes al programa de psiquiatría, se llevó a cabo por el investigador principal y fue validada y revisada periódicamente por el Tutor Metodológico. Hechos descritos que permitieron que el manejo de datos se realizara de manera confidencial, respetando la privacidad de la información de cada una de las historias clínicas revisadas.

La calidad de la información obtenida es buena, ya que se basa en la nota realizada por la especialidad de psiquiatría, la cual es legible y en su mayoría abarca todos los ítems necesarios para una historia clínica y anamnesis completa.

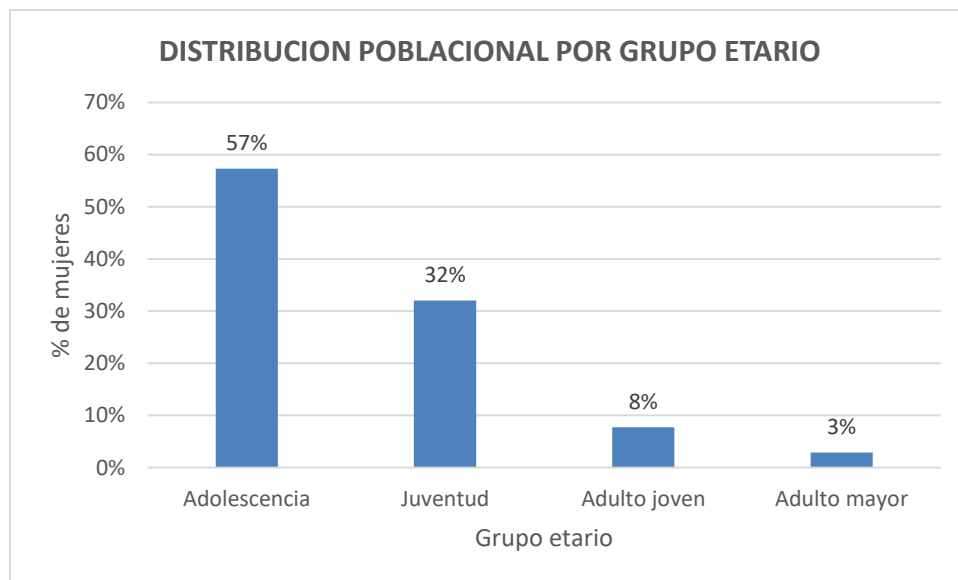
4.1.2 Descripción y Análisis de Resultados

El análisis estadístico se realizó a partir de los datos recolectados en la matriz de EXCEL y por medio de la herramienta: *tabla dinámica*, se organizaron y procesaron, obteniendo diferentes resultados, los cuales son presentados por medio de medidas estadísticas de tendencia central (media, mediana, moda), de dispersión (rango) y descriptiva (proporción). Se explican además con la ayuda de tablas y gráficos.

Cada una de las variables incluidas se categorizo teniendo en cuenta: nombre de la variable, definición de la variable, tipo de variable, clase de variable y unidad de medida utilizada durante el estudio. Características descritas en la tabla de descripción de variables. (Tabla del punto 8.1).

Se obtuvo información a partir de las 114 historias clínicas, pertenecientes al programa de psiquiatría, es decir con diagnóstico y manejo asociado a patología mental. De estas 114 historias, se excluyeron 11 historias clínicas, 4 de ellas por pertenecer a régimen de afiliación externo a la institución y en las cuales no se dispone de información completa; y 7 historias excluidas por estancia en prisión menor a un año. Por lo anterior descrito podemos afirmar que en el presente análisis se incluyeron 103 historias clínicas, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

A continuación, se realizará una descripción detallada de los hallazgos encontrados en la población estudiada. Se trata de una población de género femenino en la que el promedio de edad fue de 31 años, con un rango comprendido entre los 18 y 67 años de edad. El 57% pertenecieron al grupo etario adolescente, seguidas del 32% pertenecientes al grupo etario juventud. El 3% se ubicaron en el grupo etario adulto mayor. Figura 1. El presente resultado se estableció teniendo en cuenta la clasificación poblacional de la siguiente manera: adolescencia tardía (18-21 años), juventud (22-26 años), adulto joven (27-40 años) y adulto mayor (60-70



Fuente: elaboración propia

Figura 1. Distribución poblacional según grupo etario.

En cuanto a la escolaridad, se encontró que el mayor porcentaje, 35% de las mujeres, habían culminado sus estudios de secundaria al momento del ingreso al centro penitenciario, el 27% tenían estudios de secundaria incompletos, 5% tenían estudios universitarios y de estas solo una paciente habían culminado sus estudios en la universidad. Se encontró además que el 7% de la población no tenía ningún nivel de estudio. Tabla 1.

La procedencia se determinó teniendo en cuenta el departamento de origen, se pudo observar que el 46% de las pacientes provienen del área urbana de Bogotá, el 11% de Cundinamarca y el 9% del departamento de Santander. El 35% restante está distribuido en menor proporción entre los departamentos de Bolívar, Boyacá, Cesar y Valle del Cauca. Se registraron 2 pacientes de nacionalidad extranjera. Tabla 1.

En la variable ocupación existe un gran porcentaje de subregistro, correspondiente al 50% en el cual no aparece el dato de ocupación a lo largo de la revisión de la historia clínica. El 7% de las pacientes manifestaron ser amas de casa, el 6% eran vendedoras, el 6% eran vendedoras ambulantes, el 5% desempeñaban oficios varios. Únicamente el 6% tenían trabajos formales correspondientes a su nivel de estudio (auxiliar de enfermería, contaduría, administración, arquitectura). Tabla 1.

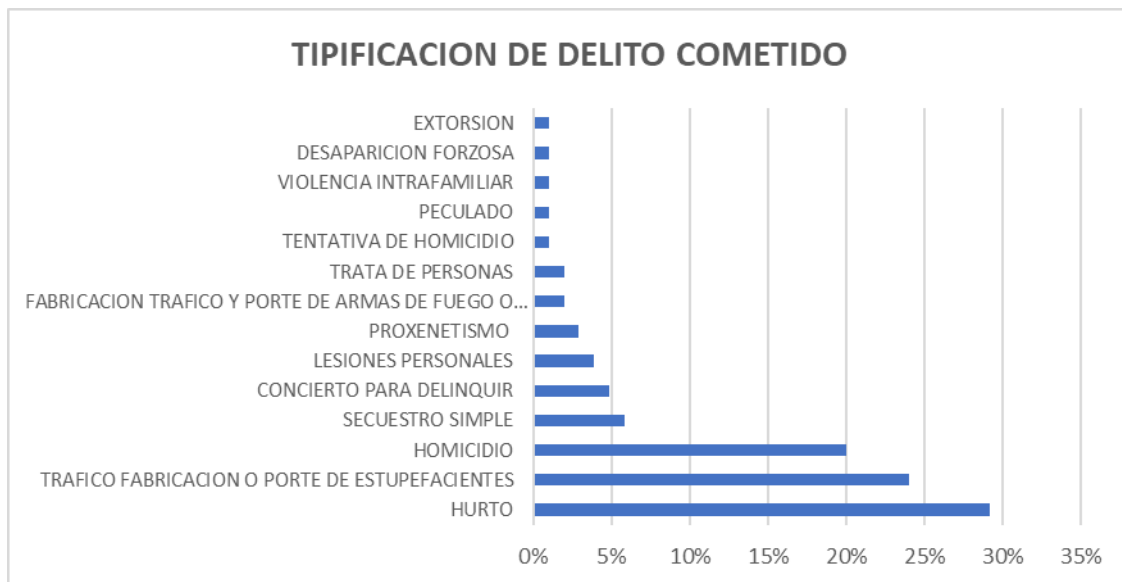
En cuanto al estado civil se encontró que el 57% eran solteras al momento del ingreso al centro penitenciario, seguidas del 37% en unión libre, el 5% estaban casadas y una paciente en condición de viuda. Tabla 1.

TABLA VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS			
VARIABLE	RESPUESTA	#MUJERES	%MUJERES
ESCOLARIDAD	BACHILLERATO COMPLETO	36	35%
	BACHILLERATO INCOMPLETO	28	27%
	NINGUNA	7	7%
	PRIMARIA COMPLETA	15	15%
	PRIMARIA INCOMPLETA	5	5%
	TECNICO	7	7%
	UNIVERSITARIO COMPLETO	4	4%
	UNIVERSITARIO INCOMPLETA	1	1%
PROCEDENCIA	ANTIOQUIA	5	5%
	BOGOTA	47	46%
	CUNDINAMARCA	11	11%
	OTROS	26	1-3%
	META	5	5%
	SANTANDER	9	9%
OCUPACION	AMA DE CASA	7	7%
	NO REGISTRA	52	50%
	OTRAS	27	1-3%
	OFICIOS VARIOS	5	5%
	VENDEDORA	6	6%
	VENDEDORA AMBULANTE	6	6%
ESTADO CIVIL	CASADA	5	5%
	SOLTERA	59	57%
	UNION LIBRE	38	37%
	VIUDA	1	1%

Fuente: elaboración propia

Tabla 1. Variables sociodemográficas

En la descripción de la variable delito cometido, se pudo identificar que el 29% de las pacientes ingresaron a prisión por hurto, seguidas del 24% por tráfico, porte y fabricación de estupefacientes y en tercer lugar por homicidio correspondiente al 20% de las pacientes. Figura 2.

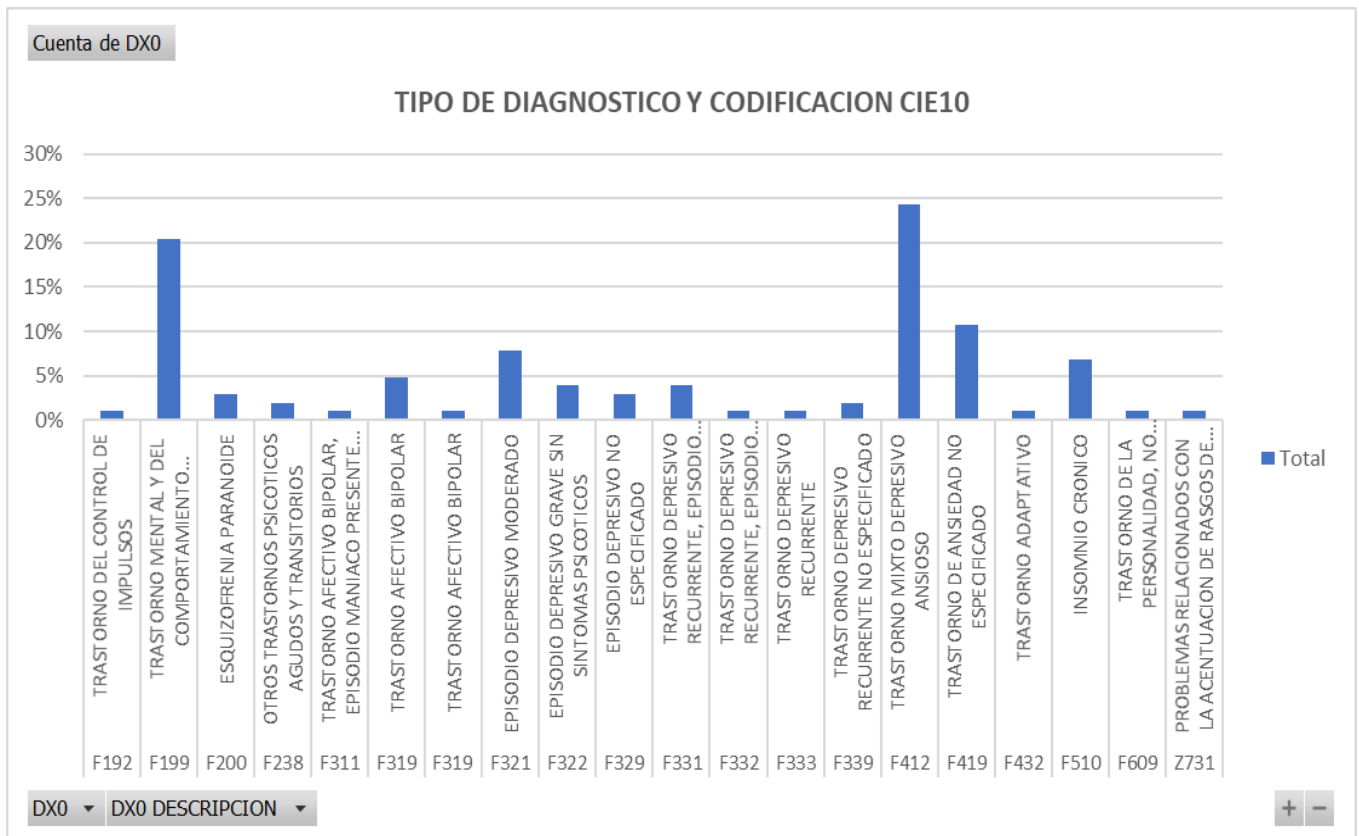


Fuente: elaboración propia

Figura 2. Tipificación de delito cometido

La variable peso y talla se recategorizó con el fin de permitir el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) y según criterios de la OMS se encontraron las siguientes categorías: se observó que el mayor porcentaje de las pacientes (47%) ingresaron con un IMC normal, seguidas del 32% quienes se encontraban en sobrepeso y el 10% en obesidad grado I. También se determinó que el 8% de las pacientes al ingreso se encontraban con un peso bajo es decir con un IMC < a 18.

La variable de diagnóstico se codificó teniendo en cuenta el CIE-10. Se extrajo el diagnóstico principal y el relacionado en la consulta analizada correspondiente a la valoración por la especialidad de Psiquiatría; de esta manera se pudo determinar que el 24.27% tenían diagnóstico de Trastorno Mixto Depresivo Ansioso (F412), el 20.39% con Trastorno Mental y del Comportamiento Secundario al uso de Múltiples Sustancias Psicoactivas(F199) y el 10.68% con trastorno de ansiedad no especificado(F419). El 22.33% corresponde a otros diagnósticos. Figura 3.



Fuente: elaboración propia

Figura 3. Tipo de Diagnóstico y Codificación CIE10

Existe una gran variabilidad de diagnósticos codificados en CIE-10, los cuales están relacionados con el nivel de severidad de la Depresión (leve, moderada y grave), su presentación en el tiempo (primer episodio, recurrencia o recaída) y sus síntomas asociados (síntomas psicóticos, ansiedad), por lo que si solamente tenemos en cuenta la Depresión como diagnostico principal sin importar sus diferentes denominaciones nos encontramos con que el 46.60% de las pacientes cursan con este diagnóstico. Tabla 2.

PRINCIPALES GRUPOS DIAGNOSTICOS		
Etiquetas de fila	Cuenta de GRUPO RELACION	Cuenta de GRUPO RELACIONADO
ANSIEDAD	11	10,68%
CONSUMO SPA	21	20,39%
DEPRESION	48	46,60%
OTROS	23	22,33%
Total general	103	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Grupos Diagnósticos

En la variable dicotómica patología de Novo con respuesta “si o no”, se buscó determinar si la patología mental fue diagnosticada antes o después del ingreso a prisión, es decir si correspondía a un antecedente de la paciente o a una patología desarrollada de *novo* dentro del centro penitenciario. Se encontró que, del total de pacientes, 65 de ellas (63.11%), tenían el antecedente de trastorno mental, mientras 38 pacientes (36.89%) lo desarrollaron durante su estancia en prisión.

En la variable de antecedentes tóxicos se describe las sustancias psicoactivas que consumen las pacientes según lo descrito en la historia clínica, se pudo observar que la sustancia mayormente consumida es el cigarrillo, reportado en 46 pacientes, seguido de la marihuana la cual fue referida por 30 pacientes, por su parte también es habitual el poli consumo, es decir la combinación o el uso regular de 3 o más sustancias, se encontraron 22 pacientes con registro de poli consumo de sustancias psicoactivas. Por su parte, 15 pacientes informaron no consumir ningún tipo de sustancia psicoactiva. Tabla 3.

VARIABLE ANTECEDENTES TOXICOS		
Etiquetas de fila	Cuenta de ANTECEDENTE TOXICOS	Cuenta de ANTECEDENTE TOXICOS2
ALCOHOL	2	1,94%
BASUCO	4	3,88%
COCAINA	2	1,94%
HEROINA	1	0,97%
HUMO DE LEÑA	1	0,97%
MARIHUANA	30	29,13%
NO REFIERE	15	14,56%
OPIOIDES	1	0,97%
RIVOTRIL	1	0,97%
TABAQUISMO	46	44,66%
Total general	103	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Antecedentes tóxicos

En cuanto al tratamiento farmacológico prescrito, se encontró que, para el manejo de los diferentes trastornos mentales, las 103 pacientes estudiadas, reciben diariamente 233 dosis de diferentes psicofármacos (antidepresivo, benzodiacepina, antipsicótico), se identificaron 18 tipos de principios, entre los que encontramos según su orden de mayor a menor frecuencia de prescripción los siguientes:

Quetiapina, sertralina, clonazepam, ácido valproico, levomepromazina, amitriptilina, escitalopram, pipotiazina, olanzapina, fluoxetina, risperidona, clozapina, pregabalina, trazadona, alprazolam, carbamazepina, paroxetina y venlafaxina.

Se encontró que cada paciente recibe entre 1 y 4 psicofármacos para el control de su patología. La mayoría de las pacientes reciben quetiapina (22.3%), seguido de sertralina (19.3%), clonazepam (13.3%), ácido valproico (10.7%), levomepromazina (10.3%), amitriptilina (5.6%), escitalopram (5.2%), trazodona (3.0%) y otros en menor frecuencia de prescripción. Tabla 4.

PRINCIPIO ACTIVO	%DE PRESCRIPCION
QUETIAPINA	22.3%
SERTRALINA	19.3%
CLONAZEPAM	13.3%
ACIDO VALPROICO	10.7%
LEVOMEPRMAZIN	
A	10.3%
AMITRIPTILINA	5.6%
ESCITALOPRAM	5.2%
TRAZODONA	3.0%
OTROS	10.3%

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Psicofármacos prescritos

4.1.3 Resultados Asociados Desenlaces Clínicos

La variable # de consultas por psiquiatría, hace referencia a los controles por especialista en psiquiatría, que las pacientes tuvieron durante el periodo de 12 meses; se pudo observar que la mediana de consultas fue de 5 consultas por año, con un rango comprendido entre 1 consulta como valor mínimo y 9 consultas como valor máximo. El 21% de las pacientes registran 6 consultas por el programa de psiquiatría durante un año de seguimiento, seguidas del 17% de las pacientes que tuvieron 4 consultas en el mismo periodo de tiempo. El 15% de las pacientes, 3 consultas y el 12% de las pacientes con 5 consultas. Tabla 5

Los controles por psiquiatría en Buen Pastor, usualmente se realizan de forma periódica y programada, estos controles generalmente se realizan una vez por mes.

VARIABLE # DE CONSULTAS POR PSIQUIATRIA	
#CONSULTAS	% DE PACIENTES
6	21%
4	17%
3	15%
5	12%
2	12%
7	8%
8	8%
1	6%
9	3%
Total general	100%

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Número de Controles por Psiquiatría.

La variable # de hospitalizaciones por psiquiatría, tiene que ver con el total de remisiones a hospitalización en Unidad de Salud Mental, las cuales fueron registradas en el periodo de tiempo de 12 meses; se encontró que del total de pacientes, el 78% no tuvieron que ser remitidas a unidad de salud mental, el 15% de las pacientes fueron hospitalizadas por concepto de psiquiatría en 1 ocasión, el 4% de las pacientes fue hospitalizada en 2 ocasiones y una paciente del grupo observado estuvo hospitalizada en 4 ocasiones durante el año de seguimiento. Tabla 7.

VARIABLE #DE HOSPITALIZACIONES PSIQUIATRIA	
Etiquetas de fila	Cuenta de HOSPITALIZACIONES
0	78%
1	15%
2	4%
3	3%
4	1%
Total general	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Numero de Hospitalizaciones por Psiquiatría.

La variable # de autolesiones, hace referencia al número de consultas durante el periodo de seguimiento, que las pacientes realizaron con medicina general y en las que se registra como motivo de consulta: autolesiones tipo cutting, otras lesiones como contusiones y/o escoriaciones autoinfligidas. Se encontró que el 71% de las pacientes no consultaron por este tipo de patología, el 12% de las pacientes acudieron a medicina general por este tipo de autolesiones en 1 ocasión durante ese periodo de tiempo, el 8% registraron 2 consultas por este motivo, el 5% consultaron en 3 ocasiones por este motivo y el 5% restante consultaron entre 4 y 9 meses durante ese año por este motivo. Tabla 7.

VARIABLE # DE AUTOLESIONES	
Etiquetas de fila	Cuenta de AUTOLESIONES
0	71%
1	12%
2	8%
3	5%
4	1%
5	2%
9	2%
Total general	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Número de Consultas por Autolesiones.

En la variable # de riñas o heteroagresiones se describe el número de consultas durante el año de seguimiento, que las pacientes registraron como motivo de consulta en medicina general: riñas, peleas, agresiones personales, etc. Se pudo determinar que el 67% de las pacientes no registraron ningún tipo de consulta asociada a este motivo, el 13% de las pacientes presentaron 1 consulta por riña o heteroagresion, se observaron 2 y 3 consultas en el 8% de las pacientes respectivamente, finalmente 2 pacientes registraron entre 6 y 7 consultas por riñas, respectivamente. Tabla 8.

VARIABLE # DE RIÑAS O HETEROAGRESION	
Etiquetas de fila	Cuenta de RIÑAS O HETEROAGRESIONES
0	67%
1	13%
2	8%
3	8%
4	1%
5	2%
6	1%
7	1%
Total general	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Número de Consultas por Riña o Heteroagresion.

4.1.4 Análisis bivariado

Como se describió en la primera parte de resultados, se puede observar que el mayor porcentaje de patologías diagnosticadas por psiquiatría en este grupo poblacional corresponde al trastorno depresivo en diferentes grados de severidad, en la siguiente tabla (Tabla 9), se muestra la correlación entre el tipo de patología según Codificación CIE 10 y su relación con los grupos etario, encontramos que el 57.28% de las pacientes se encuentran en el grupo poblacional adolescente y de estas, el mayor porcentaje correspondiente al 16.5% tienen un diagnóstico de Trastorno Mental y del Comportamiento Secundario al Consumo de Múltiples Sustancias Psicoactivas (F199), seguidas del 10.68% con diagnóstico Trastorno Mixto Depresivo Ansioso (F412).

El segundo grupo etario más representativo corresponde a juventud con 32.04% y de estas el 11.65% tienen diagnóstico Trastorno Mixto Depresivo Ansioso (F412), seguidas del 3.88% con diagnóstico de Trastorno Mental y del Comportamiento Secundario al Consumo de Múltiples Sustancias Psicoactivas (F199).

En el grupo poblacional adulto joven (7.77%) el porcentaje más alto de pacientes se presentó con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (F319), correspondiente al 2.91%, es decir 3 pacientes, seguidas de 2 mujeres con Trastorno de Ansiedad no Especificado (F419) y 2 mujeres con trastorno mixto depresivo ansioso (F412), correspondientes al 1.94% respectivamente.

En el grupo poblacional adulto mayor correspondiente al 2.91% de la población total, se observó que 2 pacientes (1.94%) tenían diagnóstico de Trastorno de Ansiedad no Especificado (F419) y una paciente con Episodio Depresivo Moderado (F321).

En los grupos poblacionales adulto joven y adulto mayor, el Trastorno Mental Secundario al Consumo de Sustancias no se presentó en ninguna de las pacientes.

CORRELACION DIAGNOSTICO TRASTORNO MENTAL Y GRUPO ETARIO												
Etiquetas de fila	Adolescencia		Adulto joven		Adulto mayor		Juventud		(en blanco)		Total #	Total %
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
TRASTORNO MIXTO DEPRESIVO ANSIOSO	11	10,68%	2	1,94%	0	0,00%	12	11,65%	0	0,00%	25	24,27%
TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO AL USO DE MULTIPLES SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	17	16,50%	0	0,00%	0	0,00%	4	3,88%	0	0,00%	21	20,39%
TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	4	3,88%	2	1,94%	2	1,94%	3	2,91%	0	0,00%	11	10,68%
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	4	3,88%	0	0,00%	1	0,97%	3	2,91%	0	0,00%	8	7,77%
INSOMNIO CRONICO	3	2,91%	1	0,97%	0	0,00%	3	2,91%	0	0,00%	7	6,80%
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	1	0,97%	3	2,91%	0	0,00%	2	1,94%	0	0,00%	6	5,83%
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE	4	3,88%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	3,88%
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	2	1,94%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,94%	0	0,00%	4	3,88%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	3	2,91%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	2,91%
EPISODIO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	2	1,94%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%	0	0,00%	3	2,91%
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE NO ESPECIFICADO	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,94%	0	0,00%	2	1,94%
OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	1	0,97%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%	0	0,00%	2	1,94%
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	1	0,97%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	1	0,97%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%
TRASTORNO ADAPTATIVO	1	0,97%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%
TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS	1	0,97%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD	1	0,97%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD, NO ESPECIFICADO	1	0,97%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	1	0,97%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%
(en blanco)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total general	59	57,28%	8	7,77%	3	2,91%	33	32,04%	0	0,00%	103	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 9. Correlación entre las variables: Diagnostico y Grupo Etario.

En el siguiente análisis se buscó correlacionar la variable patología de *novo* si/no vs la variable diagnóstica, esta última se recategorizó en 3 grupos: patologías asociadas a Sistema Nervioso Central (SNC), patologías no asociadas a SNC y sin patología.

Se puede observar que en la mayoría de las pacientes al momento del ingreso a prisión ya tenían algún tipo de diagnóstico asociado a trastorno mental (63.11%), en este grupo poblacional se observó que el 29.13% no refiere ningún antecedente patológico y el 26.21% tienen como antecedente: patologías no asociadas a sistema nervioso central. Por su parte, aquellas pacientes que desarrollaron trastorno mental durante su estancia en prisión, tenían patologías no asociadas a SNC en mayor proporción (20.39%) en comparación con aquellas pacientes sin patologías (12.62%). El antecedente de patologías asociadas a SNC se presentó en el 7.77% y 3.88% de las pacientes respectivamente a cada grupo observado.

Tabla 10

CORRELACION VARIABLE ANTECEDENTES PATOLOGICOS VS PATOLOGIA DE NOVO SI/NO						
CLASIFICACIÓN DE ANTECEDENTES PATOLÓGIC	PATOLOGIA ANTIGUA		PATOLOGIA DE NOVO		Total #	Total %
	#	%	#	%		
ASOCIADOS A SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	8	7,77%	4	3,88%	12	11,65%
NO ASOCIADOS A SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	27	26,21%	21	20,39%	48	46,60%
NO REFIERE	30	29,13%	13	12,62%	43	41,75%
Total general	65	63,11%	38	36,89%	103	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 10. Correlación entre las variables: antecedentes patológicos y patología de *novo* si/no

En la correlación de las variables grupo etario y tipo de delito cometido se encontró que: el delito que con mayor frecuencia se presentó fue el Hurto (29.13%), seguido del Tráfico, porte o fabricación de Estupefacientes (24.28%), a continuación, el Homicidio (20.39%). Al comparar con el grupo etario se pudo observar que la proporción se mantiene en el mismo orden de presentación, es decir: Hurto (18.45%), Tráfico, porte o fabricación de Estupefacientes (13.59%) y Homicidio (11.65%). En el grupo etario juventud la proporción se distribuye así: Hurto (9.71%), Tráfico, porte o fabricación de Estupefacientes (7.77%) y Homicidio (6.8%). Tabla 11.

TIPO DE DELITO	RUPO ETÁ		Valores								Total #	Total %
	#	%	Adolescencia		Adulto joven		Adulto mayor		Juventud			
			#	%	#	%	#	%	#	%		
CONCIERTO PARA DELINQUIR	2	1,94%	1	0,97%	0	0,00%	2	1,94%	5	4,85%		
DESAPARICION FORZOSA	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%	0	0,00%	1	0,97%		
EXTORSION	1	0,97%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%		
FABRICACION TRAFICO Y PORTE DE ARMAS DE FUEGO O MUNICIONES	1	0,97%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%	2	1,94%		
HOMICIDIO	12	11,65%	2	1,94%	0	0,00%	7	6,80%	21	20,39%		
HURTO	19	18,45%	1	0,97%	0	0,00%	10	9,71%	30	29,13%		
LESIONES PERSONALES	2	1,94%	1	0,97%	0	0,00%	1	0,97%	4	3,88%		
PECULADO	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%	0	0,00%	1	0,97%		
PROXENETISMO	0	0,00%	1	0,97%	0	0,00%	2	1,94%	3	2,91%		
SECUESTRO SIMPLE	4	3,88%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,94%	6	5,83%		
TENTATIVA DE HOMICIDIO	1	0,97%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%		
TRAFICO FABRICACION O PORTE DE ESTUPEFACIENTES	14	13,59%	2	1,94%	1	0,97%	8	7,77%	25	24,27%		
TRATA DE PERSONAS	2	1,94%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,94%		
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	1	0,97%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,97%		
(en blanco)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%		
Total general	59	57,28%	8	7,77%	3	2,91%	33	32,04%	103	100,00%		

Fuente: elaboración propia

Tabla 11. Correlación entre la variable Tipo de Delito y Grupo Etario.

En la siguiente correlación se tuvo en cuenta la variable tipo de diagnóstico, la cual se recategorizó en 4 grupos (depresión, ansiedad, consumo de spa y otros) y se correlacionó con la variable, enfermedad de *novo* si/no y la variable tiempo de la primera consulta por psiquiatría. Se pretende describir el tiempo de demora en la atención para acceder a la primera valoración por psiquiatría, dependiendo si se trata de una enfermedad que viene con la paciente o se desarrolla de forma intrapenitenciaria.

Se puede observar que de aquellas pacientes que ingresan a prisión con antecedente de depresión, la oportunidad de la consulta por psiquiatría en promedio tarda 9 meses, y aquellas pacientes que desarrollaron depresión dentro de la institución, la oportunidad de la consulta por psiquiatría tarde 24.56 meses. Tabla 12.

OPORTUNIDAD CONSULTAS POR PSIQUIATRIA												
Etiquetas de fi	# DXS	PATOLOGIA DE NOVO NO (Es antecedente)			PATOLOGIA DE NOVO SI			Total # DXS	Total OPORTUNIDAD (Meses)	Total Rango inferior	Total Rango superior	
		OPORTUNIDAD AD (Meses)	Rango inferior	Rango superior	# DXS	OPORTUNIDAD AD (Meses)	Rango inferior					Rango superior
DEPRESION	30	9,60	0,40	35,30	18	24,56	2,53	57,43	48	15,21	0,40	57,43
OTROS	16	10,47	0,33	44,87	7	31,29	2,53	82,10	23	16,81	0,33	82,10
CONSUMO SPA	14	7,20	4,13	40,80	7	13,49	2,07	49,87	21	9,30	4,13	49,87
ANSIEDAD	5	2,04	4,13	7,80	6	37,57	19,03	53,83	11	21,42	4,13	53,83
Total general	65	8,72	4,13	44,87	38	25,81	2,07	82,10		15,02	4,13	82,10

Fuente: elaboración propia

Tabla 12. Oportunidad en la Consulta de Psiquiatría.

La variable “Tipo de Fármaco” se correlaciono con la variable “Dosis”, con el objeto de determinar las características de la prescripción de cada principio activo; durante la recolección de datos se decidió que se registraría la dosis diaria total, sin tener en cuenta el intervalo de dosificación, dado que facilita la consolidación del dato para un correcto análisis, la gran mayoría de psicofármacos se administran por vía oral y en dosis diaria, excepto por la Pipotiazina la cual se administra por vía intramuscular (IM) y en dosis mensual. También se identificó que la gran mayoría de los medicamentos prescritos por psiquiatría se encontraban en presentación de miligramos (mg), excepto algunos que venían prescritos en gotas (clonazepam, levomepromazina, risperidona) por lo que se realizó la conversión con el objeto de unificar la unidad de medida y facilitar el posterior análisis.

Una vez unificado los conceptos y parametrizado los datos se pasó a la correlación de variables encontrando que:

La quetiapina es el psicofármaco mayormente prescrito y su dosis va desde 25mg a 400mg/día, en su orden el siguiente psicofármaco prescrito es la sertralina y su dosis va de 50mg a 200mg/día, seguido de clonazepam con dosis de 1.5mg a 6mg/día, ácido valproico 250mg a 1500mg/día, levomepromazina 5mg a 100mg/día y amitriptilina 25mg a 50mg/día. Tabla 13.

PRINCIPIOS ACTIVOS PRESCRITOS EN EL PROGRAMA			
FARMACO	# DE PACIENTES	%	DOSIS DIA
QUETIAPINA	50	48,5%	25mg a 400mg
SERTRALINA	43	41,7%	50mg a 200mg
CLONAZEPAM	29	28,2%	1.5mg a 6mg
ACIDO VALPROICO	25	24,3%	250mg a 1500mg
LEVOMEPRMAZINA	24	23,3%	5mg a 100mg
AMITRIPTILINA	13	12,6%	25mg a 50mg
ESCITALOPRAM	9	8,7%	10mg a 20mg
PIPOTIAZINA	6	5,8%	25mg a 50mg/dosis mes*
OLANZAPINA	4	3,9%	5mg a 20mg
FLUOXETINA	3	2,9%	20mg a 40mg
RISPERIDONA	3	2,9%	1mg a 4mg
CLOZAPINA	2	1,9%	100mg
PREGABALINA	2	1,9%	150mg a 225mg
TRAZADONA	2	1,9%	50mg
ALPRAZOLAM	1	1,0%	0.75mg
CARBAMAZEPINA	1	1,0%	200mg
PAROXETINA	1	1,0%	20mg
VENLAFAXINA	1	1,0%	150mg

Fuente: elaboración propia

Tabla 13. Tipo de Psicofármaco Prescrito y Dosis.

4.1.5 Análisis sobre Adherencia a Guía de Práctica Clínica de Depresión desde el punto de vista Farmacológico

La depresión es un estado patológico que puede presentarse en diferentes grados de severidad: leve, moderada y grave. El tratamiento con psicofármacos está recomendado solo en los estadios moderados o severos. La guía de práctica clínica para el manejo de esta patología en Colombia, recomienda el uso de antidepresivos de primera línea, antidepresivos de segunda línea y tercera línea; en ocasiones según la severidad del cuadro y/o síntomas asociados, se puede incluir en el manejo farmacológico, medicamentos como: moduladores del estado de ánimo, antipsicóticos y benzodiacepinas. Teniendo en cuenta la guía disponible en nuestro país, se encontró que, de las 48 pacientes, correspondientes a aquellas mujeres con diagnóstico de Depresión en diferentes estadios, en 39 de ellas (81.25%) si se cumplen las recomendaciones del abordaje farmacológico propuesto en dicha guía,

en 6 de ellas (12.5%) no se cumplen las recomendaciones del abordaje farmacológico descrito y en 3 de ellas (6.25%) el cumplimiento es parcial. Tabla 14.

Se pudo determinar que la no adherencia a la guía, en las 6 pacientes descritas, se debe a que a pesar de tratarse de un diagnóstico de trastorno depresivo, en el tratamiento no se incluyó ninguna clase de antidepresivo de los sugeridos (primera, segunda y tercera línea). Por su parte, las 4 pacientes en las que se determinó que la adherencia era parcial, se pudo observar que la prescripción farmacológica incluía 2 antidepresivos de 3ra línea para cada paciente.

GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA EVALUADAS	NO		PARCIALMENTE		SI		Total #	Total %
	#	%	#	%	#	%		
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS		0,00%		0,00%	4	8,33%	4	8,33%
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	1	2,08%	1	2,08%	6	12,50%	8	16,67%
EPISODIO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	2	4,17%		0,00%	1	2,08%	3	6,25%
TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE		0,00%		0,00%	1	2,08%	1	2,08%
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE NO ESPECIFICADO	1	2,08%		0,00%	1	2,08%	2	4,17%
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE		0,00%		0,00%	1	2,08%	1	2,08%
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE		0,00%		0,00%	4	8,33%	4	8,33%
TRASTORNO MIXTO DEPRESIVO ANSIOSO	2	4,17%	2	4,17%	21	43,75%	25	52,08%
(en blanco)		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%
Total general	6	12,50%	3	6,25%	39	81,25%	48	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 14. Adherencia a Guía de Práctica Clínica de Depresión.

4.1.6 Descripción y Análisis Especifico de aquellas Pacientes en las que no hay Adherencia a Guía de Práctica Clínica de Depresión desde el punto de vista Farmacológico

Se identificaron 6 pacientes en las que se determinó que no existe adherencia a la GPC para depresión desde el punto de vista farmacológico ya que, en el tratamiento de primera vez por especialista en psiquiatría, no se incluye medicación antidepresiva de ninguna de las líneas sugeridas (primera, segunda, tercera o cuarta línea). Con el objeto de determinar posibles causas de la no adherencia se realizó un análisis específico de este subgrupo poblacional, se identificó que:

Son mujeres pertenecientes al grupo etario adolescente y juventud en un 50% respectivamente. Tabla 15.

GRUPO ETARIO EN PACIENTES CON NO ADHERENCIA A GPC		
Etiquetas de fila	Cuenta de GRUPO ETARIO	Cuenta de GRUPO ETARIO2
Adolescencia	3	50,00%
Juventud	3	50,00%
Total general	6	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 15. Grupo Etario en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC

El IMC al ingreso a la institución fue normal para el 33.33%, bajo peso para el 33.3%, en obesidad I y sobrepeso se registró una paciente respectivamente. (Tabla 16).

IMC EN PACIENTES CON NO ADHERENCIA A GPC		
Etiquetas de fila	Cuenta de IMC	Cuenta de IMC2
BAJO PESO	2	33,33%
NORMAL	2	33,33%
OBESIDAD I	1	16,67%
SOBREPESO	1	16,67%
Total general	6	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 16. IMC en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC

La tipificación del delito cometido en este grupo de mujeres se distribuyó así: hurto 50% y 16.67% para homicidio, proxenetismo y tráfico, fabricación o porte de estupefacientes, respectivamente. (Tabla 17).

TIPO DE DELITO EN PACIENTES CON NO ADHERENCIA A GPC		
Etiquetas de fila	Cuenta de DELT	Cuenta de DELT2
HOMICIDIO	1	16,67%
HURTO	3	50,00%
PROXENETISMO	1	16,67%
TRAFICO FABRICACION O PORTE DE ESTUPEFACIENTES	1	16,67%
Total general	6	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 17. Tipificación de delito en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC

En cuanto a antecedentes patológicos, el mayor porcentaje (33.33%) corresponde a aquellas mujeres que no refieren otro tipo de patología. Las demás pacientes se distribuyen de forma aislada como se observa en la tabla 18.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS EN PACIENTES CON NO ADHERENCIA A GPC		
PATOLOGIAS ASOCIADAS	#MUJERES	%MUJERES
COLON IRRITABLE, MIGRAÑA	1	16,67%
HERNIA DISCAL	1	16,67%
HIPERTENSION, DIABETES MELLITUS, ASMA, OBESIDAD	1	16,67%
HIPERTENSION, SIFILIS	1	16,67%
NO REFIERE	2	33,33%
Total general	6	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 18. Antecedentes Patológicos en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC

En cuanto a antecedentes farmacológicos se identifica que el mayor porcentaje (66.67%) no refiere ingesta de otro tipo de medicamentos, el porcentaje restante se distribuye de forma aislada como se muestra en la tabla 19.

ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS EN PACIENTES CON NO ADHERENCIA A GPC		
FARMACOS	# MUJERES	%MUJERES
LOSARTAN	1	16,67%
METFORMINA, LOSARTAN, SALBUTAMOL INHALADOR	1	16,67%
NO REFIERE	4	66,67%
Total general	6	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 19. Antecedentes Farmacológicos en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC

En antecedentes alérgicos se identifica que el mayor porcentaje (83.33%) corresponde a mujeres que no refieren antecedentes de alergia, se identificó una paciente que refiere alergia a codeína. (Tabla 20)

ANTECEDENTES ALERGICOS EN PACIENTES CON NO ADHERENCIA A GPC		
ALERGIA REFERIDA	#MUJERES	%MUJERES
CODEINA	1	16,67%
NO REFIERE	5	83,33%
Total general	6	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 20. Antecedentes Alérgicos en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC

En la variable consultas o controles por psiquiatría se identificó que este subgrupo de mujeres, acudieron a control entre 4 y 6 veces (33.33%) y entre 7 y 8 veces respectivamente el 16.67% (Tabla 21).

CONSULTAS PSIQUIATRIA EN PACIENTES CON NO ADHERENCIA A GPC		
CONSULTAS	#MUJERES	%MUJERES
consul 4	2	33,33%
consul 6	2	33,33%
consul 7	1	16,67%
consul 8	1	16,67%
Total general	6	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 21. Consultas por Psiquiatría en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC

El 50% de las mujeres, no refieren autolesiones, una autolesión el 33.33% y 2 autolesiones el 16.67%. (Tabla 22).

AUTOLESIONES EN PACIENTES CON NO ADHERENCIA A GPC		
AUTOLESIONES	#MUJERES	%MUJERES
auto 0	3	50,00%
auto 1	2	33,33%
auto 2	1	16,67%
Total general	6	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 22. Autolesiones en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC

El 50% de las mujeres acudieron a valoración por riñas o heteroagresion en 3 oportunidades, el 33.33% registro una riña y el 16.67% sin riñas durante ese periodo. (Tabla 23).

RIÑAS EN PACIENTES CON NO ADHERENCIA A GPC		
CONSULTAS	#MUJERES	%MUJERES
riñas 0	1	16,67%
riñas 1	2	33,33%
riñas 3	3	50,00%
Total general	6	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 23. Riñas o heteroagresion en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC

En el total de las mujeres se registró como diagnostico principal: trastorno depresivo con diferente variabilidad según CIE10, ninguna mujer de este grupo tuvo diagnósticos secundario o relacionado. (Tabla 24).

DIAGNOSTICO PRINCIPAL EN PACIENTES CON NO ADHERENCIA A GPC		
DX PRINCIPAL	#MUJERES	%MUJERES
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	1	16,67%
EPISODIO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	2	33,33%
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE NO ESPECIFICADO	1	16,67%
TRASTORNO MIXTO DEPRESIVO ANSIOSO	2	33,33%
Total general	6	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 24. Diagnostico Principal en subgrupo de pacientes con no adherencia a GPC

4.2 Discusión

En el centro penitenciario Buen pastor de Bogotá, se identificó que las pacientes pertenecientes al programa de psiquiatría, en su mayoría son pacientes jóvenes y en edad productiva, datos que concuerdan con lo expuesto en el estudio: *Mujeres y Prisión en Colombia*, (16) realizado por el Centro de Investigación y Docencia Económica de México, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia y publicado en 2018, donde además se resalta que las mujeres en prisión se caracterizan por tener un nivel socioeconómico bajo, ser solteras y en su mayoría madres cabeza de familia.

Ese mismo estudio, realizado en la totalidad de las mujeres privadas de la libertad en centros penitenciarios del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), realizó un análisis del tipo de delito por el que son judicializadas dichas mujeres, encontrando que en su mayoría son por delitos menores, no relacionados con actos violentos o que representen un riesgo grave para la seguridad en las ciudades, se identificó que el 42.5% correspondían a Tráfico, Porte o Fabricación de Estupefacientes, el 28.7% Concierto para Delinquir, seguido del 17.4% por Hurto. Por su parte en los resultados obtenidos en Buen Pastor y realizados sobre las mujeres pertenecientes al programa de psiquiatría, se identificó que el delito más frecuente es el Hurto, seguido del Tráfico, Porte o Fabricación de Estupefacientes y en tercer lugar el Homicidio; delitos que por lo general acarrean condenas largas y se asocian a pacientes con condiciones familiares difíciles y con una precaria red de apoyo. Se podría decir que en este grupo poblacional se observó mayor incidencia de delitos asociados a conductas violentas como lo es el Homicidio.

En el presente estudio, después de analizar los antecedentes tóxicos, se identificó que la mayoría de mujeres consumen cigarrillo, seguido de marihuana y en tercer lugar otras sustancias, se pudo concluir también, que es habitual el policonsumo 21% de las mujeres; en el estudio: *Muertes por Reacción Aguda a Drogas en las Prisiones de Galicia*, publicado en 2017, (17) por un grupo de psiquiatras del Hospital de Coruña y el servicio de Toxicología de la Universidad Santiago de Compostela, el cual se realizó mediante el análisis de 510 muertes registradas en hombres, se pudo determinar también, que el policonsumo es habitual (88.2%), pero el consumo de sustancias psicoactivas se distribuyó así: cocaína 56.7%, opiáceos (heroína y metadona) 55.5% y 42.5% respectivamente, benzodiazepinas 44.1%, alcohol 27.1% y cannabis 17.2%. Por lo anterior la población puede ser comparable frente a policonsumo pero no frente a tipo de sustancias psicoactivas

(SPA) consumidas, este hallazgo nos puede indicar la necesidad de establecer un programa de rehabilitación dirigido a población Colombiana, teniendo en cuenta el tipo y la gravedad de la farmacodependencia presente en nuestra región.

En cuanto al diagnóstico, se pudo establecer que el trastorno mental más frecuente en la población descrita es el Trastorno Depresivo, en sus diferentes denominaciones codificadas en CIE10, el resultado fue similar en el estudio: *La Carga Económica de la Depresión en Colombia*, (18) el cual fue realizado a partir de los datos registrados en 279 historias clínicas de pacientes hospitalizados en diferentes instituciones del país, publicado en la Revista Colombiana de Psiquiatría en 2010, en dicho estudio refieren que la prevalencia de la enfermedad se distribuyó así: Trastorno Depresivo Recurrente 37.77%, Episodio Depresivo y Trastorno Depresivo Recurrente Grave sin Síntomas Psicóticos 36.33%, Episodio Depresivo Mayor y Trastorno Depresivo no Especificado 10.43%, entre otros. Se podría asumir que los diagnósticos son semejantes en proporción y de gran importancia ya que constituyen una causa significativa de ausentismo laboral y discapacidad, aumentando los costos directos e indirectos en salud, situación semejante en buen pastor donde las remisiones a hospitalización por patología mental también son frecuentes y se pudo determinar que el 15% de las mujeres con trastorno mental fueron hospitalizadas en 1 ocasión durante el periodo de seguimiento de 12 meses.

En cuanto al uso de psicofármacos, es importante destacar que en la población estudiada se identificó que el medicamento mayormente prescrito es la quetiapina, seguido de sertralina, clonazepam, ácido valproico, levomepromazina y amitriptilina. Es importante tener en cuenta que el rango de dosis es amplio y por lo general la dosis diaria ingerida superior, si la comparamos con la población general, tal y como se describe en el: *Estudio de Utilización de Psicofármacos del Centro Penitenciario de Leon*, publicado en la Revista Española de Sanidad Penitenciaria en el 2001,(19) en el que se buscó comparar la población carcelaria y la población en libertad, desde el punto de vista farmacológico, se encontró que el antipsicótico mayormente usado es la Olanzapina, seguido de Flufenazina y Haloperidol. En el grupo de las benzodiacepinas el más usado es el clorazepato de potasio, seguido de alprazolam y diazepam. En el grupo de los antidepresivos, los más usados son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina. Teniendo en cuenta lo anterior, existe similitud en cuanto a grupos farmacológicos, pero difieren los principios activos, es similar el antidepresivo más usado (sertralina), por su parte la quetiapina no es descrita por los autores en mención y en Colombia la benzodiacepina más usada es el clonazepam.

En este punto es importante describir que en Buen Pastor, la entrega del medicamento se lleva a cabo por la enfermera auxiliar perteneciente al programa de psiquiatría, quien se encarga de suministrar la dosis única diaria y verificar la ingesta adecuada de dicho fármaco, además de llevar el registro que incluye la firma de la paciente que lo recibe. La entrega de dosis unitaria hace referencia a la administración del medicamento que llega a la institución previamente empaquetado en dosis únicas, las cuales se entregan en horario de mañana, tarde y noche. Lo anterior con el fin de garantizar una mejor adherencia al tratamiento y disminuir las conductas delictivas asociadas a la venta ilegal de este tipo de medicamentos, situación descrita comúnmente en los centros penitenciarios.

En un estudio con enfoque cualitativo, denominado: “Medicalización psiquiátrica en tres prisiones femeninas brasileras: un abordaje etnográfico sobre los itinerarios de criminalización, patologización y farmacologización”; realizado en tres institutos penitenciarios de Brasil y publicado en 2020, se pudo describir la experiencia asociada a pacientes con trastorno mental y consumo de psicofármacos desde diferentes puntos de vista (paciente, guardia de seguridad, médico psiquiatra tratante): la mujer privada de la libertad ve en el psicofármaco una opción que le permite sobrellevar la carga emocional impuesta por la situación de encierro, o por otra parte una sustancia que potencialmente podría empeorar la condición de salud ya que le ocasiona alteración en la conducta o deterioro en su funcionalidad; los guardias de seguridad ven en el psicofármaco, una sustancia que permite tranquilizar a las mujeres conflictivas y de una u otra manera mantener el orden, por lo que en muchas ocasiones inducen al médico para su prescripción y por su parte, el médico psiquiatra maneja una contención a partir de la medicación, es decir se concentra en manejar los síntomas y las consecuencias del trastorno mental presente, no se concentra en sus causas, ya que de por sí, el entorno carcelario incrementa los síntomas asociados a alteraciones del estado de ánimo, empeora patologías previas o desencadena nuevos trastornos.

En el mismo estudio describen los grupos farmacológicos y los medicamentos mayormente usados, así: ansiolíticos como el diazepam (10 mg) y clonazepam (2 mg). Antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina (25 mg) e imipramina (25 mg), y en tercer lugar la fluoxetina (20 mg). Antipsicóticos como haloperidol (5 mg), levomepromazina (100 y 25 mg), carbonato de litio y risperidona (2 mg). Estabilizadores del estado de ánimo como el ácido valproico. Si lo comparamos con la descripción presentada en Buen Pastor Bogotá, observamos que los grupos farmacológicos prescritos se mantienen, pero los principios activos más recomendados varían, podemos observar que la sertralina no se usa en esa población, tampoco la quetiapina; por su parte en la institución a nivel nacional no se registra el uso de diazepam y tampoco de haloperidol.

Se registro el consumo mensual de medicamentos en los diferentes centros penitenciarios, en uno de ellos con una población de 132 mujeres, se pudo determinar que, durante un mes, se consumió un total de 8720 tabletas, las cuales se distribuyeron así: ansiolíticos 41,40%, antidepresivos 35,55%, antiepilépticos 12,04%, antipsicóticos 8,26% y anticolinérgicos 2,75%. Si lo comparamos con el análisis presentado en buen pastor encontramos que mensualmente se consumen 6990 tabletas, es decir 233 tabletas diarias, que correspondería aproximadamente a 2.26 tabletas por cada paciente; se concluye entonces que la cantidad es muy similar, ya que en la prisión de Brasil se consumen diariamente 2.19 tabletas por cada paciente. En cuanto a los grupos farmacológicos se identifico que, en la población estudiada, el grupo farmacológico mayormente prescrito fueron los antipsicóticos (30.5%), seguido de los antidepresivos (19.3%), podemos concluir que las dos poblaciones en su orden de prescripción son similares en cuanto al segundo grupo farmacológico mayormente prescrito, correspondiente a los antidepresivos.

Se pudo identificar también que del total de mujeres con diagnóstico de depresión, en el 81.25% de ellas, si se cumple la adherencia a la GPC establecida en Colombia, es decir que en un gran porcentaje, el manejo con psicofármacos prescrito en la valoración por especialista, está acorde a lo establecido en las guías de manejo, teniendo en cuenta el diagnóstico y la sintomatología asociada de cada paciente; es importante resaltar que el abordaje de esta población con características especiales y factores de riesgo propios de ellas, condiciona en muchas ocasiones la elección de la terapia farmacológica, su dosis y su frecuencia.

Según los hallazgos descritos en el subgrupo poblacional de aquellas mujeres en quienes no se cumple la adherencia a la GPC, se puede concluir que:

Al comparar el subgrupo con el total de la población, la relación de similitud se mantiene teniendo en cuenta el grupo etario y la tipificación del delito cometido. Al analizar los antecedentes personales (patológicos, farmacológicos y tóxicos), se identifica que la mayoría de las mujeres no refieren este tipo de antecedentes y en aquellas que lo refieren, no se encuentra una causa para la posible justificación del no uso de antidepresivo.

Por su parte, llama la atención que el 50% de las mujeres de este subgrupo, acudieron a consulta de medicina general por motivo de riña en 3 ocasiones, durante el periodo de estudio, podríamos asumir que la usencia de antidepresivo en el tratamiento de estas pacientes aumenta su conducta conflictiva y problemáticas asociadas a su convivencia.

Ninguna de las mujeres del subgrupo analizado tenía otro diagnóstico relacionado que explique la posible causa del no uso de antidepresivo, por todo lo anterior se puede concluir que no existe una explicación clara y contundente que permita establecer el porqué de la no adherencia a la GPC. Podríamos asumir que se trata de una decisión empírica por parte del profesional tratante, teniendo en cuenta su experiencia en el abordaje de este tipo de pacientes.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

En la actualidad los trastornos de salud mental, han sido catalogados por la OMS, como un problema de gran magnitud con comportamiento similar a una epidemia silenciosa; por lo anterior se consolidó la importancia de estudiar esta problemática dentro del centro penitenciario, teniendo en cuenta las características inherentes a este grupo poblacional con condiciones especiales. Después del análisis de los resultados descritos, se puede concluir que:

El grupo poblacional mayormente afectado es el grupo etario adolescente y grupo etario juventud, situación que pone de manifiesto la problemática del país, teniendo en cuenta que gran parte de este grupo de personas corresponden a la población en edad productiva del país y en su mayoría son mujeres cabeza de familia. El diagnóstico más frecuente es el Trastorno Depresivo en sus diferentes grados de severidad, seguido del diagnóstico de Trastorno Asociado a Consumo de Sustancias, este último parece ser más frecuente en edades jóvenes y desaparece en la edad adulta y adulto mayor.

Se identificó que la mayoría de pacientes pertenecientes al programa de psiquiatría, en su ingreso a la institución penitenciaria, ya tenían algún tipo de diagnóstico asociado a trastorno mental y que el promedio en la oportunidad de la atención, calculado en meses, es elevado para los dos grupos analizados:

pacientes con trastorno mental ya diagnosticado y pacientes con trastorno mental de *novo*.

Se describieron un total de 18 tipos de psicofármacos, pertenecientes a los grupos farmacológicos: antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo y benzodiacepinas, de los cuales el mayormente prescrito fue la quetiapina, seguido de la sertralina.

Se pudo identificar también que en un gran porcentaje de mujeres si se cumple la adherencia a la GPC establecida en Colombia, es decir la prescripción por especialista, está acorde a lo establecido en las guías de manejo, teniendo en cuenta el diagnóstico y la sintomatología asociada de cada paciente.

Según los hallazgos descritos en el subgrupo poblacional de aquellas mujeres en quienes no se cumple la adherencia a la GPC, se puede concluir que no se encuentra una causa para la posible justificación del no uso de antidepresivo, en este subgrupo también se identificó que la usencia de antidepresivo en el tratamiento, podría aumentar su conducta conflictiva y problemáticas asociadas a su convivencia.

Se puede concluir, además, que no existe una explicación clara y contundente que permita establecer el porqué de la no adherencia a la GPC. Podríamos asumir que se trata de una decisión empírica por parte del profesional tratante, teniendo en cuenta su experiencia en el abordaje de este tipo de pacientes.

5.2 Recomendaciones

Continuar la línea de investigación en cuanto a trastornos mentales y psicofármacos: indicación prescripción, en una próxima intervención, se recomienda estudiar a la población en un tiempo mayor a 12 meses, podría tratarse de un tiempo de 5 años y que incluya otros centros penitenciarios con características similares, con el objeto de tener una muestra más representativa y de esta manera posibles resultados que puedan ser extrapolados a grupos poblacionales en condiciones semejantes.

Se sugiere complementar información no registrada en historia clínica o que paciente omita, por medio de la implementación de una encuesta, que permita valorar de forma integral, las conductas y los antecedentes de las pacientes, podría complementarse con un estudio cualitativo que describa estas características.

Compartir con el área de psiquiatría los hallazgos encontrados, con el objeto de brindar datos obtenidos desde el punto de vista estadístico, que permitan mejorar el abordaje en la atención de las pacientes con trastorno mental, su manejo farmacológico y sus desenlaces clínicos.

Implementación de programas de rehabilitación, teniendo en cuenta los antecedentes tóxicos de las mujeres y los grupos poblacionales más afectados, los cuales estén acorde a los datos descritos en los resultados del presente estudio, medidas que permitan mejorar el pronóstico y la evolución de este grupo de pacientes.

ANEXOS

ANEXO: PARTE DE FORMATO MATRIZ

C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
EDAD	GRUPO ETAREO	ESCO	PROC	OCUP	ECH	DELT	PE	TALL	IMC	CLASIFICACION IMC
43	Adulto joven	NINGUNA	SANTANDER	AMA DE CASA	CASADA	HOMICIDIO	54	1,6	21,03	NORMAL
33	Juventud	BACHILLERATO COMPLETO	QUINDIO	TRABAJADORA SEXUAL	UNION LIBRE	FABRICACION TRAFICO Y PORTE DE ARMAS DE FUEGO	85	1,58	34,05	OBESIDAD I
22	Adolescencia	PRIMARIA COMPLETA	ATLANTICO	NO REGISTRA	SOLTERA	HURTO	44	1,61	16,37	BAJO PESO
34	Juventud	PRIMARIA INCOMPLETA	ARAUCA	AMA DE CASA	UNION LIBRE	HOMICIDIO	71	1,63	26,72	SOBREPESO
22	Adolescencia	BACHILLERATO INCOMPLETO	META	OFICIOS VARIOS	SOLTERA	TRAFICO FABRICACION O PORTE DE ESTUPEFACIENTES	65	1,6	25,33	SOBREPESO
22	Adolescencia	BACHILLERATO COMPLETO	CUNDINAMARCA	NO REGISTRA	SOLTERA	HOMICIDIO	65	1,53	27,77	SOBREPESO
21	Adolescencia	BACHILLERATO COMPLETO	BOYACA	NO REGISTRA	SOLTERA	LESIONES PERSONALES	65	1,5	28,83	SOBREPESO
21	Adolescencia	BACHILLERATO INCOMPLETO	BOGOTA	MESERA	UNION LIBRE	HURTO	66	1,6	25,78	SOBREPESO
43	Adulto joven	PRIMARIA COMPLETA	BOGOTA	NO REGISTRA	SOLTERA	HOMICIDIO	114	1,63	33,91	OBESIDAD II
23	Adolescencia	BACHILLERATO INCOMPLETO	BOGOTA	OFICIOS VARIOS	SOLTERA	HOMICIDIO	60	1,67	21,51	NORMAL
22	Adolescencia	BACHILLERATO COMPLETO	BOGOTA	NO REGISTRA	SOLTERA	LESIONES PERSONALES	61	1,55	25,33	SOBREPESO
26	Adolescencia	BACHILLERATO COMPLETO	BOGOTA	NO REGISTRA	SOLTERA	HURTO	55	1,53	21,76	NORMAL
23	Adolescencia	BACHILLERATO INCOMPLETO	SANTANDER	NO REGISTRA	UNION LIBRE	HOMICIDIO	56	1,53	22,15	NORMAL
22	Adolescencia	BACHILLERATO INCOMPLETO	BOGOTA	NO REGISTRA	UNION LIBRE	HURTO	70	1,62	26,67	SOBREPESO
31	Juventud	BACHILLERATO COMPLETO	CORDOBA	NO REGISTRA	SOLTERA	HURTO	63	1,53	24,32	SOBREPESO
40	Juventud	PRIMARIA COMPLETA	SANTANDER	VENDEDORA AMBULANTE	SOLTERA	TRAFICO FABRICACION O PORTE DE ESTUPEFACIENTES	55	1,5	24,44	NORMAL
38	Juventud	BACHILLERATO COMPLETO	SANTANDER	COMERCIANTE	SOLTERA	HOMICIDIO	72	1,61	27,78	SOBREPESO
44	Juventud	PRIMARIA INCOMPLETA	META	NO REGISTRA	SOLTERA	HURTO	84	1,53	33,23	OBESIDAD I
26	Adolescencia	BACHILLERATO COMPLETO	HUILA	OFICIOS VARIOS	UNION LIBRE	HOMICIDIO	70	1,52	30,30	OBESIDAD I
27	Adolescencia	BACHILLERATO INCOMPLETO	SANTANDER	NO REGISTRA	UNION LIBRE	TRAFICO FABRICACION O PORTE DE ESTUPEFACIENTES	76	1,72	25,63	SOBREPESO
20	Adolescencia	BACHILLERATO COMPLETO	META	NO REGISTRA	UNION LIBRE	HURTO	43	1,52	18,61	NORMAL
33	Juventud	BACHILLERATO INCOMPLETO	BOGOTA	RECICLADORA	UNION LIBRE	HURTO	53	1,62	22,48	NORMAL
31	Juventud	PRIMARIA COMPLETA	BOGOTA	COMERCIANTE	SOLTERA	HURTO	60	1,58	24,03	NORMAL
46	Adulto joven	BACHILLERATO INCOMPLETO	BOGOTA	NO REGISTRA	UNION LIBRE	TRAFICO FABRICACION O PORTE DE ESTUPEFACIENTES	71	1,54	23,34	SOBREPESO
30	Juventud	UNIVERSITARIO COMPLETO	GUATEMALA	ADMINISTRACION	SOLTERA	TRAFICO FABRICACION O PORTE DE ESTUPEFACIENTES	68	1,53	26,30	SOBREPESO
36	Juventud	BACHILLERATO INCOMPLETO	ANTIOQUIA	AMA DE CASA	SOLTERA	HURTO	78	1,57	31,64	OBESIDAD I

ANEXO: GRUPOS DE VARIABLES

TIPO DE VARIABLE	VARIABLE	NOMBRE DE VARIABLE
SOCIODEMOGRAFICAS	FECHA DE INGRESO A CENTRO PENITENCIARIO	FING
	EDAD	EDD
	ESCOLARIDAD	ESCO
	PROCEDENCIA	PROC
	OCUPACION	OCUP
	ESTADO CIVIL	ECIV
	DELITO	DELT
	PESO	PESO
	TALLA	TALLA
	INDICE DE MASA CORPORAL	IMC
CLÍNICAS	FECHA DE CONSULTA PSIQUIATRICA ANALIZADA	FECHACON
	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DX0
	DIAGNOSTITO RELACIONADO 1	DXR1
	FECHA 1RA CONSULTA POR PSIQUIATRIA	FECHADX
	PATOLOGIA DE NOVO SI O NO	PATSI/NO
	ANTECEDENTES PATOLOGICOS	ANTPA
	ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS	ANTFA
	ANTECEDENTES QUIRURGICOS	ANTQX
	ANTECEDENTES ALERGICOS	ANTALER
	ANTECEDENTES TOXICOS	ANTTOX
	PLANIFICACION FAMILIAR	PLAFLIA
	NUMERO DE HIJOS VIVOS	#HIJOS
	ANTECEDENTES FAMILIARES	AFLIAR
ASOCIADAS AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	PSICOFARMACO 1	PFAR1
	DOSIS 1	DO1
	PSICOFARMACO 2	PFAR2
	DOSIS 2	DO2
	PSICOFARMACO 3	PFAR3
	DOSIS 3	DO3
	PSICOFARMACO 4	PFAR4
	DOSIS 4	DO4
ASOCIADAS A DESENLACES CLINICOS	#CONSULTAS CON PSIQUIATRIA	PSIQUI
	#HOSPITALIZACIONES POR PSIQUIATRIA	HOSPI
	#AUTOLESIONES	CUTT
	#RIÑAS O HETEROAGRESIONES	RIHET

ANEXO: CODIGOS CIE10

F331	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE
F332	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
F199	TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO AL USO DE MULTIPLES SUSTANCIAS PSICOACTIVA
F510	INSOMNIO NO ORGANICO
F319	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
F412	TRASTORNO MIXTO DEPRESIVO ANSIOSO
F432	TRASTORNO ADAPTATIVO
F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
F419	TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO
F510	INSOMNIO CRONICO
F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
F339	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE NO ESPECIFICADO
Z731	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD
F192	TRASTORNO DEL CONTROL DE IMPULSOS
F602	TRASTORNO ASOCIAL DE LA PERSONALIDAD
F609	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD, NO ESPECIFICADO
F333	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE
F311	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
F329	EPISODIO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO
F322	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
F238	OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS

Anexo 4. Aval comité ética universidad nacional

FACULTAD DE CIENCIAS
COMITÉ DE ÉTICA



Bogotá, mayo 03 de 2022

Profesor(a)

José Julián López Gutiérrez
Departamento de Farmacia

Respetado(a) Profesor(a):

Atentamente le comunico que el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias, en reunión realizada el día 02 de mayo de 2022 (Acta 05-2022), evaluó aspectos éticos del proyecto presentado por usted. Como resultado de esta revisión, el Comité considera que el proyecto cumple con los aspectos éticos básicos. Para los fines pertinentes, se transcriben las observaciones y el concepto final.

Proyecto / Investigadores – Grupos – Dependencias / Observaciones.

Proyecto 1. Utilización de psicofármacos en población femenina privada de la libertad de un Instituto penitenciario en Bogotá.

Responsables. José Julián López Gutiérrez (Director de Tesis) y Edwin Iván Benavides Hidalgo (Tesis de Maestría en Ciencias – Farmacología).

Objetivo del estudio. Se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿La prescripción de psicofármacos en población femenina privada de la libertad durante el año 2021 está acorde a recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC) y a sus necesidades de salud mental?

Los principales aspectos éticos, legales y ambientales a tener en cuenta por los investigadores están relacionados con:

1. Protocolos de bioseguridad. Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL) y sistema Institucional de gestión ambiental - SGA (disposición de residuos químicos y biológicos). El acceso a espacios físicos del campus UNAL deberá acogerse a protocolos de bioseguridad ajustados por la coyuntura actual de la pandemia por COVID-19.

2. Guías y pautas normativas.

Los Investigadores declaran: "El estudio de investigación propuesto no requiere un comité de ética según lo descrito en la Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993 en el artículo 11. Se considera una investigación con riesgo mínimo; es decir, "estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes...". La recolección de datos se hará a partir de fuente de información secundaria, en este caso la historia clínica que reposa en el archivo Institucional.

A pesar de esto y debido a que se trata de personas en estado de vulnerabilidad, se solicitará el aval ético a la Institución carcelaria solicitando autorización para la revisión de las historias clínicas. No se publicarán nombres ni documentos que permitan identificar a las personas incluidas de acuerdo con lo descrito en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012 para realizar la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, tratamiento de sus datos personales de conformidad con la ley. La base de datos donde se consigne la información estará anonimizada (códigos para identificación de la historia clínica) y será manejada solo por el investigador principal. Una vez se termine el estudio, este archivo será borrado del computador.

3. Propiedad Intelectual (protección de los desarrollos y cumplimiento de normativas). Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia (Reglamento sobre Propiedad Intelectual UNAL) y Resolución RG 032 de 2012 - Rectoría UN (Propiedad Intelectual en proyectos de Extensión UNAL).



Concepto: Proyecto Avalado. La vigencia del presente aval será la correspondiente al cronograma presentado en la propuesta de investigación.

El CEI tuvo acceso a los siguientes documentos: Proyecto de Investigación conteniendo las consideraciones éticas.

Luis Fernando Ospina Giraldo
Coordinador Comité de Ética (*)

(*) **Acto Administrativo.** Resolución No. 28 de 2022 Secretaría Facultad de Ciencias (Acta 15 del 7 de abril de 2022, Consejo Facultad de Ciencias) "Por la cual se actualiza la acreditación de los integrantes que conforman el Comité Permanente de Ética de la Facultad de Ciencias de la Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia para el período institucional, comprendido entre el 20 de abril del año 2022 y el 19 de abril del año 2024".

Anexo 5. Aval comité de ética INPEC

 Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario	 La justicia es de todos	Minjusticia
--	---	-------------

129-CPAMSMBOG-DIR-

Bogotá D. C. 12 de julio de 2022

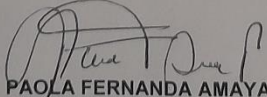
Señores,
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Bogotá

Asunto: Autorización trabajo de grado

Cordial saludo,

Me permito comunicar que una vez analizada la solicitud para realizar el trabajo de grado titulado: **“UTILIZACIÓN DE PSICOFARMACOS EN POBLACIÓN FEMENINA PRIVADA DE LA LIBERTAD DE UN INSTITUTO PENITENCIARIO EN BOGOTÁ”**, de los estudiantes Dr. José Julián López Gutiérrez y Edwin Iván Benavides Hidalgo, el cual cuenta con el aval de ética de la Universidad, donde actualmente se encuentran adelantando sus estudios de Magister en Farmacología.

Desde la Dirección del establecimiento se evaluó el proyecto y se determinó que este podría llevarse a cabo en este ERON, debido a que estas actividades fortalecen la misionalidad del INPEC. Así mismo se podrá ofrecer a nuestra población de privadas de la libertad la oportunidad para determinar las características de su patología, las cuales podrán instaurar los protocolos y líneas de atención que mejoren su estado y pronóstico. En ese sentido para cumplir con los objetivos propuestos por el proyecto se autoriza los datos que podrán revisarse por medio de las historias clínicas y gozará de un acuerdo de confidencialidad, en cuanto a la no divulgación de los nombres ni documentos que permitan identificar a las personas privadas de la libertad, conforme a la ley 1581 de 2012, *protección de datos personales*.


PAOLA FERNANDA AMAYA PRINCE
Directora Cárcel y Penitenciaria con Alta y Media Seguridad para Mujeres de Bogotá

Reviso: Dra. Paola A.
Elaboro: Cristina
Fecha de elaboración: 12/07/2022.

Bibliografía

1. OPS (Organización Panamericana de la Salud), OMS (Organización Mundial de la Salud). NO HAY SALUD SIN SALUD MENTAL. Paho.org/es. [internet]. Publicado 8 oct 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/>
2. Oviedo Arango Juan. SALUD MENTAL EN COLOMBIA: UN ANALISIS DE LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA. [internet]. Colombia: DANE, 2021 [consultado: Feb 2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/>
3. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. INPEC. COMPOSICION DE LA POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD INTRAMURAL EN COLOMBIA. [internet]. Colombia: Indicadores de justicia y criminalidad. [consultado: Feb 2022]. Disponible en: <https://www.inpec.gov.co/>
4. Cristian Acosta Argote. Asuntos Legales. HACINAMIENTO EN LOS CENTROS CARCELARIOS DEL PAÍS ES DE CASI 19% [Internet]. Com.co. [citado: feb 2023]. Disponible en: <https://www.asuntoslegales.com.co/>
5. López-Muñoz F. LA “DÉCADA DE ORO” DE LA PSICOFARMACOLOGÍA (1950-1960): TRASCENDENCIA HISTÓRICA DE LA INTRODUCCIÓN CLÍNICA DE LOS PSICOFÁRMACOS CLÁSICOS [Internet]. Psiquiatria.com. [citado feb de 2023]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trabajos/539.pdf>
6. Salaverry O. LA PIEDRA DE LA LOCURA: INICIOS HISTÓRICOS DE LA SALUD MENTAL. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2012 [citado feb 2023];29(1):143–8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php>
7. Natalia Checa Rivera. EL SISTEMA PENITENCIARIO. ORIGENES Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA [Internet]. Uah.es. [citado feb 2023]. Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/>
8. Ulloa NM, Cubides JA. SISTEMA PENITENCIARIO Y CARCELARIO EN COLOMBIA, DENTRO DEL MARCO DE UN ESTADO SOCIAL DE DERECHO [Internet]. Edu.co. [citado feb 2023]. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/>
9. Congreso De Colombia E. por la cual se expide el CÓDIGO PENITENCIARIO Y CARCELARIO [Internet]. Acnur.org. [citado feb 2023]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/>
10. Sánchez-Mejía AL, Fondevila G, Acero JPM, Cely LAR. MUJERES Y PRISIÓN EN COLOMBIA: desafíos para la política criminal desde un enfoque de género. Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2018.
11. Medigraphic.com. [citado mar 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>

12. Carlos Alberto Isaza Mejía. FUNDAMENTOS DE FARMACOLOGIA EN TERAPEUTICA. Sistema Nervioso Central y Periférico. Capitulo Once. Séptima Edición. 2020.
13. Sistema General de Seguridad Social en Salud-Colombia. GUIA DE PRACTICA CLINICA. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Guía N 22. 2013.
14. Francisco J de Abajo. EL MEDICAMENTO COMO SOLUCIÓN Y COMO PROBLEMA PARA LA SALUD PÚBLICA. UNA BREVE INCURSIÓN A LOS OBJETIVOS DE LA FARMACOEPIDEMIOLOGÍA. División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Agencia Española del Medicamento. Rev Esp Salud Pública 2001.
15. Alvarez Luna F. Farmacoepidemiología. Estudios de Utilización de Medicamentos. Parte I: Concepto y metodología. Seguim Farmacoter 2004; 2(3): 129-136.
16. Astrid Liliana Sánchez-Mejía Leonardo Rodríguez Cely Gustavo Fondevila Juliana Morad Acero. Mujeres y prisión en Colombia, Desafíos para la política criminal desde un enfoque de género. Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), Colombia y la Pontificia Universidad Javeriana. 2018.
17. D Miguel-Arias, C Pereiro-Gómez, AM Bermejo-Barrera, C Vázquez-Ventoso, T Rodríguez-Barca Muertes por reacción aguda a drogas en las prisiones de Galicia (España) durante el periodo 2001-2010. Rev Esp Sanid Penit 2017; 19: 49-56.
18. Pinto Masís, Diana; Gómez-Restrepo, Carlos; Uribe Restrepo, Miguel; Miranda, Carlos; Pérez, Andrés; Espriella, Mauricio de la; Novoa, Jairo; Chaux, Andrea; Arenas, Álvaro; Torres, Néstor; Suárez, Martín; Rondón, Martín. La Carga Económica De La Depresión En Colombia: Costos Directos Del Manejo Intrahospitalario. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 39, núm. 3, 2010, pp. 465-480.
19. MA Cañas, J Cañas, MA Torre. Estudio De Utilización De Psicofármacos En El Centro Penitenciario De León. Análisis comparativo. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2001.
20. Laura Ordoñez Vargas, Claudia Margarita Cortés García. Medicalización Psiquiátrica En Tres Prisiones Femeninas Brasileñas: Un Abordaje Etnográfico Sobre Los Itinerarios De Criminalización, Patologización Y Farmacologización. Salud Colectiva. 2020

