

Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012



Alcaldía de Medellín



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

Facultad de Medicina



Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012
ISBN: 978-958-8674-15-5

Editora

YOLANDA TORRES DE GALVIS

Grupo de Investigación en Salud Mental – Universidad CES

YOLANDA TORRES DE GALVIS

JOSÉ POSADA VILLA

ROBERTO MEJÍA MONTOYA

JOSÉ BAREÑO SILVA

GLORIA MARIA SIERRA HINCAPIÉ

LILIANA PATRICIA MONTOYA VÉLEZ

ALEJANDRA AGUDELO MARTÍNEZ

Secretaría de Salud de Medellín – Grupo de Salud Mental

Diseño e impresión: L Vieco e Hijas Ltda.

Impresión: Mayo de 2012

Este estudio se llevó a cabo mediante convenio de asociación número 4600031432 de 2011 entre la Secretaría de Salud de Medellín, el Grupo de Investigación en Salud Mental que hace parte del Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la Universidad CES, que para esta investigación trabajó con el Agreement firmado con el Consorcio de Epidemiología Psiquiátrica Harvard-OMS que lidera el Estudio Mundial.

Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012

The WHO World Mental Health Survey Consortium

Universidad CES

Facultad de Medicina

Grupo de investigación en Salud Mental

Clasificado por Colciencias en Categoría A

Universidad de Harvard

The International Consortium Psychiatric Epidemiology
(ICPE)

Secretaría de Salud de Medellín

Grupo Salud Mental

ASESORÍA CIENTÍFICA

Universidad de Harvard – Medical School
The International Consortium in Psychiatric Epidemiology
(ICPE)

Ronald Kessler PhD
IP The WHO World Mental Health Survey Consortium

Sergio Aguilar-Gaxiola PhD
Coordinador del The WHO World Mental Health Survey Consortium
para Latinoamérica y el Caribe

Nancy Sampson PhD
The WHO World Mental Health Survey Consortium

RESPONSABLES DEL ESTUDIO

Universidad CES
Facultad de Medicina

Grupo de Investigación en Salud Mental Clasificación A
Colciencias

Secretaría de Salud de Medellín
Grupo Salud Mental

ALCALDÍA DE MEDELLÍN

ANÍBAL GAVIRIA CORREA
Alcalde

GABRIEL JAIME GUARÍN
Secretario de Salud

CLARA LUZ TRUJILLO ESCOBAR
Subsecretaria de Salud Pública

GLORIA INÉS GARRO COSSIO
Subsecretaria de Planeación

GLORIA EMILSE URREGO URREGO
Subsecretaria de Gestión Administrativa

ALBERTO ARISTIZÁBAL OCAMPO
Subsecretario de Aseguramiento

VERÓNICA LOPERA VELÁSQUEZ
Interventora



Alcaldía de Medellín

SECRETARÍA DE SALUD DE MEDELLÍN

LUIS DIEGO GALEANO LÓPEZ

MD. Especialista en farmacodependencia/Especialista en Violencias
Coordinador Grupo de Salud Mental – SSM

CAROLINA SALAS ZAPATA

Gerente de Sistemas de Información en Salud. MG Epidemiología
Grupo Salud Mental – SSM

BEATRIZ GUERRERO ZULUAGA

Psicóloga/Especialista en Psicología Social
Grupo Salud Mental – SSM

LILIANA MARÍA RAMÍREZ JARAMILLO

Psicóloga/Especialista en Psicología Jurídica
/Especialista en Intervenciones Psicosociales
Grupo Salud Mental – SSM

GLORIA MARÍA SOTO

Psicóloga/Especialista en Intervenciones Psicosociales
Grupo Salud Mental – SSM

VERÓNICA LOPERA VELÁSQUEZ

Interventora

DANIELA MUÑOZ VÉLEZ

Comunicadora Social – SSM



Alcaldía de Medellín

UNIVERSIDAD CES



JOSÉ MARÍA MAYA MEJÍA

Rector

JORGE JULIÁN OSORIO GÓMEZ

Decano Facultad de Medicina

RUBÉN DARÍO MANRIQUE HERNÁNDEZ

Director de investigación

INVESTIGADORES

YOLANDA TORRES DE GALVIS

ND. Epidemióloga – Magister en Salud Pública Dra. HC
Jefe Grupo Salud Mental - Facultad de Medicina - CES

JOSÉ POSADA VILLA

MD. Especialista en Psiquiatría

Grupo Salud Mental - Facultad de Medicina - CES

ROBERTO MEJÍA MONTOYA

Especialista en Epidemiología

PhD en Psicología del Desarrollo

Grupo Salud Mental - Facultad de Medicina - CES

JOSÉ BAREÑO SILVA

MD. Esp. Estadística. MG. Epidemiología

Grupo Salud Mental - Facultad de Medicina - CES

GLORIA MARÍA SIERRA HINCAPIÉ

Gerente de Sistemas de Información en Salud

Facultad de Medicina - CES

LILIANA PATRICIA MONTOYA VÉLEZ

Gerente en Sistemas de Información. MG Epidemiología

Grupo Salud Mental - Facultad de Medicina - CES

ALEJANDRA AGUDELO MARTÍNEZ

Gerente de Sistemas de Información en Salud

Facultad de Medicina – CES

COLABORADORES

JULIO CÉSAR ESCOBAR ARANGO

Estadístico

DARÍO ÁNGEL ESCOBAR

Estadístico – Especialista en Demografía

MARIA WITTER ESTRADA MONSALVE

Asistente Administrativa

Facultad de Medicina – CES

JHON BYRON VELASQUEZ LOPERA

Asistente en Sistemas de Información

Facultad de Medicina - CES



CONTENIDO

Agradecimientos	31
Presentación	33

PARTE I

Introducción	35
--------------	----

1. **Ámbito socio cultural del estudio**

1.1	Ubicación y medio ambiente	45
1.2	Demografía	49
1.2.1	Estructura y distribución de la población	49
1.2.2	Primeras causas de mortalidad Medellín, 2009	50
1.2.3	Mortalidad infantil	50
1.2.4	Esperanza de vida al nacer	50
1.2.5	Migración	51
1.2.6	Tasa bruta de natalidad	51
1.2.7	Fecundidad	51
1.3	Factores condicionantes	51

2. **Marco de referencia sobre salud mental**

2.1	Aspectos generales	63
2.1.1	Concepto de salud mental	63
2.1.2	Avances en medicina del comportamiento	67
2.1.3	Factores biológicos	68
2.1.4	Factores psicológicos	75
2.1.5	Factores sociales	77
2.1.6	Enfoque desde la salud pública	80
2.2	Salud mental del niño y el adolescente	81
2.3	Antecedentes históricos de la epidemiología psiquiátrica	82

PARTE II

3. Diseño metodológico

3.1	Tipo de estudio	89
3.2	Población y muestra	90
3.2.1	Ubicación y selección de la muestra	92
3.3	Etapa de recolección	93
3.3.1	Preparación de la comunidad	93
3.3.2	Mecanismos de difusión	94
3.4	Iniciación de trabajo de campo	97
3.5	Instrumento de recolección	98
3.6	Aplicación del instrumento	102
3.6.1	Entrevistadores	103
3.6.2	Prueba piloto	103
3.6.3	Control de inconsistencias	103
3.6.4	Base de datos final	104
3.6.5	Probabilidades de los entrevistados: factores de corrección y factores de expansión	104
3.6.6	Procesamiento y análisis de la información	105
3.6.7	Componente genético del Estudio	106
3.6.8	Recolección de la muestra	107
3.6.9	Formación del biobanco	108

4. Características de la población de estudio

4.1	Variables socio-demográficas	111
4.1.1	Edad y sexo	111
4.1.2	Variables del campo laboral	113
4.1.3	Presencia de figuras paternas en la niñez	114
4.1.4	Trabajo remunerado del padre en la niñez	115
4.1.5	Otra información sobre los padres	115
4.2	Variables con base a la aplicación de escalas sobre factores asociados	117
4.2.1	Escala de eventos vitales	117
4.2.2	Escala de indicadores de situaciones de negligencia en la niñez	118

4.3	Relaciones sexuales en los adolescentes	120
4.3.1	Iniciación de relaciones sexuales	120
4.3.2	Edad de inicio	121
4.3.3	Información sobre hijos en los adolescentes	122
4.3.4	Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses	122
4.3.5	Uso de preservativo	123
4.3.6	Tendencia sexual	124
4.4	Servicios de salud	125
4.4.1	Percepción de salud	125
4.4.2	Utilización de servicios	125
4.4.3	Servicios profesionales	126

PARTE III

5. Trastornos de ansiedad

5.1	Antecedentes	131
5.1.1	Definiciones	131
5.1.2	Clasificación del grupo de trastorno de ansiedad según el DSM-IV	134
5.2	Resultados	149
5.2.1	Trastorno de ansiedad generalizada	149
5.2.2	Trastorno de pánico	152
5.2.3	Trastorno de agorafobia	154
5.2.4	Trastorno de fobia específica	157
5.2.5	Trastorno de fobia social	159
5.2.6	Trastorno de estrés postraumático	162
5.2.7	Trastorno de ansiedad por separación	164
5.2.8	Trastorno obsesivo compulsivo	167
5.2.9	Cualquier trastorno de ansiedad	169

6. Trastornos del estado de ánimo

6.1	Antecedentes	175
6.1.1	Definiciones	175
6.1.2	Clasificación del grupo de trastornos del ánimo según el DSM-IV	176

6.2.1	Trastorno de depresión mayor	184
6.2.2	Trastorno distimia	186
6.2.3	Trastorno bipolar I, II	189
6.2.4	Cualquier trastorno del estado de ánimo	192
7.	Trastornos del inicio de la infancia, niñez y adolescencia	
7.1	Antecedentes	197
7.1.1	Definiciones	197
7.1.2	Clasificación del grupo de trastornos de inicio en la infancia y adolescencia	198
7.2	Resultados	205
7.2.1	Trastorno negativista desafiante	205
7.2.2	Trastorno de conducta	208
7.2.3	Trastorno déficit de atención	210
7.2.4	Cualquier trastorno con inicio de la infancia y adolescencia	213
8.	Trastorno por uso de sustancias	
8.1	Antecedentes	219
8.1.1	Definiciones	219
8.1.2	Clasificación del grupo de trastornos por uso de sustancias según el DSM-IV	221
8.2	Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en adolescentes	231
8.2.1	Factores asociados	233
8.3	Resultados	239
8.3.1	Alcohol	239
8.3.2	Drogas	244
8.3.3	Cualquier trastorno por uso de sustancias	251
9.	Trastornos de la alimentación	
9.1	Antecedentes	257
9.1.1	Definiciones	257

9.1.2	Clasificación del grupo de trastornos de la alimentación según el DSM-IV	258
9.2	Resultados	262
9.2.1	Anorexia	262
9.2.2	Bulimia	263
9.2.3	Cualquier trastorno de la alimentación	265
10. Comportamiento suicida		
10.1	Antecedentes	269
10.1.1	Definiciones	269
10.2	Resultados	275
10.2.1	Ideación suicida	275
10.2.2	Planeación suicida	277
10.2.3	Intento de suicidio	280
PARTE IV		
11. Discusión y Recomendaciones		
11.1	Magnitud del problema	285
11.1.1	Prevalencia de vida	285
11.1.2	Prevalencia últimos doce meses	286
11.1.3	Comportamiento por grupo de trastornos	288
11.2	Síntesis de hallazgos globales	300
11.2.1	Trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos	301
11.2.2	Por área geográfica	302
11.3	Recomendaciones	313
11.3.1	Recomendaciones basadas en las prioridades encontradas	316
	Agradecimientos	327
	Bibliografía	329

LISTADO FIGURAS

Figura 1.	Estructura de la población por edad y sexo, 2011	49
Figura 2.	Inicio del trastorno de conducta	201
Figura 3.	Prevalencia anual y número de consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial, desde finales del decenio de 1990 hasta 2009/2010	230
Figura 4.	Pirámide del impacto en salud	322
Figura 5.	Esquema que ofrece una visión general de la estrategia y plan de acción	326

LISTADO TABLAS

Tabla 1.	Distribución según edad y sexo	111
Tabla 2.	Distribución según nivel de escolaridad	113
Tabla 3.	Eventos vitales	117
Tabla 4.	Indicadores de maltrato en la niñez	118
Tabla 5.	Utilización de servicios de apoyo por problemas de salud mental según sexo	126
Tabla 6.	Clasificación de las fobias específicas según el DSM-IV-TR	139
Tabla 7.	Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según sexo y razón hombre/mujer	149
Tabla 8.	Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según edad	150
Tabla 9.	Indicadores de prevalencia para trastorno de pánico por cien según sexo y razón hombre/mujer	152
Tabla 10.	Indicadores de prevalencia para trastorno de pánico por cien según edad	153
Tabla 11.	Indicadores de prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según sexo y razón hombre/mujer	154
Tabla 12.	Indicadores de prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según edad	155
Tabla 13.	Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según sexo y razón hombre/mujer	157
Tabla 14.	Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según edad	158
Tabla 15.	Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia social por cien según sexo y razón hombre/mujer	159

Tabla 16.	Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia social por cien según edad	161
Tabla 17.	Indicadores de prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según sexo y razón hombre/mujer	162
Tabla 18.	Indicadores de prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según edad	163
Tabla 19.	Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo y razón hombre/mujer	164
Tabla 20.	Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según edad	165
Tabla 21.	Indicadores de prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo y razón hombre/mujer	167
Tabla 22.	Indicadores de prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según edad	168
Tabla 23.	Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer	169
Tabla 24.	Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según edad	170
Tabla 25.	Indicadores de prevalencia para trastorno depresión mayor por cien según sexo y razón hombre/mujer	184
Tabla 26.	Indicadores de prevalencia para trastorno depresión mayor por cien según edad	185
Tabla 27.	Indicadores de prevalencia para trastorno distimico por cien según sexo y razón hombre/mujer	187
Tabla 28.	Indicadores de prevalencia para trastorno distimia por cien según edad	188
Tabla 29.	Indicadores de prevalencia para trastorno bipolar I, II por cien según sexo y razón hombre/mujer	189

Tabla 30.	Indicadores de prevalencia para trastorno bipolar I, II por cien según edad	190
Tabla 31.	Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo por cien según sexo y razón hombre/mujer	192
Tabla 32.	Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo por cien según edad	193
Tabla 33.	Sintomatología básica en el trastorno por déficit de atención	204
Tabla 34.	Indicadores de prevalencia para el trastorno oposicionista y desafiante por cien según sexo y razón hombre/mujer	205
Tabla 35.	Indicadores de prevalencia para trastorno oposicionista y desafiante por cien según edad	206
Tabla 36.	Indicadores de prevalencia para trastorno de conducta por cien según sexo y razón hombre/mujer	208
Tabla 37.	Indicadores de prevalencia para trastorno de conducta por cien según edad	209
Tabla 38.	Indicadores de prevalencia para trastorno déficit de atención con o sin hiperactividad por cien según sexo y razón hombre/mujer	210
Tabla 39.	Indicadores de prevalencia para trastorno déficit de atención por cien según edad	211
Tabla 40.	Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno con inicio de la infancia y la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer	213
Tabla 41.	Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno con inicio de la infancia y la adolescencia por cien según edad	214
Tabla 42.	Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según sexo y razón hombre/mujer	239
Tabla 43.	Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según edad	240

Tabla 44.	Indicadores de prevalencia para trastorno de dependencia al alcohol por cien según sexo y razón hombre/mujer	242
Tabla 45.	Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según edad	243
Tabla 46.	Prevalencia de consumo de sustancias en la vida según lugar de residencia	245
Tabla 47.	Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer	246
Tabla 48.	Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según edad	247
Tabla 49.	Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer	249
Tabla 50.	Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según edad	250
Tabla 51.	Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según sexo y razón hombre/mujer	252
Tabla 52.	Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según edad	253
Tabla 53.	Indicadores de prevalencia para trastorno anorexia por cien según sexo y razón hombre/mujer	262
Tabla 54.	Indicadores de prevalencia para trastorno anorexia por cien según edad	263
Tabla 55.	Indicadores de prevalencia para trastorno bulimia por cien según sexo y razón hombre/mujer	263
Tabla 56.	Indicadores de prevalencia para trastorno bulimia por cien según edad	264
Tabla 57.	Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de la alimentación por cien según sexo y razón hombre/mujer	265
Tabla 58.	Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de la alimentación por cien según edad	266

Tabla 59.	Indicadores de prevalencia ideación suicida por cien según sexo y razón hombre/mujer	275
Tabla 60.	Indicadores de prevalencia ideación suicida por cien según edad	276
Tabla 61.	Indicadores de prevalencia planeación suicida por cien según sexo y razón hombre/mujer	277
Tabla 62.	Indicadores de prevalencia para planeación suicida por cien según edad	278
Tabla 63.	Indicadores de prevalencia intento de suicidio por cien según sexo y razón hombre/mujer	280
Tabla 64.	Indicadores de prevalencia para intento de suicidio por cien según edad	281
Tabla 65.	Indicadores de prevalencia de vida para uno o más trastornos psiquiátricos por cien según sexo y razón hombre/mujer	285
Tabla 66.	Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para uno o más trastornos por cien según sexo y razón hombre/mujer	286
Tabla 67.	Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer	288
Tabla 68.	Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos del ánimo por cien según sexo y razón hombre/mujer	289
Tabla 69.	Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos del impulso o de inicio en la infancia o la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer	290
Tabla 70.	Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según sexo y razón hombre/mujer	292
Tabla 71.	Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según grupos de adolescentes y adultos	293

Tabla 72.	Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según lugar de residencia	293
Tabla 73.	Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos de la alimentación por cien según sexo y razón hombre/mujer	297
Tabla 74.	Indicadores por cien para comportamientos suicidas según sexo	298
Tabla 75.	Indicadores por cien para comportamiento suicida según edad	300
Tabla 76.	Prevalencia anual de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos	301
Tabla 77.	Prevalencia de vida de trastornos mentales por áreas geográficas	302
Tabla 78.	Prevalencia anual de trastornos mentales por áreas geográficas	304
Tabla 79.	Consumo de sustancias en el último año por área geográfica	307
Tabla 80.	Prevalencia de trastornos de sustancias en el último año con alcohol y sin alcohol según comuna, datos sin ponderar	308
Tabla 81.	Prevalencia en el último año e IC 95% de grupos de trastornos según área geográfica	310
Tabla 82.	Número de casos estimados de trastornos mentales por índice de corrección intercensal para los últimos doce meses	311

LISTADO GRÁFICOS

Gráfico 1.	Medellín: tasas de cobertura neta, 2004-2009	55
Gráfico 2.	Distribución porcentual de las 10 primeras causa de consulta externa por trastornos mentales y del comportamiento (RIPS). Medellín, año 2010	57
Gráfico 3.	Distribución porcentual de las 10 primeras causas de hospitalización por trastornos mentales y del comportamiento (RIPS). Medellín, año 2010	58
Gráfico 4.	Distribución porcentual de las 10 primeras causas de urgencias por trastornos mentales y del comportamiento (RIPS) Medellín, año 2010	59
Gráfico 5.	Distribución según sexo	111
Gráfico 6.	Distribución según grupo etario por edad y sexo	112
Gráfico 7.	Distribución según nivel de escolaridad	112
Gráfico 8.	Proporción de los que han trabajado alguna vez en la vida según grupo etario y sexo	113
Gráfico 9.	¿Quiénes fueron las figuras paternas durante la mayor parte de su niñez?	114
Gráfico 10.	Trabajo remunerado del padre en la niñez	115
Gráfico 11.	Información sobre el padre	116
Gráfico 12.	Información sobre la madre	116
Gráfico 13.	Información sobre relaciones sexuales en el grupo de adolescentes	120

Gráfico 14.	Edad de inicio de relaciones sexuales en los adolescentes	121
Gráfico 15.	Adolescentes que han tenido un hijo	122
Gráfico 16.	Adolescentes ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	123
Gráfico 17.	Adolescentes ¿Durante los últimos 12 meses, usted y su pareja sexual utilizaron preservativo (condón) al tener relaciones sexuales?	123
Gráfico 18.	Comportamiento de la tendencia sexual según cohorte por edad	124
Gráfico 19.	Percepción de salud mental	125
Gráfico 20.	Servicios profesionales utilizados en la vida	126
Gráfico 21.	¿Ha utilizado en el último año terapias alternativas para el tratamiento de su salud mental?	127
Gráfico 22.	Prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según sexo	150
Gráfico 23.	Prevalencia para trastorno de pánico por cien según sexo	152
Gráfico 24.	Prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según sexo	155
Gráfico 25.	Prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según sexo	157
Gráfico 26.	Prevalencia para trastorno de fobia social por cien según sexo	160
Gráfico 27.	Prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según sexo	162
Gráfico 28.	Prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo	165

Gráfico 29.	Prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo	167
Gráfico 30.	Prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo	170
Gráfico 31.	Prevalencia para trastorno depresión mayor por cien según sexo	184
Gráfico 32.	Prevalencia para trastorno distimia por cien según sexo	187
Gráfico 33.	Prevalencia para trastorno bipolar I, II por cien según sexo	190
Gráfico 34.	Prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo por cien según sexo	193
Gráfico 35.	Prevalencia para trastorno oposicionista y desafiante por cien según sexo	206
Gráfico 36.	Prevalencia para trastorno de conducta por cien según sexo	208
Gráfico 37.	Prevalencia para trastorno déficit de atención por cien según sexo	211
Gráfico 38.	Prevalencia para cualquier trastorno con inicio en la infancia y la adolescencia por cien según sexo	214
Gráfico 39.	Factores asociados al abuso de sustancias - Adolescentes en Colombia	235
Gráfico 40.	Factores de protección para abuso de sustancias - Adolescentes Colombia	236
Gráfico 41.	Prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según sexo	240
Gráfico 42.	Prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según sexo	242

Gráfico 43.	Prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según sexo	247
Gráfico 44.	Prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según sexo	249
Gráfico 45.	Prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según sexo	252
Gráfico 46.	Prevalencia para trastorno anorexia por cien según sexo	262
Gráfico 47.	Prevalencia para trastorno bulimia por cien según sexo	264
Gráfico 48.	Prevalencia para cualquier trastorno de la alimentación por cien según sexo	265
Gráfico 49.	Prevalencia ideación suicida por cien según sexo	275
Gráfico 50.	Prevalencia para planeación suicida por cien según sexo	278
Gráfico 51.	Prevalencia para intento de suicidio por cien según sexo	280

LISTADO MAPAS

Mapa 1.	Manzanas seleccionadas programa ArcGis 10.1 para las 16 comunas de Medellín	93
Mapa 2.	Distribución para trastorno de ansiedad generalizada en el último año según lugar de residencia	151
Mapa 3.	Distribución para trastorno de pánico en el último año según lugar de residencia	154
Mapa 4.	Distribución para trastorno de agorafobia en el último año según lugar de residencia	156
Mapa 5.	Distribución para trastorno de fobia específica en el último año según lugar de residencia	159
Mapa 6.	Distribución para trastorno de fobia social en el último año según lugar de residencia.	161
Mapa 7.	Distribución para trastorno de estrés postraumático en el último año según lugar de residencia	164
Mapa 8.	Distribución para trastorno de ansiedad por separación en el último año según lugar de residencia	166
Mapa 9.	Distribución para trastorno obsesivo compulsivo en el último año según lugar de residencia	168
Mapa 10.	Distribución para cualquier trastorno de ansiedad en el último año según lugar de residencia	171
Mapa 11.	Distribución para trastorno depresión mayor en el último año según lugar de residencia	186
Mapa 12.	Distribución para trastorno distimia en el último año según lugar de residencia	188

Mapa 13.	Distribución para trastorno bipolar I y II en el último año según lugar de residencia	191
Mapa 14.	Distribución para cualquier trastorno del estado de ánimo en el último año según lugar de residencia	194
Mapa 15.	Distribución para trastorno oposicionista y desafiante en el último año según lugar de residencia	207
Mapa 16.	Distribución para trastorno de conducta en el último año según lugar de residencia	210
Mapa 17.	Distribución para trastorno de déficit de atención en el último año según lugar de residencia	212
Mapa 18.	Distribución para cualquier trastorno con inicio de la infancia y la adolescencia en el último año según lugar de residencia	215
Mapa 19.	Distribución para trastorno abuso alcohol en la vida según lugar de residencia	241
Mapa 20.	Distribución para trastorno dependencia alcohol en la vida según lugar de residencia	244
Mapa 21.	Distribución para trastorno abuso drogas en la vida según lugar de residencia	248
Mapa 22.	Distribución para trastorno dependencia drogas en la vida según lugar de residencia	251
Mapa 23.	Distribución para cualquier trastorno en el último año según lugar de residencia	254
Mapa 24.	Distribución para ideación suicida en el último año según lugar de residencia	277
Mapa 25.	Distribución para planeación suicida en el último año según lugar de residencia	279

Mapa 26.	Distribución para intento de suicidio en el último año según lugar de residencia	281
Mapa 27.	Prevalencia de vida para cualquier trastorno, según comuna - corregimiento	305
Mapa 28.	Prevalencia anual para cualquier trastorno, según comuna - corregimiento	306

AGRADECIMIENTOS

A *Al Dr. Ronald Kessler y al equipo, del “The WHO World Mental Health Survey Consortium” por aceptar la participación del estudio de Medellín como parte del Estudio Mundial, así como sus valiosos aportes y acompañamiento durante todas las fases del desarrollo de la investigación.*

Por su acompañamiento y ayuda en la generación del conocimiento basado en la propia evidencia para contribuir a una mejor calidad de vida, cumpliendo con la posibilidad de aportar para una mejor salud mental y un mundo en el que podamos mirar el pasado y sonreír confiadamente al futuro.

Al Dr. Sergio Aguilar-Gaxiola coordinador del “The WHO World Mental Health Survey Consortium” para Latinoamérica y el Caribe, por su gestión, continuo apoyo y acompañamiento en todos los momentos de la realización del Estudio de Medellín, logrando hacer de cada dificultad un motivo para continuar hacia adelante y alcanzar lo mejor.

Al Dr. José Posada Villa, quien desde el comienzo de la investigación en salud mental en el país, en su cargo en el Ministerio de Salud en 1993, ha sido el impulsor de los estudios de epidemiología psiquiátrica en Colombia y nos ha acompañado y respaldado en la realización del Estudio en Medellín.

A la Dra. María del Pilar Pastor, ex secretaria de Salud de Medellín por su valioso apoyo para el desarrollo de la Investigación y su convencimiento de la importancia de contar con la información generada por el Estudio como medio para orientar intervenciones que contribuyan a disminuir la desventaja social que han sufrido los afectados por los trastornos mentales y sus familias, así como para aportar al mejoramiento de la calidad de vida de nuestra población.

*A*l equipo de **entrevistadores**, por su compromiso y dedicación, lo cual nos permitió asegurar la calidad de la información recolectada.

*A los **líderes comunitarios**, que han sido el puente entre la investigación y la comunidad facilitando el logro de los objetivos propuestos.*

*A la **comunidad**, por la confianza puesta en el Estudio y su valiosa contribución en tiempo e información, sin lo cual no hubiera sido posible ofrecer a Medellín el diagnóstico de la situación de Salud Mental, que permitirá la reorientación de las políticas y los programas tendientes a la disminución de las inequidades en la atención de la Salud Mental.*

Ellos al creer en nosotros, contribuyeron con sus aportes a la construcción de un futuro mejor para nuestros niños y nuestros adolescentes, para los que nos dieron la vida y para los que tenemos la responsabilidad de continuar construyéndola...

PRESENTACIÓN

“La Organización Mundial de la Salud estableció el Consorcio Mundial de Salud Mental con el objetivo de obtener información para los gobiernos para identificar las necesidades insatisfechas de tratamiento de problemas de salud mental y hemos encontrado que en muchos países, los estudios nacionales como el llevado a cabo en Colombia son la evidencia de que hay una alta proporción de la población que cumple el criterio clínico de trastornos mentales y no están accediendo al tratamiento.



Ronald Kessler, Ph.D. Investigador principal Estudio Mundial de Salud Mental. Director del Consorcio de Salud Mental Harvard-OMS. Profesor de políticas en salud de la facultad de medicina de la Universidad de Harvard.

En muchos casos, se presentan comorbilidad entre los trastornos mentales y trastornos físicos que son importantes clínicamente, pero frecuentemente los problemas de salud mental asociados con estas enfermedades no son detectados, lo cual crea problemas adicionales para el tratamiento de estas condiciones físicas, por ejemplo, personas con problemas del corazón, cáncer, úlceras, hipertensión, que están deprimidos o tienen ansiedad, en algunos casos debido a sus mismas enfermedades físicas, en otros a enfermedades mentales pre-existentes que incrementan el riesgo del inicio de los problemas físicos, y en cada uno de estos casos, los resultados encontrados en el ámbito mundial muestran como estas comorbilidades por trastornos mentales aumentan la severidad de los problemas físicos, interfiriendo a su vez con la efectividad del tratamiento.

Se cuenta con una amplia evidencia basada en estudios clínicos que confirman que cuando los trastornos mentales son adecuadamente tratados, se genera un alivio para la persona no solo con relación a sus problemas emocionales si no también profundos cambios a favor de su salud física.

Tenemos experiencia en 28 países alrededor del mundo con estudios llevados a cabo en paralelo a través del Consorcio Mundial de Salud Mental y en cada uno de estos países, nuestro equipo en Harvard monitorea muy estrechamente el control de calidad de los estudios con el fin de que pasen estrictos estándares de calidad para que sean incluidos en esta iniciativa. Por esto, estoy muy complacido en anunciarles que el estudio de Medellín ha pasado estos controles con todos los “honores” dado que la calidad de su trabajo es muy alta; todos estamos muy impresionados con el trabajo que se ha llevado a cabo para la realización del estudio, resaltando la alta tasa de respuesta de los participantes y la eficiencia de su gestión durante todo el estudio.

*En el presente estudio tenemos un interés especial en el trastorno de **estrés post-traumático**, dados los resultados del Estudio Nacional de Colombia, en el cual este trastorno presentó una alta prevalencia en la ciudad de Medellín, lo que justifica centrar los esfuerzos de su intervención como problema de salud pública. Adicionalmente, el de Medellín es uno de los estudios al interior del Consorcio Mundial de Salud Mental que está colaborando en una importante iniciativa para investigar la epidemiología genética del estrés post-traumático, para lo cual se recolectaron muestras de saliva para extraer ADN de los participantes del estudio, las cuales serán comparadas con muestras de otros países, incluyendo ciudad de México y Sao Paulo, Brasil en Latino América y otras partes del mundo. Esto permitirá identificar marcadores biológicos del riesgo para desarrollar estrés post-traumático en personas expuestas a trauma y ayudara en el futuro para canalizar esfuerzos tempranos de prevención.*

Esta investigación es de avanzada en epidemiología psiquiátrica y no solo busca la identificación de necesidades insatisfechas, lo que es importante para la ciudad, sino también el desarrollo y avance de la ciencia en todo el mundo.

Una vez más, estamos muy complacidos de que Medellín haga parte del Consorcio Mundial de Salud Mental y del grupo de ciudades seleccionadas para el análisis de datos genéticos, trabajaremos con ustedes para que esto sea posible”.

Muchas gracias.

INTRODUCCIÓN

Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales(1) y están influidas por una combinación e interacción de estos factores.

Sabemos que los trastornos mentales y del comportamiento tienen que ver con el cerebro. Sabemos que afectan a personas de todas las edades en todos los países y son causa de sufrimiento tanto para las familias y las comunidades como para los individuos. También sabemos que en la mayor parte de los casos pueden diagnosticarse y tratarse de manera eficaz con relación al costo.

El conjunto de conocimientos disponibles permite ofrecer a las personas con trastornos mentales o del comportamiento nuevas esperanzas de una vida plena y productiva en sus propias comunidades. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento.

A pesar de lo anterior, los trastornos mentales constituyen uno de los mayores problemas de salud en todo el mundo, por lo que representan un reto, tanto en términos de políticas de salud como en la planificación de servicios, solo en el continente americano, se estima que 400 millones de personas sufren actualmente de trastornos

psiquiátricos y neurológicos. Este tipo de padecimientos son la causa de muchos sufrimientos y discapacidades (28,0% del total de la discapacidad causada por enfermedades) y son responsables del 11,5% de la carga global de las enfermedades. Del mismo modo, el Banco Mundial ha estimado que los trastornos mentales son responsables del 8,0% de los años de vida saludable perdidos, proporción mayor que la atribuida al cáncer (5,2%) o a las enfermedades cardiovasculares (2,6%) (1, 2).

En Colombia, la Política Nacional de Salud Mental, revela información epidemiológica en donde se establece una alta prevalencia de alteraciones de salud mental en la población general y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos. Dichos problemas relacionados con el comportamiento y la salud mental de los individuos y las comunidades (3), se configuran como un problema de salud pública por su magnitud, por los costos que implican y por su impacto en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que generan.

Según el último Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia se evidenció que alrededor de ocho de cada 20 personas, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19,3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10,6%) (4).

La situación de salud mental de la población general residente en la ciudad de Medellín y sus corregimientos, no había sido objeto de investigación, solo se contaba con dos Estudios en la población de adolescentes escolarizados, en el último realizado 2009 se identificaron como prioridad los siguientes aspectos:

- El 10,6% de los adolescentes no cuenta con la figura del padre versus solo el 1,3% que no cuenta con la figura materna; el

- 14,7% no tiene hermanos, lo que se puede interpretar como indicador de que el que responde es hijo único.
- Los trastornos de ansiedad presentaron altas frecuencias con tendencia al incremento en especial para el trastorno de estrés postraumático.
 - La prevalencia de depresión aplicando los criterios del DSM IV pasó del 12,1% al 13,1% entre los dos estudios.
 - Casi uno de cada cuatro adolescentes “alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse”, más de 13 de cada cien “alguna vez ha realizado un plan para suicidarse”, 14,4% “alguna vez ha intentado suicidarse” y finalmente 3,5% “alguna vez ha intentado suicidarse y requirió atención médica o atención en salud por este evento”.
 - Según datos preliminares de la Secretaria de Salud de Medellín (certificados de defunción año 2008), en ese año, el suicidio fue reportado como la cuarta causa de muerte en la población adolescente, la tercera en la población de 15 a 19 años con una proporción de 5,6% y la quinta causa en el grupo de 10 a 14 años con una proporción de 6,1%.
 - Se encontró una tendencia al incremento de la prevalencia de consumo de sustancias ilegales y legales.

El Plan Municipal de Salud Mental de la Secretaria de Salud de Medellín 2008 – 2015, tiene como uno de sus ejes operativos la “Gestión del Conocimiento”, cuyo objetivo es contar con información y conocimientos suficientes, actualizados y pertinentes para facilitar la formulación de políticas, la toma de decisiones y orientar el diseño e implementación de las acciones en salud mental en el municipio. Al respecto se plantea la importancia de fortalecer los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de eventos priorizados en salud mental, y el desarrollo de investigaciones, que permitan contar con datos actualizados y confiables para orientar las intervenciones hacia los trastornos prioritarios y los grupos de alto riesgo.

Por lo anterior se reconoció la importancia de contar con la línea base para la formulación de metas relacionadas con salud mental, como aporte al Plan Local de Salud del próximo cuatrienio (2012-2014). De esta forma, se podrá no sólo planificar sino medir y analizar el impacto de las acciones que se desarrollen en ese periodo, de tal forma que se facilite el monitoreo de la situación de salud mental en el municipio.

Resultados esperados de la investigación

El estudio tuvo como objetivos:

Realizar el diagnóstico de la situación de salud mental de los residentes en las comunas y corregimientos de la ciudad de Medellín, así como de los aspectos relacionados con situaciones del ambiente general y familiar como la cohesión familiar, la resiliencia, la equidad y su relación con las necesidades específicas indispensables como base para la formulación de políticas de salud mental, la orientación de las intervenciones y la implementación de programas de prevención, basados en la evidencia.

Fortalecer la comunidad científica y la apropiación social del conocimiento en lo relacionado con el comportamiento de los indicadores de salud mental.

A partir de la aplicación del CIDI-OMS, (bajo los criterios del DSM-IV) estimar la prevalencia de vida, la prevalencia de los últimos 12 meses y la prevalencia reciente (últimos 30 días), de los principales trastornos psiquiátricos según las variables de sexo, edad, estrato social y lugar de residencia, así como la utilización de servicios de salud, el régimen de afiliación a la seguridad social en salud, y otras del campo psicosocial.

Evaluar el perfil de los indicadores de comportamiento suicida según las variables estudiadas.

Estimar el número de casos esperados, mediante la aplicación de la prevalencia anual a la población de estudio con estimaciones del

DANE, para el 2011, con el fin de dar las bases para el cálculo de recursos para la atención de las personas afectadas.

Con base en el conocimiento generado ofrecer la oportunidad a los encargados de la toma de decisiones para reorientar las políticas y las intervenciones hacia las situaciones y grupos prioritarios.

En esta primera publicación se encontrará el informe con la participación de los miembros del equipo de investigación así como de algunos expertos invitados que complementan el conocimiento sobre los temas de capítulos propuestos.

Resultados esperados de la aplicación del conocimiento generado en esta investigación

Es nuestro deseo que la información generada en el Estudio, se utilice como herramienta para continuar el mejoramiento de la oferta de servicios de salud mental desde la prevención primaria de la misma, hasta la recuperación y rehabilitación de las personas y familias afectadas, aportando al entendimiento de la situación en nuestra población en su realidad y entendimiento de la importancia de estudiar la salud mental, desde su enfoque de salud mental positiva.

Por lo anterior debemos ser conscientes de la responsabilidad que compartimos al tener a nuestra disposición información de máxima calidad para la orientación de las intervenciones hacia las prioridades basadas en la evidencia:

1. Los trastornos mentales de mayor prevalencia y severidad.
2. Los grupos poblacionales de mayor riesgo de acuerdo a las variables de persona estudiadas.
3. La orientación según riesgo por lugares geográficos de la ciudad y sus corregimientos.

Lo que hagamos hoy repercutirá en las tendencias futuras de los indicadores de salud mental y bienestar de nuestra población,

podemos escoger el mejor camino para encontrar el bienestar logrando que cada uno acepte la responsabilidad y el reto consigo mismo y como miembro de una sociedad que puede tener cada vez más oportunidades de salud y bienestar, donde sea más grato vivir y por tanto más difícil enfermar y morir.

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue estudiado y aprobado en primera instancia por el Comité Operativo de Investigaciones de la Facultad de Medicina y en segunda instancia por el Comité Institucional de Ética de la Universidad CES en su sesión número 39.

De acuerdo a la revisión sobre la metodología que fue aplicada en el Estudio, (entrevista con la aplicación del CIDI-OMS) el Grupo responsable de la Investigación consideró que al aplicar el ARTICULO 11. De la RESOLUCIÓN N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y considerando la definición para clasificarla y que la toma de muestra de saliva para los futuros análisis relacionados con genética, no tuvo como objetivo ninguna intervención de esta variable biológica en el individuo: La investigación se clasifica como **Investigación sin riesgo**.¹

Atendiendo las observaciones del Comité Institucional de Ética sobre la toma de muestra de saliva que dará origen al Banco de ADN, ligado a la base de datos del Estudio, para futuras investigaciones, se incluyó en el consentimiento informado, la siguiente aclaración: “Las muestras de saliva reposarán en el biobanco, que a tal fin será dispuesto por la Universidad CES durante el tiempo en el cual se desarrolle la investigación y una vez finalizada serán destruidas”.

¹ **Investigación sin riesgo:** técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y *aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio*, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, *entrevistas*, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

“La información generada en el estudio es estrictamente confidencial y no será usada para generar beneficios económicos. Si en algún momento decido retirarme de la investigación, me será entregada la muestra recolectada sin ninguna implicación jurídica o social”.

Riesgos – Beneficios

Se informaron en la siguiente forma

“La aplicación de la entrevista, así como la muestra de saliva que se me tomará no tendrán ningún riesgo para mi salud. En caso de que sea necesario, el entrevistador estará en capacidad de orientarme hacia los servicios que se ofrecen dentro del sistema de salud en coordinación con la Secretaria de Salud de Medellín, lo cual se considera importante como una contribución a mi bienestar”.

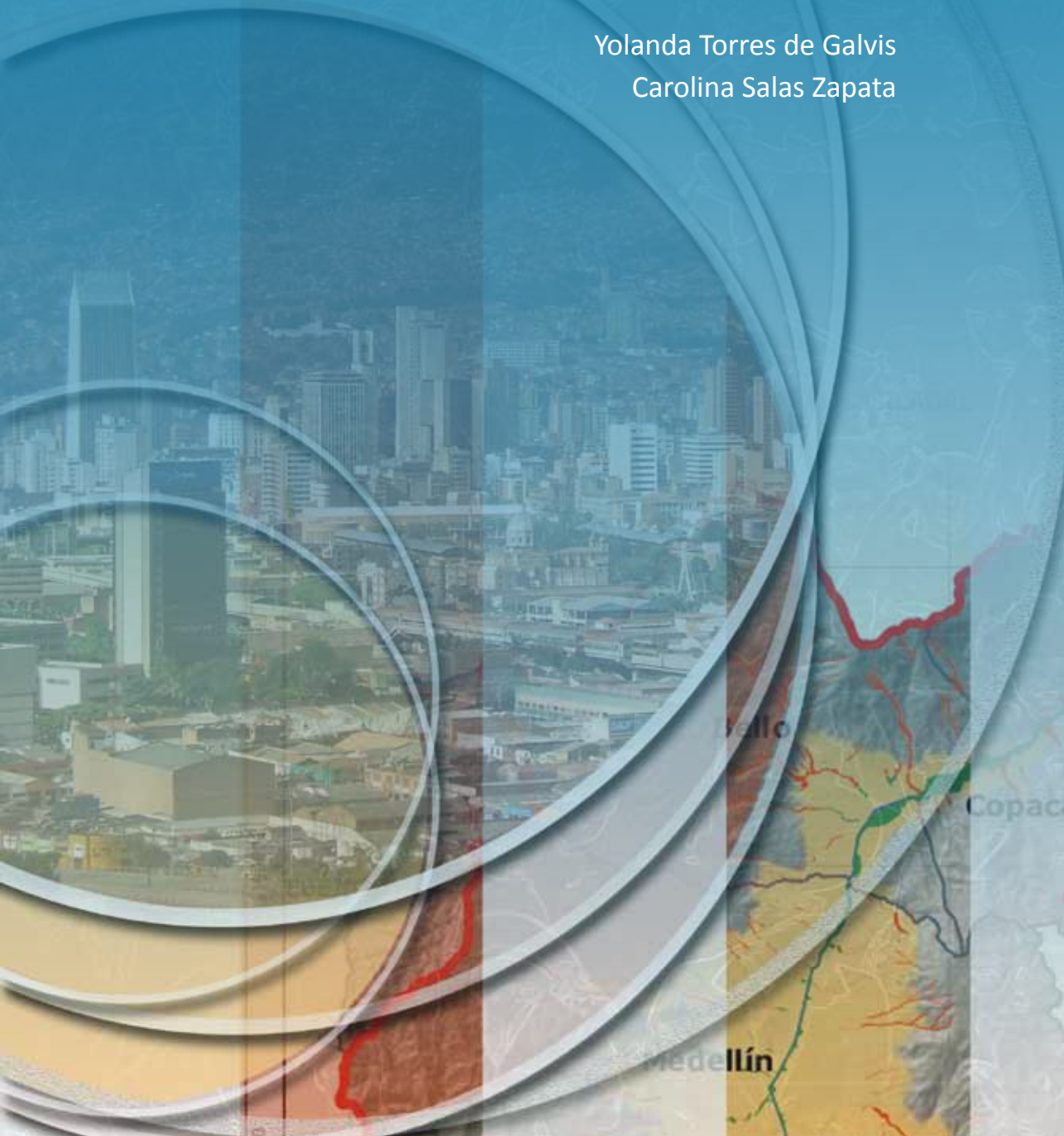
Consentimiento Informado:

- Se aplicaron dos tipos de consentimiento informado:
- Consentimiento informado para adultos
- Consentimiento informado para menores de edad:
 - Consentimiento informado del representante legal del menor de edad
 - Asentimiento del menor entrevistado

Ámbito socio cultural del Estudio

Yolanda Torres de Galvis

Carolina Salas Zapata



1. ÁMBITO SOCIO CULTURAL DEL ESTUDIO

Para mejor comprensión de los resultados del Estudio, se presentan los indicadores de fuentes secundarias, en muchos casos aceptados como factores condicionantes de la situación de salud.

1.1 Ubicación y medio ambiente

Ubicación

Medellín es la capital del departamento de Antioquia. Se localiza en el noroccidente del país en el centro del Valle de Aburrá, que se ubica en la Cordillera Central, y el cual está atravesado por el río Medellín. Cuenta, según cifras estimadas por el DANE, con una población de 2.368.282 habitantes para el año 2011, lo que la convierte en la segunda ciudad más poblada de Colombia. En el plano económico es una urbe con gran dinamismo, destacada como uno de los principales centros financieros, industriales, comerciales y de servicios de Colombia, y por ser la sede de numerosas empresas nacionales e internacionales, principalmente en los sectores textil, confecciones, metalmecánico, eléctrico y electrónico, telecomunicaciones, automotriz, alimentos y salud.

La ciudad se destaca por ser uno de los principales centros culturales de Colombia. Es sede de importantes festivales de amplia trayectoria y reconocimiento a nivel local, nacional e internacional. Asimismo, se caracteriza por su actividad académica y científica, lo que le ha valido ser reconocida como ciudad universitaria y del conocimiento, además dado por que en ella se asientan algunas de las universidades colombianas más importantes.

Extensión Territorial

Extensión	(Kms ²) (a) 380,64
Suelo Urbano	105,02
Suelo de Rural	270,42
Suelo de Expansión	5,20

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación de Medellín.

Comunas (Zona urbana):	16
Corregimientos (Zona rural):	5
Barrios (Urbanos oficiales):	249

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación de Medellín.

Comunas y sus barrios ⁽²⁾

La ciudad está dividida en 16 comunas y cinco corregimientos. Cada comuna incluye barrios y estas son las siguientes:

- 1 Popular:** Santo Domingo Sabio N° 1, Santo Domingo Sabio N° 2, Popular, Granizal, Moscú N° 2, Villa Guadalupe, San Pablo, Aldea Pablo VI, La Esperanza N° 2, El Compromiso, La Avanzada, Carpinelo.
- 2 Santa Cruz:** La Isla, El Playón de Los Comuneros, Pablo VI, La Frontera, La Francia, Andalucía, Villa del Socorro, Villa Niza, Moscú N° 1, Santa Cruz, La Rosa.
- 3 Manrique:** La Salle, Las Granjas, Campo Valdes N° 2, Santa Inés, El Raizal, El Pomar, Manrique, Central N° 2, Manrique Oriental, Versalles N° 1, Versalles N° 2, La Cruz, Oriente, María Cano – Carambolas, San José La Cima N° 1, San José La Cima N° 2.
- 4 Aranjuez:** Berlín, San Isidro, Palermo, Bermejál - Los Álamos, Moravia, Sevilla, San Pedro, Manrique Central N° 1, Campo

² Fuente: Departamento Administrativo de Planeación de Medellín.

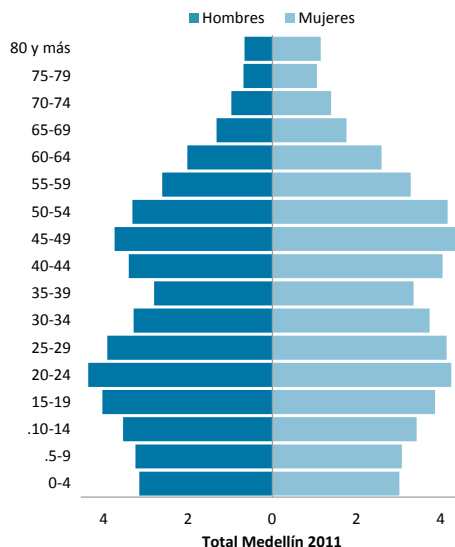
- Valdés N° 1, Las Esmeraldas, La Piñuela, Aranjuez, Brasilia, Miranda.
- 5 **Castilla:** Toscaza, Las Brisas, Florencia, Tejelo, Boyacá, Héctor Abad Gómez, Belalcazar, Girardot, Tricentenario, Castilla, Francisco Antonio Zea, Alfonso López, Caribe.
 - 6 **Doce de Octubre:** Santander, Doce de Octubre N° 1, Doce de Octubre N° 2, Pedregal, La Esperanza, San Martín de Porres, Kennedy, Picacho, Picachito, Mirador del Doce, Progreso N° 2, El Triunfo.
 - 7 **Robledo:** Cerro El Volador, San Germán, Barrio Facultad de Minas, La Pilarica, Bosques de San Pablo, Altamira, Córdoba, López de Mesa, El Diamante, Aures N° 1, Aures N° 2, Bello Horizonte, Villa Flora, Palenque, Robledo, Cucaracho, Fuente Clara, Santa Margarita, Olaya Herrera, Pajarito, Monteclaro, Nueva Villa de La Iguaná.
 - 8 **Villa Hermosa:** Villa Hermosa, La Mansión, San Miguel, La Ladera, Batallón Girardot, Llanaditas, Los Mangos, Enciso, Sucre, El Pinal, Trece de Noviembre, La Libertad, Villa Tina, San Antonio, Las Estancias, Villa Turbay, La Sierra (Santa Lucía - Las Estancias), Villa Lilliam.
 - 9 **Buenos Aires:** Juan Pablo II, Barrios de Jesús, Bombona N° 2, Los Cerros El Vergel, Alejandro Echavarría, Barrio Caicedo, Buenos Aires, Miraflores, Cataluña, La Milagrosa, Gerona, El Salvador, Loreto, Asomadera N° 1, Asomadera N° 2, Asomadera N° 3, Ocho de Marzo.
 - 10 **La Candelaria:** Prado, Jesús Nazareno, El Chagualo, Estación Villa, San Benito, Guayaquil, Corazón de Jesús, Calle Nueva, Perpetuo Socorro, Barrio Colón, Las Palmas, Bombona N° 1, Boston, Los Ángeles, Villa Nueva, La Candelaria, San Diego.
 - 11 **Laureles - Estadio:** Carlos E. Restrepo, Suramericana, Naranjal, San Joaquín, Los Conquistadores, Bolivariana, Laureles, Las

- Acacias, La Castellana, Lorena, El Velódromo, Estadio, Los Colores, Cuarta Brigada, Florida Nueva.
- 12 La América:** Ferrini, Calasanz, Los Pinos, La América, La Floresta, Santa Lucia, El Danubio, Campo Alegre, Santa Mónica, Barrio Cristóbal, Simón Bolívar, Santa Teresita, Calasanz Parte Alta.
- 13 San Javier:** El Pesebre, Blanquizal, Santa Rosa de Lima, Los Alcázares, Metropolitano, La Pradera, Juan XIII - La Quebra, San Javier N° 2, San Javier N° 1, Veinte de Julio, Belencito, Betanía, El Corazón, Las Independencias, Nuevos Conquistadores, El Salado, Eduardo Santos, Antonio Nariño, El Socorro, La Gabriela.
- 14 El Poblado:** Barrio Colombia, Simesa, Villa Carlota, Castropol, Lalinde, Las Lomas N° 1, Las Lomas N° 2, Altos del Poblado, El Tesoro, Los Naranjos, Los Balsos N° 1, San Lucas, El Diamante N° 2, El Castillo, Los Balsos N° 2, Alejandría, La Florida, El Poblado, Manila, Astorga, Patio Bonito, La Aguacatala, Santa María de Los Ángeles.
- 15 Guayabal:** Tenche, Trinidad, Santa Fe, Shellmar, Parque Juan Pablo II, Campo Amor, Noel, Cristo Rey, Guayabal, La Colina.
- 16 Belén:** Fátima, Rosales, Belén, Granada, San Bernardo, Las Playas, Diego Echevarria, La Mota, La Hondonada, El Rincón, La Loma de Los Bernal, La Gloria, Altavista, La Palma, Los Alpes, Las Violetas, Las Mercedes, Nueva Villa de Aburrá, Miravalle, El Nogal - Los Almendros, Cerro Nutibara.
- Corregimientos:** Palmitas, San Cristóbal, Altavista, San Antonio de Prado y Santa Elena.

1.2 Demografía

1.2.1 Estructura y distribución de la población

Grupo de Edad	Total	Hombres	Mujeres	%
Total	2.368.282	1.114.923	1.253.359	100,0
0-4	146,326	74,753	71,573	6,18
5-9	149,822	76,873	72,949	6,33
10-14	164,998	83,807	81,191	6,97
15-19	187,042	95,483	91,559	7,90
20-24	204,208	103,432	100,776	8,62
25-29	190,911	92,784	98,127	8,06
30-34	166,505	77,948	88,557	7,03
35-39	145,904	66,386	79,518	6,16
40-44	176,471	80,673	95,798	7,45
45-49	196,51	88,644	107,866	8,30
50-54	177,262	78,571	98,691	7,48
55-59	139,741	61,849	77,892	5,90
60-64	109,204	47,751	61,453	4,61
65-69	73,110	31,325	41,785	3,09
70-74	56,198	23,033	33,165	2,37
75-79	41,230	16,060	25,17	1,74
80 y más	42,840	15,551	27,289	1,81



Fuente: Censo 2005. Distribución elaborada por convenio entre el DANE y el Municipio de Medellín entre septiembre 2009 a junio de 2010.

Figura 1. Estructura de la población por edad y sexo, 2011

Según datos de la Secretaría de Salud, la tasa bruta de mortalidad en Medellín para el año 2009 fue de 5,6 defunciones por mil habitantes.

1.2.2 Primeras causas de mortalidad Medellín, 2009

El perfil de Mortalidad, presentó entre las diez primeras causas para el año 2009, las muertes violentas en primer lugar explicadas dentro de su etiología multicausal por la participación de factores asociados a estilos de vida y problemas del comportamiento, como consumo de alcohol y alto grado de impulsividad; seguido por enfermedades crónicas como enfermedad isquémica del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias, cerebro vasculares y cáncer entre las más importantes, para las cuales hoy se cuenta, con amplia evidencia sobre su relación con problemas del comportamiento y los trastornos mentales.

1.2.3 Mortalidad infantil

La mortalidad infantil es uno de los indicadores que permite evaluar las condiciones de vida. La meta de la mortalidad infantil propuesta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio es reducirla a 14 muertes por 1000 nacidos vivos para el año 2015. En Medellín se logró reducirla a 10,4 por mil nacidos vivos en el 2009 (con la cifra más baja desde el año 2005). Las principales causas de mortalidad en los menores de un año durante el año 2009 fueron las relacionadas con el periodo perinatal, seguidas por las malformaciones congénitas, las dos causas representaron el 75,4% de las muertes infantiles. El indicador en cada una de las comunas de Medellín, se comporta de forma similar al total de la ciudad, destacando las bajas tasas en Aranjuez, Castilla, Laureles, La América y los Corregimientos de Palmitas, San Cristóbal y San Antonio de Prado.⁽³⁾

1.2.4 Esperanza de vida al nacer

Según datos de la Secretaría de Salud Medellín, la Esperanza de Vida al Nacer, para el total de la población es de 75,16 años según el DANE, mayor que la de Antioquia (73,41 años) y la de Colombia con 74 años para el año 2009.

³ Fuente: Secretaría de Salud de Medellín. Indicadores Básicos de Salud. 2009.

1.2.5 Migración

La migración para el departamento es positiva y la ciudad de Medellín se comporta como receptora de la migración interna del país, también se presenta alta migración interna entre las comunas y de los corregimientos hacia las comunas.

1.2.6 Tasa bruta de natalidad

La Secretaría de Salud reportó, para el año 2009, una tasa bruta de natalidad de 13,8 nacidos vivos por cada 1000 habitantes de la ciudad, inferior a la estimada por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, para el mismo año, la cual fue de 14,2 e inferior a la de Colombia, correspondiente a 19,9 (Ministerio de la Protección Social, año 2008).

1.2.7 Fecundidad

Tasa Global de Fecundidad. Según el informe de indicadores básicos 2009 de la Secretaría de Salud de Medellín, el promedio de hijos por mujer fue de 1,69. Para Antioquia de 1,8 según la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y para Colombia se estimó en 2,45 hijos en promedio. Concordante con el indicador de natalidad, la fecundidad de Medellín es inferior al departamento y al país.

1.3 Factores condicionantes

En su alocución dirigida a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, el fallecido Director General, Dr. Lee Jong-wook, anunció la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que inició labores en marzo de 2005 con el objetivo de orientar a los Estados Miembros y los programas de la OMS reuniendo datos probatorios sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la forma de poner remedio a las inequidades sanitarias.

De acuerdo al informe de la “Comisión sobre determinantes sociales de la salud”, se entiende por determinantes sociales de la salud estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las

circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico.

La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. La justicia social es una cuestión esencial que afecta al modo en que vive la gente, la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir.

Se ha indicado una relación cercana entre la pobreza y el estado de salud de la población. La enfermedad mental puede contribuir a profundizar la pobreza y, por otro lado, la pobreza acrecienta el riesgo de sufrir de un trastorno mental.

Como ejemplo de indicadores que pueden ser analizados en esta sección tenemos: tasa de pobreza, tasa de alfabetismo, crecimiento promedio anual del Producto Interno Bruto (PIB), razón entre el ingreso del 20% superior y el ingreso del 20% inferior y tasa de desempleo.

Por lo anterior se considera importante incluir algunos apartes del Plan de Desarrollo 2008 – 2011 etapa en la cual se llevo a cabo el estudio.

- **Plan de Desarrollo Medellín 2008-2011⁴**

En el Plan de Desarrollo Medellín 2008 - 2011 se reconoce: “La educación es la herramienta fundamental para la transformación social, la creación de oportunidades, la superación de la inequidad y el desarrollo de capacidades y habilidades para la sociedad del siglo XXI con ciudadanos globales, solidarios, pacíficos, respetuosos de los otros y del medio ambiente”.

Hacer de **Medellín la más Educada** es un propósito de largo plazo que requiere una acción persistente y progresiva en el tiempo. Por ello, en este período la prioridad de la política es el reconocimiento

⁴ Quién desee consultar otros aspectos del Plan de Desarrollo 2008 – 2011, encontrará los indicadores de evaluación. Además se perfila la continuidad en el nuevo equipo que asumirá funciones en el 2012.

al derecho a una educación pública de calidad desde la educación inicial, que sienta las bases para el desarrollo de las capacidades y habilidades a lo largo de la vida, hasta la educación media. Se hará especial énfasis en la ampliación de oportunidades para el acceso a la educación superior ya que ésta constituye una condición esencial para superar las desigualdades sociales.

El Plan se propone enfatizar la incorporación de los jóvenes a las dinámicas del desarrollo, teniendo en cuenta que este grupo poblacional representa el 22,0% del total de la población, de los cuales el 59,0% hace parte de la población más pobre (nivel 1 y 2 SISBEN), y constituye, por la trayectoria misma del conflicto en la ciudad, el grupo más vulnerable, el de mayor riesgo.

Se reconoce que la construcción de confianza y por ende, la sostenibilidad de la gobernabilidad depende de la capacidad que tengamos para incorporar a la juventud en la construcción del proyecto colectivo de ciudad. Para ello es necesario prestarle una especial atención a las y los jóvenes, atendiendo sus necesidades desde el ámbito político, de participación y convivencia; garantizando el acceso a los bienes y servicios públicos a partir del reconocimiento de sus derechos como ciudadanos y ciudadanas.

- **Enfoque de urbanismo social**

El Plan define como modelo de intervención del territorio el enfoque de urbanismo social el cual comprende simultáneamente la transformación física, la intervención social, la gestión institucional y la participación comunitaria. El urbanismo social ha propiciado en Medellín la inclusión de amplias zonas de la ciudad hasta ahora marginadas del desarrollo y ha dignificado los espacios y lugares que habitan los más pobres.

En esta estrategia, fundamental para promover la equidad territorial, se privilegia la acción del Estado en las zonas periféricas de la ciudad, las más vulnerables desde el punto de vista social, ambiental y político, donde se evidencian los menores índices de desarrollo humano y calidad de vida.

Trascender el énfasis que tradicionalmente se le ha dado a los procesos y al qué hacer, por el énfasis en el logro de beneficios. Esto implica cambios organizacionales, en los sistemas de información, en los procesos, en la forma de evaluar el desempeño de los servidores, y en la forma como el gobierno y la ciudadanía se relaciona.

En la Encuesta de Percepción Ciudadana (5) se preguntó por el nivel educativo máximo alcanzado por el jefe o jefa de hogar. En 2011 una importante proporción de la muestra reportó tener bachillerato con un 44,0%, seguido de educación primaria con un 29,0%. En cuanto a la educación post-secundaria un 23,0% de los jefes de hogar reportó tener estudios en ese nivel: un 3,0% reportó estudios técnicos o tecnológicos sin título y un 6,0% con título, un 4,0% educación universitaria sin título y un 8,0% con título, mientras que un 2,0% aseguró tener postgrado con título. Por último, un 4,0% reportó no tener ningún nivel educativo.

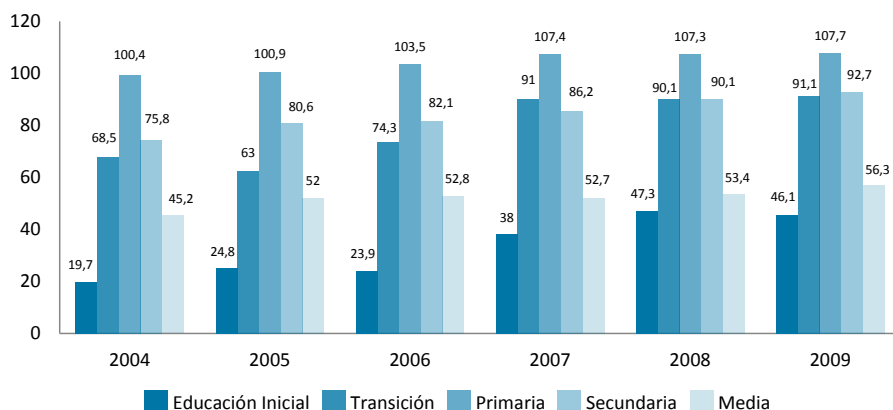
Para los hogares con niños o jóvenes en el rango de cinco a diez y siete años se preguntó si asisten a colegio públicos o privados. En 2011 un 83,0% de los hogares reportó que asisten a colegios públicos, siendo el porcentaje más alto desde 2006, y cinco puntos porcentuales más alto que en el año 2010. El 12,0% reportó que asisten a colegios privados, siendo también el menor porcentaje de asistencia a este tipo de establecimientos desde 2006. Donde mayor fue el porcentaje de asistencia a colegios públicos fue en la zona Nor-oriental con un 90,0%, seguida de cerca por la Nor-occidental con un 87,0%. La mayor asistencia a colegios privados se dio en la Sur-oriental con un 52,0%.

En general, la **satisfacción con las actividades recreativas, deportivas y culturales** en la ciudad ha sido uno de los aspectos mejor evaluados de toda la Encuesta Percepción de Calidad de Vida (EPC), junto con los servicios públicos y la educación. En el periodo 2008-2011 el promedio de calificación en la escala de satisfacción de uno a cinco, donde uno es nada satisfecho y cinco es muy satisfecho, estuvo por encima de cuatro, manteniéndose prácticamente estable en 4,2.

No se presentaron diferencias significativas en la satisfacción por nivel socioeconómico (NSE), zonas o sexo. Quienes otorgaron las mayores calificaciones (cuatro y cinco) consideraron principalmente que la oferta cultural y recreativa ayuda a distraerse, hay mucha oferta cultural y también se promueve el deporte en la ciudad.

Las principales actividades que realizan los medellinenses se concentraron en primer lugar en asistir a parques, visitar centros comerciales, leer libros, periódicos y revistas, bailar y practicar algún deporte. Otras actividades importantes fueron asistir a conciertos, a actividades deportivas como espectador, ir al cine y bailar.

- **Tasa de cobertura escolar**



Fuente: Metroinformación

Gráfico 1. Medellín: tasas de cobertura neta, 2004-2009

Como se observa en el gráfico la cobertura escolar es muy alta y dentro del Plan de Desarrollo que está por terminarse y el que se está preparando se plantea continuar con la educación como una de las prioridades del próximo cuatrienio.

La movilidad vial es un aspecto de gran relevancia dentro del análisis de la calidad de vida de la ciudad puesto que la población urbana es creciente y exigente en cuanto a la necesidad de desplazarse de

una manera eficiente. Esto implica que los desplazamientos deben ser rápidos, seguros y con calidad, y que además deben disminuir la contaminación ambiental, las pérdidas de productividad y los costos de oportunidad de la realización de otras actividades.

Se observan avances importantes en cuanto a la ampliación y transformación del Sistema Integrado de Transporte Masivo para el Valle de Aburrá, en especial respecto a decisiones y reglamentaciones sobre la operación del Sistema de la primera fase de Metroplús desde finales del 2011.

En lo que concierne con el espacio público en el período hubo un incremento del 8,0% en los metros totales de espacio público, aunque no se logró reflejar en el indicador per cápita, que permaneció prácticamente estable en 3,6 m² por habitantes.

De la Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín Cómo Vamos en 2009 se informó que la percepción de movilidad mejoró frente a 2008 y aumentó el porcentaje de personas que se sienten satisfechas con el estado de las vías en la ciudad.

La satisfacción con los medios de transporte que mayor complacencia le reportan a los habitantes de la ciudad son el **Metro y la bicicleta**.

Respecto a la satisfacción con el espacio público se observó que un 55,0% de la población se encontraba satisfecha con el espacio público disponible en la ciudad. La satisfacción con las zonas verdes, deportivas y plazas mejoró.

- **Percepción de pobreza**

En Medellín, estimaciones de Elkin Castaño con base en la Encuesta de Calidad de Vida de Medellín 2008, encuentra un coeficiente de Gini⁵ de 0.52 para los ingresos, que se convierte en una línea de base para el estudio de la evolución de la desigualdad en la ciudad.

⁵ El coeficiente Gini, mide desigualdad, va de 0 (total igualdad) a 1 (total desigualdad)

La auto-percepción de pobreza siguió la tendencia decreciente desde 2006, cuando el 33,0% de los hogares se consideraba como pobre frente al 24,0% en 2009. La principal razón expuesta para sentirse pobre se sigue concentrando como en años anteriores en que los ingresos no alcanzan para suplir las necesidades, seguido de la falta de empleo o de un trabajo estable.

- **Demanda de atención por salud mental**

La demanda está concebida, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como “la necesidad de atención médica asistencial de la comunidad, identificada ésta, como un servicio y/o prestación que se debe brindar”. Ésta puede ser espontánea, promovida (inducida) o potencial.

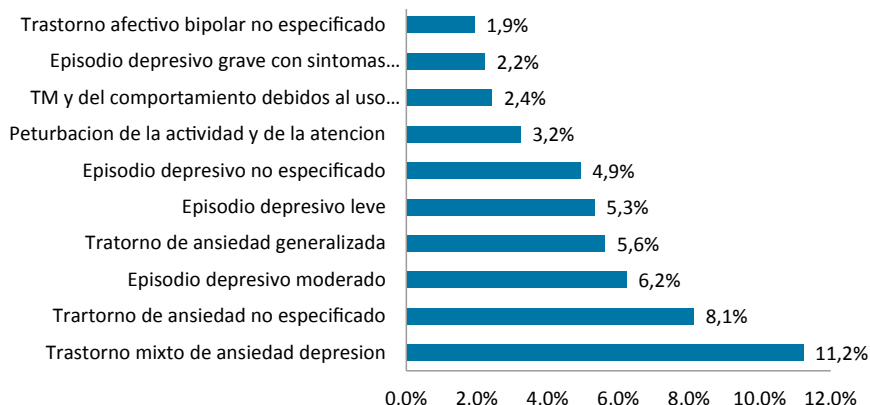


Gráfico 2. Distribución porcentual de las 10 primeras causa de consulta externa por trastornos mentales y del comportamiento (RIPS). Medellín, año 2010

En el gráfico anterior se observan las diez causas más frecuentes respecto al total de consulta externa por trastornos mentales y del comportamiento. Estas diez primeras causas representan el 51,0% del total de consultas para el año 2010. Se observa que los diagnósticos relacionados con depresión y ansiedad, seguidos de los trastornos de ansiedad no especificados son los más frecuentes en la consulta externa; aparece en el octavo lugar el trastorno debido al uso de cocaína.

- **Primeras causas de hospitalización por trastorno mental y del comportamiento por grupos de edad y sexo.**

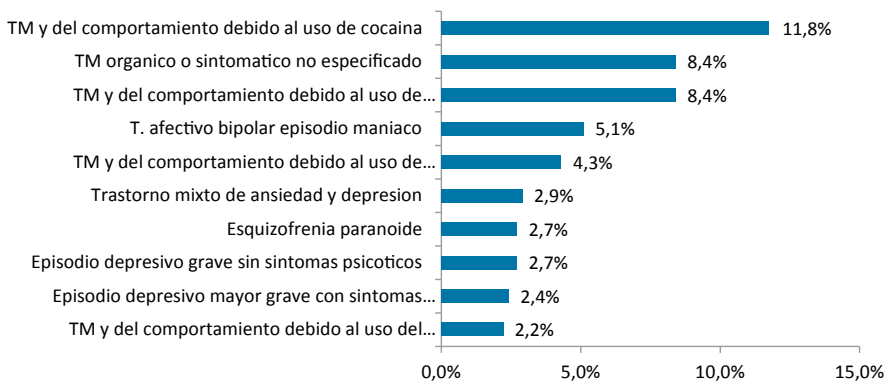


Gráfico 3. Distribución porcentual de las 10 primeras causas de hospitalización por trastornos mentales y del comportamiento (RIPS). Medellín, año 2010

- **Primeras causas de atención en los servicios de urgencias por trastorno mental y del comportamiento, por grupos de edad y sexo.**

El siguiente gráfico presenta las diez causas más frecuentes respecto al total de urgencias atendidas por trastornos mentales y del comportamiento. Estas diez primeras causas agrupan el 58,0% del total de urgencias por esta causa para el año 2010. En forma concordante con los hallazgos anteriores se observa que los trastornos mentales y del comportamiento relacionados con ansiedad, depresión y la intoxicación aguda por consumo de alcohol son los más frecuentes en el servicio de urgencias.

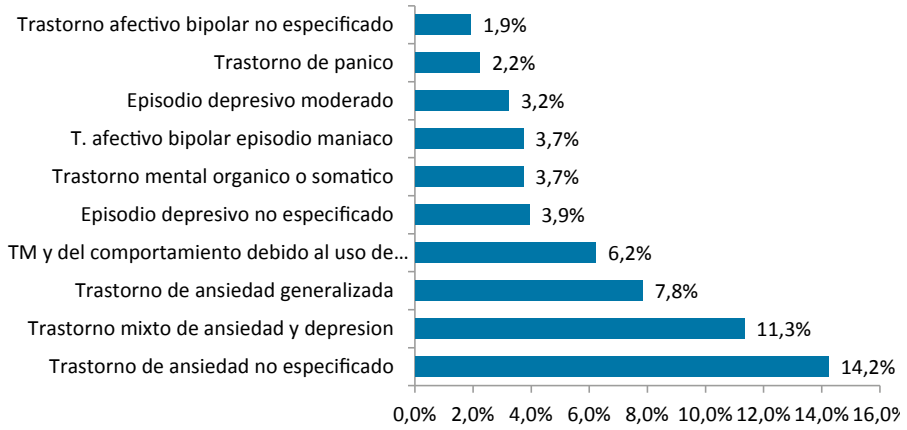


Gráfico 4. Distribución porcentual de las 10 primeras causas de urgencias por trastornos mentales y del comportamiento (RIPS) Medellín, año 2010

Marco de referencia sobre salud mental

Yolanda Torres de Galvis

José Bareño Silva



2. MARCO DE REFERENCIA SOBRE SALUD MENTAL

2.1 Aspectos generales

“No hay salud sin salud mental”. Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida, estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países(1).

2.1.1 Concepto de salud mental

En las distintas culturas, los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales.

Los conocimientos sobre la salud mental y en términos más generales, sobre el funcionamiento de la mente son importantes, porque proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento. En los últimos años, la nueva información procedente de la neurociencia y de la medicina conductual ha ampliado de manera espectacular nuestros conocimientos sobre el funcionamiento de la mente. Resulta cada vez más evidente que dicho funcionamiento tiene una base biológica, además de estar esencialmente relacionado con los aspectos físicos y sociales, y con los resultados de salud.

La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales y esta comorbilidad no sólo complica la búsqueda de ayuda y de tratamiento sino que influye en el pronóstico(6).

Los estudios epidemiológicos suelen reflejar diferentes proporciones de prevalencia de acuerdo a la metodología usada, los tipos de trastornos incluidos en la investigación y el periodo de tiempo tomado como referencia. No obstante, se calcula que 25,0% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida (1).

En 1990 se calculaba que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe; en el 2004 esa carga había ascendido a 22,0% (7, 8).

Otro grave problema, es el suicidio, fenómeno complejo que tiene expresiones locales y regionales. Cada año mueren en el mundo por causa del suicidio alrededor de un millón de personas, de las cuales unas 63.000 corresponden a las Américas, lo que representa una tasa de mortalidad ajustada según la edad (2000-2004) de 7,4 por 100.000 habitantes(9). Las enfermedades mentales están vinculadas a la mortalidad por suicidio. Las principales causas de mortalidad para los adolescentes son las externas, que incluyen accidentes, homicidios y suicidios(10).

- **Carga de la enfermedad**

A los datos anteriores se deben agregar los generados en estudios sobre la carga de la enfermedad (Global Burden of Disease GBD) llevados desde 1990. El primero financiado por el Banco Mundial estimó que los trastornos mentales y neurológicos para ese entonces eran responsables de un 12,3% de la carga de la enfermedad. El último

estudio se ha llevado a cabo con una metodología muy actualizada con base en revisiones sistemáticas de la prevalencia, incidencia y duración de los trastornos de salud mental y la mortalidad así como secuelas discapacitantes, también incluye la exposición y efectos de los factores de riesgo y es financiado por la Fundación Gates; está a cargo del Consorcio integrado por las universidades de Harvard, John Hopkins, Washington, Seattle, Universidad de Queensland, Australia y la Organización Mundial de la Salud, con la participación de aproximadamente 45 grupos de expertos alrededor del mundo, actualmente se incluyen en el estudio 145 enfermedades y más de 45 factores de riesgo en 21 regiones del mundo. Los resultados enfatizan el aporte de los trastornos mentales y neurológicos, a la carga de la enfermedad en especial con los años de vida perdidos por discapacidad AVAD, perdidos por todas las discapacidades y lesiones aun después de ajustados, al considerar, únicamente el componente de discapacidad, las estimaciones del GBD, muestran que los trastornos mentales corresponden al 30,8% de los años de buena salud perdidos por discapacidad y la depresión representa cerca al 12,0% del total.

Hay una marcada diferencia a través de las regiones del mundo respecto del número de AVISA y AVAD que se deben a condiciones neuro-psiquiátricas. En Chile Las estimaciones de AVAD para las condiciones neuro-psiquiátricas no se encuentran disponibles oficialmente; sin embargo, es posible plantear que estarían aproximadamente entre 40,0% y 48,0%. América Latina y el Caribe tienen un AVAD estimado de 40%, mientras que en los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá llega a 48,0%. Por el contrario, todas las otras regiones del mundo están por debajo de esta cifra, en África alcanza sólo a 19,0%, en el Oriente Medio a 26,0%, mientras que el Sudeste Asiático presenta 28,0% y Europa, 40,0%.

Entre las 20 principales causas de AVAD, para todas las edades, se encuentran el trastorno unipolar, las lesiones autoinfligidas y los trastornos por uso de alcohol; en el grupo de 15 a 44 años, se encuentran seis de los trastornos mentales: trastornos depresivos unipolares, los trastornos

por consumo de alcohol, las lesiones autoinfligidas, la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar y el trastorno de angustia. Estos últimos datos representan la carga no solo económica, sino social infringida por esta problemática.

Con base a lo presentado anteriormente, no cabe duda que los trastornos mentales representan un grave problema social y de salud pública, por su magnitud, por la pérdida de capital social, los costos que implican y el impacto social y económico para el desarrollo del país. Vale la pena recordar la realidad propuesta por la OMS: Sin Salud Mental, no hay salud y agregar que sin salud no hay bienestar ni desarrollo posible.

Aunque nos queda todavía mucho que aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en el mundo. La enfermedad mental no es un fracaso personal ni es algo que sólo les suceda a los demás. Los trastornos mentales afectan la capacidad de adaptación del individuo a su medio ambiente, alteran no solo su funcionamiento sino el de su familia, compañeros de trabajo o estudio y la sociedad.

Pero esto no tiene por qué ser así. La OMS ha reconocido desde su creación la importancia de la salud mental, como lo refleja la definición de salud de la constitución de la OMS, según la cual «La salud no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», sino «un estado de completo bienestar físico, mental y social». En los últimos años, muchos avances importantes en las ciencias biológicas y del comportamiento han atraído aún más la atención sobre esta definición. Estas ciencias, por su parte, han ampliado nuestros conocimientos sobre el funcionamiento de la mente y sobre la profunda relación entre la salud mental, la salud física y la salud social. De estos nuevos conocimientos emergen nuevas esperanzas.

2.1.2 Avances en medicina del comportamiento

No sólo se ha avanzado en la comprensión del funcionamiento de la mente, sino también en el conocimiento de la influencia de estas funciones en la salud física. La ciencia moderna está descubriendo que, si bien para debatir sobre la cuestión resulta práctico distinguir entre salud mental y salud física, esa división no deja de ser una ficción creada por el lenguaje. Se considera que en la mayoría de las enfermedades «mentales» y «orgánicas» influye una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Se reconoce además la importante repercusión de los pensamientos, los sentimientos y el comportamiento sobre la salud física. A la inversa, se reconoce también la influencia de ésta sobre la salud mental y el bienestar.

La medicina conductual es una extensa área interdisciplinar que integra los conocimientos de las ciencias conductuales, psicosociales y biomédicas de interés para comprender la salud y la enfermedad. A lo largo de los últimos 20 años, la medicina conductual ha hecho acopio de datos que demuestran la íntima conexión existente entre la salud mental y la salud física. Las investigaciones han demostrado, por ejemplo, que las mujeres con cáncer de mama avanzado que participan en una terapia grupal de apoyo viven significativamente más que las que no intervienen en este tipo de actividad (11), que la depresión predice la incidencia de cardiopatía(12), y que la aceptación realista de la propia muerte se asocia a un menor tiempo de supervivencia entre los afectados por el SIDA, incluso después de ajustar los datos en función de otros posibles factores predictivos de la mortalidad(13).

- **¿Cómo influyen mutuamente las funciones mentales y las funciones orgánicas?**

Las investigaciones han señalado dos vías por las cuales la salud mental y la salud física influyen la una en la otra a lo largo del tiempo. La primera vía fundamental discurre directamente a través de los sistemas fisiológicos, como las funciones neuroendocrinas e inmunitarias. La segunda es la vía del comportamiento en materia de salud, por comportamiento en materia de salud se entiende una gama

de actividades que hacen parte del estilo de vida, tales como comer sensatamente, hacer ejercicio con regularidad, dormir lo suficiente, no fumar, mantener relaciones sexuales seguras, utilizar el cinturón de seguridad en los vehículos y cumplir los tratamientos médicos.

Aunque la vía fisiológica es distinta de la conductual, no son independientes la una de la otra, ya que el comportamiento en materia de salud puede afectar a la fisiología (por ejemplo, el consumo de tabaco y la vida sedentaria reducen la actividad del sistema inmunitario), y a su vez las funciones fisiológicas pueden influir en el comportamiento de salud (por ejemplo, el cansancio conduce a olvidarse de los tratamientos médicos). De todo ello resulta un modelo integrado de salud física y mental en el que los diversos componentes están relacionados y se influyen mutuamente a lo largo del tiempo.

2.1.3 Factores biológicos

- **La edad y el sexo**

La edad y el sexo influyen en los trastornos mentales y del comportamiento. Se ha observado una relación entre diversos trastornos de ese tipo y la existencia de alteraciones de la comunicación neuronal en determinados circuitos. En la esquizofrenia, la anormal maduración de los circuitos neuronales puede causar alteraciones histopatológicas, detectables a escala tanto celular como tisular macroscópica, que den lugar a un procesamiento incorrecto o mal adaptado de la información(14). Sin embargo, en la depresión es posible que no se produzcan anomalías anatómicas características; en este caso, el riesgo de enfermedad puede deberse a cambios de la reactividad de los circuitos neuronales(15). Éstos, a su vez, pueden ser reflejo de cambios sutiles en la estructura, la ubicación o los niveles de expresión de proteínas esenciales para un funcionamiento normal.

Algunas enfermedades psíquicas, como las toxicomanías, pueden considerarse en parte el resultado de una plasticidad sináptica mal adaptada. En otras palabras, las alteraciones de las conexiones sinápticas inducidas por sustancias psicotrópicas o por la experiencia

pueden causar trastornos duraderos de los procesos de pensamiento, las emociones y el comportamiento.

- **Genética**

Galileo desterró la idea de que la tierra era el centro del universo; Darwin, a través de la teoría de la evolución de las especies, nos apartó de la convicción de que éramos especies únicas en el planeta creadas por intervención divina; y el conocimiento del genoma nos ayudará a entender cómo funciona nuestro cerebro y nuestra mente para saber quiénes somos y de dónde venimos. La genómica se convierte en la gran revolución científica, ideológica y cultural acaecida en la historia reciente de la especie humana.

En las tres décadas anteriores se ha venido incrementando evidencia sobre la base genética de los principales trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el autismo y el alcoholismo. En los últimos 15 años se ha llevado a cabo un considerable esfuerzo en tratar de establecer los loci genéticos asociados con susceptibilidad de estos y otros trastornos mentales, principalmente mediante el análisis de ligamiento. A pesar de esto, sólo un puñado de genes específicos ha sido identificado, y en la actualidad se reconoce que los avances en esta dirección requieren el análisis de cientos de personas afectadas y sus familias.

Afortunadamente, la aparición en los últimos años de una serie de nuevos enfoques y herramientas más eficaces ha dado nuevas esperanzas a los que participan en la búsqueda de los factores genéticos y ambientales involucrados en la causa de estas enfermedades. La principal de estas nuevas herramientas es la disponibilidad de la secuencia del genoma humano y la posibilidad de que en los próximos años la dotación completa de genes humanos se dará a conocer y será posible dilucidar las funciones de la mayoría de sus productos proteicos. Mientras tanto, la búsqueda de loci susceptibles se ve facilitada por la disponibilidad de los polimorfismos de nucleótido

único (SNP) y por el principio de mapeo de haplotipos, que sigue la distribución de los grupos de SNPs que se segregan como grupo.

Junto con la secuenciación de alto rendimiento de ADN, microarrays para el análisis del genoma completo, los avances en la proteómica, y el desarrollo de programas de computador más sofisticados para analizar los datos de secuencias y de asociación, estos avances son prometedores para acelerar considerablemente la búsqueda de la base genética de la mayoría de las enfermedades mentales, a la vez proporcionar posibilidades para el desarrollo de terapias nuevas y más eficaces.

Nuestro cerebro representa el elemento más desarrollado de la escala filogenética; y la supervivencia natural de nuestras neuronas define la tasa de longevidad del Homo sapiens, estimada en 120-130 años, por lo que parece obvio que nuestro cerebro sea el reservorio ideal de la evolución del genoma humano, eso que Francis Collins llama “el libro de la vida” y Walter Gilbert define como “el santo grial de la biología”.

Más del 80,0% de los 30.000-40.000 genes que integran nuestro genoma podrían expresarse en nuestro cerebro, puesto que el cerebro, según la vieja concepción de Wallace, recapitula en su proceso madurativo intrauterino la filogenia de las especies, transformándose durante la gestación desde la estructura de un gusano hasta la forma definitiva que nos caracteriza como especie. El volumen cerebral del hombre (el más grande de todas las especies) correlaciona con la mayor longevidad de nuestra especie; y define nuestra capacidad intelectual, supuestamente superior al resto de las criaturas que habitan el planeta. Pero este privilegio del cerebro tiene sus riesgos. Su altísima complejidad funcional le hace más vulnerable a la disfunción.

Al mismo tiempo dispone de mecanismos de seguridad que le impiden alterarse por causas menores. Así como en el funcionamiento normal del cerebro participan en armonía miles de genes, para que el cerebro enferme por causa genética tienen que verse alterados diversos segmentos del genoma que participan en una ruta metabólica concreta o en un circuito neuronal específico.

Mendel, el monje de Brünn, modesto abad del monasterio de Moravia educado en la austera doctrina de los frailes agustinos (por el conocimiento a la sabiduría) estableció en 1865 las leyes de la genética clásica que hoy llevan su nombre. De sus experimentos con guisantes se dedujo cómo podían transmitirse de una generación a otra las características genéticas; pero el mundo no estaba maduro para entenderlo hasta que 100 años después, William Bateson y Hugo de Vries redescubrieron su obra. En los primeros 30 años del 1900 quedó establecido que las enfermedades genéticas podían suceder por defectos en genes que se transmitían de acuerdo a las leyes de Mendel. Esta genética mendeliana o mutacional proponía que la heredabilidad de un defecto genético podía ser de carácter recesivo, dominante o ligado al sexo.

En 1953 Watson y Crick descubren el ADN, la molécula de la vida en la que se escribe el código genético que define nuestra existencia. En 1985-1986 científicos visionarios, como Charles DeLisi, Robert Sinsheimer, Walter Gilbert, Frederick Sanger, Renato Dulbecco, Frank Ruddle, Victor McKusick y James Watson, entre otros, postulan el desafío histórico de mapear el genoma humano; y 15 años después, Francis Collins y Craig Venter presentan en sociedad el primer borrador del gran catálogo de la vida.

El trabajo científico de los últimos 20 años para entender la organización y funcionamiento del genoma humano nos ha permitido comprender que la genética mendeliana es una forma muy simple de entender la genética y que junto a la genética mutacional en la que se engloban las enfermedades de naturaleza recesiva, dominante o ligadas al sexo, generalmente monogénicas, existe una genética de susceptibilidad, poligénica y multifactorial asociada a defectos múltiples distribuidos a lo largo del genoma.

En esta categoría se engloban más del 80,0% de las complejas enfermedades del sistema nervioso. Además, otras formas de defectos genéticos asociados al ADN mitocondrial o la secuencia repetitiva de triplete de bases defectuosas en el ADN nuclear han hecho su aparición, justificando la expresión variable de genes, como responsable de la enfermedad de Huntington, y el fenómeno

de anticipación por el cual una enfermedad aparece con antelación en generaciones sucesivas. También se ha podido comprobar que defectos genéticos en distintos genes pueden dar lugar a una misma enfermedad.

- **De la mente a la materia: genética**

Uno de los grandes logros de las neurociencias en los últimos años ha sido demostrar, educar y convencer que la frontera entre la mente y el cerebro es un límite establecido sobre la base de nuestra ignorancia. De igual forma, la separación entre psiquiatría y neurología como especialidades médicas inconexas es fruto de la conveniencia; pero como Maxwell Cowan, Kathy Kopnisky y Steven Hyman defienden, esta separación ficticia lo único que ha logrado es hacer creer que los trastornos mentales se asientan en un sustrato etéreo de la mente y del espíritu, mientras las enfermedades neurológicas tienen como base el cerebro.

Hoy día en ningún foro científico serio se admite esta dicotomía virtual e interesada, quedando claro que el sustrato de la mente es el cerebro y que las enfermedades mentales son el resultado de una disfunción cerebral específica, sea ésta microscópica, macroscópica, estructural, bioquímica y, en cualquier caso, molecular.

A esta gran desmitificación de la mente como elemento desestructurado en los trastornos psiquiátricos nos ha ayudado la genética y el conocimiento del genoma humano. Los grandes cuadros clínicos de la psiquiatría clásica, como la esquizofrenia, la depresión, el trastorno bipolar, la ciclotimia o la psicosis maniaco-depresiva, el autismo o la propia enfermedad de Alzheimer, son enfermedades de base genética con un importante componente heredo-familiar.

Desde hace casi un siglo se sospecha la heredabilidad de estos trastornos mentales, basados en estudios de genética poblacional. A confirmar esta sospecha han ayudado los estudios de gemelos, en los que se confirmó un 30,0-50,0% de concordancia en gemelos monozigóticos y menos de un 10,0% de concordancia en gemelos

dizigóticos. En los estudios de adopción también se pudo comprobar que los hijos adoptivos de progenitores enfermos, aun viviendo en ambientes sanos, presentaban una mayor prevalencia de trastorno mental que los hijos adoptivos sin progenitores o parientes enfermos.

La confirmación definitiva del componente genético de los trastornos mentales vino de la mano de la genética molecular y de la genómica. Los trastornos psiquiátricos mayores (esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar) y la demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer son enfermedades poligénicas y multifactoriales que resultan de la alteración de múltiples loci genéticos distribuidos en diferentes puntos del genoma. Estos defectos polimórficos, interactuando con diversos factores de riesgo ambientales, determinan la expresión de la enfermedad.

Pero la enorme complejidad de la enfermedad mental y de la demencia no permite identificar con facilidad estos trastornos genéticos. La heterogeneidad fenotípica de estos procesos y *las limitaciones tecnológicas para hacer lecturas completas del genoma en busca de defectos asociados a una enfermedad mental concreta hacen que sea muy difícil alcanzar resultados concluyentes y verificar estudios previos.*

En el caso de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, con una prevalencia del 1,0% en la población general, existen al menos 17 polimorfismos genéticos en los cuales se ha visto ligamiento entre un defecto genético y la enfermedad. En la depresión mayor, con una prevalencia en mujeres del 10,0-25,0% y en hombres del 5,0-12,0%, y en el espectro clínico del trastorno bipolar que afecta a un 1,0% de la población, el número de genes potencialmente afectados alcanza los 18.

En el autismo se han identificado 12 genes que podrían ser responsables de esta enfermedad infantil, que en el 20,0% de los casos evoluciona hacia una esquizofrenia juvenil o a un retraso mental. En el caso de la enfermedad de Alzheimer, con una prevalencia que aumenta del 1,0% a los 60 años hasta más de un 35,0% a los 80 años, afectando a más de 25 millones de

personas en el mundo, se han encontrado más de 50 genes que podrían contribuir a la degeneración prematura de las neuronas.

Las enfermedades del cerebro han sido ignoradas por la sociedad y por las administraciones de los Estados. Detrás de esta negligencia está un tabú histórico por el cual el cerebro es una caja negra de la que no se sabe nada; y por otro lado está un intento consciente o inconsciente de ignorar un problema que afecta a un 20,0-30,0% de la población y que, como enfermedad crónica, compromete la capacidad funcional de la persona enferma de por vida, la discapacita y la margina.

No existe ninguna otra enfermedad que presente una prevalencia del 30,0% y que se prolongue toda la vida, a pesar de los importantes progresos terapéuticos que favorece la administración de neurolépticos, ansiolíticos y antidepresivos. Sólo en Estados Unidos, los trastornos mentales cuestan al Estado del orden de los 400.000 millones de dólares por año, el equivalente a un tercio del presupuesto total para salud.

Estas cifras son extrapolables a la Unión Europea y a España; y a estos costos hay que añadir los años de discapacidad, las muertes por suicidio, las horas de trabajo perdidas y la carga psicológica para las familias. En Colombia con los nuevos datos que se están generando será posible en un futuro próximo tener estimaciones confiables.

El futuro se plantea como un desafío interesante en el cual la predicción genética, el conocimiento de la etiopatogenia de los trastornos mentales a nivel molecular, el desarrollo de nuevos y eficaces psicofármacos, y la farmacogenómica permitirán implementar planes preventivos en la población a riesgo, protocolos para identificación precoz e intervención terapéutica temprana y diseño de nuevas moléculas cuya administración basada en principios farmacogenómicos permita reducir efectos secundarios, incrementar la eficacia y reducir costos.

Finalmente, se debe reconocer que el progreso de la genética ha discurrido parejo al de la neurociencia. Casi todos los trastornos mentales y del comportamiento grave y frecuente se asocian a un importante componente genético de riesgo. Sin embargo, tanto los

estudios sobre el modo de transmisión de los trastornos mentales en el seno de familias extensas multigeneracionales, como aquellos en los que se ha comparado el riesgo de trastornos mentales en gemelos monocigóticos (idénticos) y dicigóticos, permiten concluir que el riesgo de las formas frecuentes de trastornos mentales es complejo desde el punto de vista genético.

Los trastornos mentales y del comportamiento se deben fundamentalmente a la interacción de múltiples genes de riesgo y factores ambientales. Es más, puede que una predisposición genética a desarrollar un determinado trastorno mental o del comportamiento se manifieste únicamente en personas sometidas también a determinados estresores ambientales que desencadenan la manifestación de la enfermedad. Los ejemplos de factores ambientales abarcan desde la exposición a sustancias psicotrópicas en la vida fetal, a la malnutrición, las infecciones, la desintegración de la familia, el abandono, el aislamiento y los traumatismos.

2.1.4 Factores psicológicos⁶

Los factores psicológicos individuales guardan también relación con la aparición de trastornos mentales y del comportamiento. A lo largo del siglo XX, un hallazgo fundamental ha conformado nuestra concepción actual: la importancia decisiva de las relaciones con los padres y otros cuidadores durante la infancia. Los cuidados afectuosos, atentos y estables permiten a los lactantes y a los niños pequeños desarrollar con normalidad funciones como el lenguaje, el intelecto y el control de las emociones. Ese desarrollo puede verse interferido si el cuidador sufre problemas de salud mental u otras enfermedades, o si fallece.

Los niños pueden verse separados de sus cuidadores por la pobreza, la guerra o el desplazamiento de poblaciones. A escala más general, también quedan desatendidos cuando no existen servicios sociales en la comunidad. Al margen de las causas concretas, cuando los niños se ven privados de la atención de sus cuidadores, tienen más

6 Informe sobre la salud en el mundo 2001

probabilidades de padecer trastornos mentales y del comportamiento, ya sea durante la infancia o más adelante.

Prueba de ello es la evolución seguida por muchos niños acogidos en instituciones que no les proporcionaban la suficiente estimulación social. Aunque recibían una alimentación y unos cuidados corporales adecuados, era frecuente que manifestaran graves deficiencias en la interacción con los demás, en la expresividad emocional y en el afrontamiento adaptativo a los acontecimientos estresantes de la vida. En algunos casos se observaban también deficiencias intelectuales.

Otro hallazgo fundamental es que el comportamiento humano se configura en parte por medio de interacciones con el entorno natural o social. Estas interacciones pueden tener consecuencias favorables o desfavorables para el individuo. En esencia, es más probable que las personas se inclinen por los comportamientos que sean «recompensados» por el entorno, y menos probable que opten por comportamientos ignorados o sancionados.

Por consiguiente, los trastornos mentales y del comportamiento pueden considerarse como un comportamiento mal adaptado aprendido, ya sea directamente o por la observación de otros a lo largo del tiempo. Esta teoría se basa en pruebas obtenidas a lo largo de décadas de investigación sobre el aprendizaje y el comportamiento, y se ve corroborada por el éxito de la terapia conductual, que aplica estos principios para ayudar a las personas a modificar sus formas mal adaptadas de pensamiento y conducta.

Por último, la psicología ha demostrado que algunos tipos de trastornos mentales y del comportamiento, como la ansiedad y la depresión, pueden ser consecuencia de la incapacidad para afrontar adaptativamente un acontecimiento vital estresante. Por lo general, las personas que evitan pensar en las causas de estrés o afrontarlas tienen más probabilidades de padecer ansiedad o depresión, mientras que las personas que comparten sus problemas con otros y procuran encontrar maneras de hacer frente a los factores estresantes funcionan mejor al cabo del tiempo. Esta constatación ha impulsado

el desarrollo de intervenciones basadas en la enseñanza de aptitudes de afrontamiento.

En conjunto, estos descubrimientos han ampliado nuestros conocimientos sobre los trastornos mentales y conductuales, y han sentado los fundamentos para el desarrollo de diversas intervenciones eficaces.

2.1.5 Factores sociales

Se han relacionado los trastornos mentales y del comportamiento con factores sociales como la urbanización, la pobreza y la evolución tecnológica, pero no hay razón alguna para dar por sentado que la repercusión de los cambios sociales sobre la salud mental es igual en todos los segmentos de una sociedad determinada. Por lo general, dichos cambios tienen efectos distintos en función de la situación económica, el sexo, la raza y las características étnicas.

Entre 1950 y 2000, la proporción de población urbana en Asia, África, América Central y América del Sur aumentó del 16,0% al 50,0%(16). En 1950, Ciudad de México y São Paulo tenían 3,1 y 2,8 millones de habitantes respectivamente, pero se estima que para el año 2000 habían alcanzado los 10 millones. Las características de la urbanización moderna pueden tener efectos nocivos sobre la salud mental por la influencia de los factores estresantes, más frecuentes, y de acontecimientos vitales adversos como los entornos superpoblados y contaminados, la pobreza y la dependencia de una economía monetaria, los altos niveles de violencia y el escaso apoyo social(17). Aproximadamente la mitad de la población urbana de los países con ingresos bajos y medios vive en la pobreza, y decenas de millones de adultos y niños carecen de un hogar. En algunas zonas, el desarrollo económico está obligando a un número cada vez mayor de personas a emigrar hacia áreas urbanas en busca de sustento. Por lo general, la emigración no aporta un mayor bienestar social; al contrario, genera a menudo altas tasas de desempleo y condiciones de vida miserables, de tal modo que los emigrantes quedan expuestos a tensiones sociales y a un mayor riesgo de trastornos mentales debido a la ausencia de redes

sociales de apoyo. Así, los conflictos, las guerras y los enfrentamientos civiles se asocian a mayores tasas de problemas de salud mental.

- **Pobreza y salud mental**

La relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional. Según su definición más estricta, la pobreza consiste en la carencia de dinero o posesiones materiales. En términos más amplios, y quizá más apropiados para hablar de los trastornos mentales y del comportamiento, la pobreza puede entenderse como la insuficiencia de medios, lo que comprende la falta de recursos sociales o educativos. La pobreza y las situaciones que conlleva, como el desempleo, la baja instrucción, las privaciones y la falta de un hogar, no sólo abundan en los países pobres, sino que afectan también a una minoría considerable en los países ricos.

Entre las víctimas de la pobreza y las privaciones es mayor la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento, incluidos los asociados al abuso de sustancias psicotrópicas. *Esta mayor prevalencia puede explicarse por la acumulación de causas de trastornos mentales entre los pobres, así como por la transición de los enfermos mentales hacia la pobreza.* Aunque se ha discutido cuál de estos dos mecanismos es responsable de la mayor prevalencia entre los pobres, los datos indican que ambos tienen importancia (18). Por ejemplo, el mecanismo causal puede ser más válido para los trastornos depresivos y de ansiedad, mientras que la teoría de la transición a la pobreza puede explicar sobre todo la mayor prevalencia de trastornos psicóticos y ligados a toxicomanías entre los pobres. Pero estos mecanismos no se excluyen mutuamente: los individuos pueden estar predispuestos a los trastornos mentales debido a su situación social, y aquellos que padecen estos trastornos pueden sufrir aún más privaciones como consecuencia de su enfermedad. Éstas consisten en niveles de instrucción más bajos, desempleo y, en casos extremos, carencia de un hogar. Los trastornos mentales pueden causar discapacidades graves y duraderas, e incluso incapacitar para el trabajo. Si no existe un apoyo social suficiente, como ocurre a menudo en los países en desarrollo carentes de

servicios organizados de asistencia social, las personas se empobrecen con rapidez.

Existen también pruebas de que la *evolución* de los trastornos mentales y del comportamiento está determinada por la situación socioeconómica del individuo. Puede ser el resultado de una carencia general de accesibilidad a los servicios de salud mental, unida a las barreras que impiden a ciertos grupos socioeconómicos el acceso a la asistencia médica. Los países pobres disponen de muy pocos recursos para la asistencia psiquiátrica, y éstos a menudo quedan fuera del alcance de los segmentos más pobres de la sociedad. Incluso en los países ricos, la pobreza, unida a factores como la ausencia de cobertura de seguro médico, el menor nivel de instrucción, el desempleo y la condición de minoría racial, étnica y lingüística, puede levantar barreras infranqueables para el acceso a la asistencia médica. El desfase terapéutico es grande para la mayoría de los trastornos mentales, pero en la población pobre es enorme.

- **Mujer y salud mental**

En los distintos niveles socioeconómicos, los numerosos papeles que las mujeres desempeñan en la sociedad las exponen a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y del comportamiento que otros miembros de la comunidad. Las mujeres siguen soportando la carga de responsabilidad ligada a su condición de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas, al tiempo que se están convirtiendo en una parte fundamental de la fuerza de trabajo; constituyen ya la principal fuente de ingresos para una proporción de hogares comprendida entre la cuarta y la tercera parte. Además de las presiones que las mujeres soportan como consecuencia de sus responsabilidades, cada vez más amplias y a menudo encontradas, se enfrentan a una importante discriminación sexual y a las situaciones adversas que conlleva, como la pobreza, el hambre, la malnutrición, el exceso de trabajo y la violencia doméstica y sexual. Por ello no sorprende constatar que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de que se les prescriban psicofármacos. La violencia contra las mujeres constituye un importante problema social y de

salud pública que afecta a estas sin distinción de edad, ámbito cultural o nivel de ingresos.

2.1.6 Enfoque desde la salud pública

Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: más del 25,0% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias. Los trastornos mentales y conductuales afectan aproximadamente en un momento dado al 10,0% de la población adulta.

- **Magnitud del problema**

Alrededor del 20,0% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento. Estas familias no sólo proporcionan apoyo físico y emocional, sino que soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación.

En 1990, se estimó que los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10,0% de los AVAD totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones. En 2000 ese porcentaje había aumentado al 12,0%, y se prevé que llegará hasta el 15,0% en 2020. Los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia, son los trastornos más frecuentemente, responsables de discapacidades importantes. Estas estimaciones se han quedado cortas, y las últimas estimaciones informan que puede llegar a 30,0% y con un 12,0% del aporte al indicador explicado por la depresión mayor, sin olvidar la importancia que se está dando al trastorno bipolar.

Además se aceptan como los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales, a la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar disfuncional.

Se considera que todavía queda mucho por aprender, pero las pruebas científicas recientes son claras: tenemos a nuestro alcance los conocimientos y la capacidad para reducir significativamente la carga de trastornos mentales y del comportamiento en el mundo.

Este mensaje es un llamamiento a la acción para reducir la carga de los 400 millones de personas que se calcula padecen enfermedades mentales y del comportamiento. Dada la propia magnitud del problema, su etiología multifactorial, la estigmatización y la discriminación generalizada que conlleva, y el importante desfase terapéutico en todo el mundo, la respuesta más adecuada es una estrategia de salud pública.

2.2 Salud mental del niño y el adolescente

Las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan entre 10,0% y 15,0% de los niños, las niñas y los adolescentes(1). En América Latina y el Caribe, según algunos estudios seleccionados, la prevalencia de punto, en el momento de la investigación, para cualquier trastorno variaba de 12,7% a 15,0%(19). Estas son las primeras manifestaciones de afecciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta y brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz. La brecha de tratamiento en la niñez y la adolescencia es aún mayor que en los adultos(20).

Los trastornos mentales, el abuso de sustancias y la violencia contra las mujeres, los niños y niñas son factores de riesgo para contraer el VIH/sida. Un informe reciente de la OMS señaló que la prevalencia de trastornos mentales en pacientes con VIH/sida es significativamente superior si se compara con la población general(21).

La salud mental es un componente crítico de la salud general de los niños y adolescentes. Fomentar su salud social y emocional como parte de desarrollo sano debe ser una prioridad. La promoción de la salud mental y el tratamiento de desórdenes mentales del niño y el adolescente, deben ser metas importantes de la salud pública(22).

El informe de la OMS sobre Recursos de Salud Mental para Niños y Adolescentes(20) puso de relieve la falta de servicios de salud mental apropiados para este grupo poblacional, a pesar de que la mayoría de los países son signatarios de la Convención sobre los Derechos del Niño. Los programas bien estructurados de promoción y prevención en el campo de la salud mental son escasos o no han recibido suficiente atención en la Región y no siempre están bien articulados con otros sectores de pertinencia particular, como el educativo, por ejemplo(20).

Las experiencias en la niñez tienen un importante impacto en la salud de las personas a través de la vida, las experiencias de la adolescencia se encuentran fuertemente asociadas al estado de salud muchos años después(23).

2.3 Antecedentes históricos de la epidemiología psiquiátrica

En 1995 se escribió uno de los textos más importantes sobre epidemiología psiquiátrica(24),y en él se hace referencia al artículo que lo antecedió 20 años atrás escrito por Barbara Dohrenwend y Bruce Dohend y titulado “The problem of validity in the field studies of psychological disorders” a este artículo siguieron varios, entre los cuales está el de las mismas autoras y otros colegas propusieron el término “estudios de primera generación” para los estudios realizados antes de la II Guerra Mundial y “estudios de segunda generación” para los estudios llevados a cabo en la posguerra en los cuales los investigadores propusieron evaluar la verdadera prevalencia de los desórdenes psiquiátricos en la población en varios lugares del mundo, en la mayor parte de estos estudios se estimó la prevalencia de unos pocos meses o anual.

La calidad de los estudios depende de la validez y precisión de los métodos diagnósticos. Los estudios de primera y segunda generación fueron pioneros en utilizar sus propios métodos para contabilizar los casos, pero sin tener en cuenta la validez, lo que generó una situación anárquica, que llevó a buscar cambiar a una situación diferente.

En 1980 se publica el DSM-III, coincidiendo con importantes y significativos cambios en la investigación, posibilitando la aparición de instrumentos diagnósticos que dan comienzo a los “estudios de tercera generación”.

- **Estudios de primera y segunda generación**

En los 16 estudios de primera generación, se utilizaron los informantes clave y los registros de las instituciones, lo que lleva implícito el subregistro de casos leves, que pudieron no ser diagnosticados en una entrevista común. La entrevista directa como fuente de información se utilizó solo en seis de los estudios, tratando de corregir la información que solo utilizó los registros clínicos, estos lograron una proporción mayor que la encontrada en los demás estudios, sin embargo en promedio solo llegaron a 3,6%, comparados con cerca al 20,0% encontrada en los estudios de segunda generación, lo que puede explicarse por la dramática expansión de los criterios diagnósticos en psiquiatría, así como la experiencia de los profesionales de salud mental en la utilización de los instrumentos de tamización (screening), lo que marco la transición a los estudios de segunda generación.

En los estudios de la segunda generación, por contraste con la primera, se utilizaron procedimientos explícitos para la recolección de la información, aun cuando algunas veces la entrevista fue hecha por psiquiatras o psicólogos clínicos y en otras por entrevistadores legos, en todos los casos fueron confirmadas por la evaluación de los psiquiatras a partir de la información recopilada en la entrevista, datos de informantes clave o con la información de la historia clínica u las observaciones de los entrevistadores. En general los resultados se clasificaron, no como diagnósticos sino más bien como “casuística” o como “discapacidad”.

Se concluyó, que incluso era más económico que el procedimiento anterior, contar con evaluaciones clínicas con base en un “score” objetivo de la psicopatología y un buen número de las investigaciones, se hicieron con estos criterios. El instrumento de tamización más utilizado fue el desarrollado por Langner en 1962 con 22 ítems, utilizado en el “Midtown Study”, con base en el método actuarial para proveer una estimación de la discapacidad por enfermedad mental. También se desarrollaron otras escalas de 20 ítems, utilizadas entre la segunda y tercera generación de estudios.

La validez de los estudios en estas dos generaciones se afectó, por varios aspectos entre ellos la selección de la muestra teniendo en cuenta la presencia de signos o síntomas y la falta de estandarización para la evaluación y aplicación, por los que se aplicaron diferentes medidas y criterios para el mismo trastorno.

Para los estudios con aplicación de las escalas breves hubo mucho más investigación metodológica y se pudo encontrar una buena consistencia interna (en promedio 0,80 a 0,85). El resultado de la correlación entre las distintas escalas posiblemente se debió a que ellas priorizaban, síntomas de depresión, ansiedad y malestar psicológico, así no incluyeran otros trastornos.

- **Estudios de tercera generación**

Según lo comenta Benjamín Vicente(25), en las dos últimas décadas, la aparición de las versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM)(26) de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)(27), han permitido una respuesta satisfactoria al problema de los criterios diagnósticos. Entrevistas altamente estructuradas y eficientes como el Diagnostic Interview Schedule (DIS)(28) y el Composite International Diagnostic Interview (CIDI)(29) han permitido la evaluación de grandes muestras con una confiabilidad comparable con el diagnóstico clínico, y los sorprendentes avances de la estadística e informática han permitido que estos estudios sean posibles(30).

La falta de sistemas de diagnóstico a menudo se traducía en la escasa fiabilidad y validez de los estudios. El desarrollo de entrevistas diagnósticas estructuradas ha aportado una significativa contribución permitiendo el diagnóstico de los trastornos mentales, de acuerdo a las últimas clasificaciones internacionales y ha permitido el refinamiento de la evaluación a través de los estudios poblacionales.

El proceso se ilustra por la progresión desde el DSM-II (Asociación Americana de Psiquiatría 1968) a los criterios diagnósticos de Feighner(31) y otros de gran importancia como los criterios diagnósticos de Spitzer (32) y las nuevas versiones del DSM-III (Asociación Americana de Psiquiatría 1980), DSM-III-R (Asociación Americana de Psiquiatría 1987), el DSM-IV en 1994 y el DSM-V próximo a terminarse en 2012.

Pero lo anterior necesita complementarse con el desarrollo de las entrevistas clínicas estructuradas como el Diagnostic Interview Schedule (DIS de Robins, Helzer, Croughan and Ratclif, 1981), el Structured Clinical Interview Schedule para el DSM-III-R (SCID, Spitzer, Williams, Gibbon and First 1.990), el CIDI-OMS (World Health Organization Compositum International Diagnostic Interview (Robins, Wing, Wittchen et al. 1.988) y la versión modificada CIDI-UM (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson *et al.* 1994).

- **CIDI-OMS**

El Compositum International Diagnostic Interview CIDI-OMS, se basa en el DIS y fue desarrollado por la OMS en unión de Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA), ha sido seleccionado para ser usado a gran escala en estudios transculturales de epidemiología psiquiátrica a lo largo del mundo, por lo tanto es el instrumento oficial que se aplica en el Estudio Mundial de Salud Mental de la OMS. Al igual que el DIS, es aplicado por entrevistadores no clínicos (legos), que lo hace más costo-efectivo como herramienta para los estudios a gran escala.

El CIDI-OMS, ha sido traducido a numerosos idiomas y se ha aplicado en más de 28 estudios alrededor del mundo, el objetivo ha sido la posibilidad de aplicarlo en forma transcultural. Las preguntas y la simplicidad del lenguaje en que se desarrolla se orientan hacia el logro de lo anterior, para ayudar a una fácil y precisa traducción a otros idiomas y su traducción hacia atrás (nuevamente al inglés), como el DIS se aplica con un flujograma de prueba (PFC - Probe Flow Chart). Las respuestas positivas para los síntomas son seguidas de una serie de preguntas que evalúan la severidad de los síntomas, logrando la inclusión o exclusión del uso de medicamentos y la comorbilidad con enfermedad física. Igualmente se produce el diagnóstico basado en el DSM-IV o la CI-10, según sea necesario.

En síntesis el CIDI-OMS es una entrevista totalmente estructurada diseñada para ser utilizada por los entrevistadores legos, entrenados para la evaluación de los trastornos mentales de acuerdo a las definiciones y los criterios de la CIE-10 y DSM-IV. Su uso está destinado a estudios epidemiológicos transculturales, así como para fines clínicos y de investigación. La sección de diagnóstico de la entrevista se basa en la entrevista Diagnóstica Internacional Compuesto de la Organización Mundial de la Salud (CIDI OMS, 1990).

El CIDI permite:

- Estimar la prevalencia de los trastornos mentales
- Medir la gravedad de estos trastornos
- Determinar la carga de estos trastornos
- Evaluar el uso de servicios
- Evaluar el uso de medicamentos en el tratamiento de estos trastornos
- Evaluar quién se trata, quién no se trata, y cuáles son las barreras para el tratamiento

Diseño Metodológico

The book cover features a blue gradient background. On the left, there is a close-up of a person's eye, looking slightly to the right. On the right side, there is a stack of several books with different colored spines (blue, red, green, yellow). The entire cover is overlaid with several overlapping, semi-transparent circular and oval shapes, creating a layered, geometric effect.

Yolanda Torres de Galvis
Roberto Mejía Montoya
Gloria María Sierra Hincapié

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

Metodológicamente, la investigación se puede definir como un estudio poblacional de prevalencia, que permite estimar como principales indicadores de resultado, la frecuencia para los trastornos mentales estudiados mediante las proporciones de prevalencia de vida, prevalencia para los últimos 12 meses y prevalencia reciente, de los trastornos mentales según los criterios DSM-IV, la información se obtuvo mediante entrevista cara a cara, aplicada en el hogar.

El estudio se basa en un diseño probabilístico, multietápico cuya población objetivo es la población general no institucionalizada, que tiene hogar fijo, adolescentes y adultos hasta los 65 años seleccionados al azar, residentes en Medellín en el total de las comunas y los corregimientos.

El estudio tiene como base la metodología aplicada en el Estudio Mundial de Salud Mental, iniciativa internacional liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamada Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH-CIDI). Esta iniciativa busca evaluar el estado de los trastornos mentales y las patologías sociales en países con diferentes grados de desarrollo, así como determinar las necesidades en materia de atención en salud y orientar las diferentes políticas de salud.

El proyecto, se está llevando a cabo en 28 países alrededor del mundo y tiene como propósito generar información actualizada, válida y confiable a través de metodologías que permiten la comparación transcultural de los resultados, para ello utiliza el instrumento de diagnóstico CIDI-OMS, que ha sido validado mediante diversas pruebas, incluyendo un cuidadoso examen de su traducción y adaptación al español, complementado con los estudios aplicados en otros países para su validación

El Estudio Salud Mental Medellín 2011-2012 se llevó a cabo mediante convenio de asociación entre la Secretaría de Salud de Medellín, el Grupo de Investigación en Salud Mental que hace parte del Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la Universidad CES, que para esta investigación trabaja con el *Agreement* firmado con el Consorcio de Epidemiología Psiquiátrica Harvard-OMS que lidera el Estudio Mundial y que da su asesoría metodológica y controla la calidad para dar el aval sobre la calidad científica del mismo y así reconocerlo como parte del Estudio Mundial. La investigación permite determinar cuáles son las necesidades de la población y sentar las bases para evaluar el alcance de las intervenciones realizadas a partir de la misma.

3.2 Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por la población civil, no institucionalizada, e incluye el grupo de adolescentes y el grupo de adultos hasta los 65 años, residente en las comunas y los corregimientos de Medellín, que según las últimas proyecciones para el año 2011 era de 1.779.148 personas.

El tamaño de muestra para el estudio fue calculado con base en la fórmula para la estimación de una proporción poblacional, para lo cual se utilizó un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una prevalencia estimada del 6,9% (prevalencia esperada para depresión según resultados del Estudio Nacional de Salud Mental 2003).

El tamaño de la muestra se estimó, utilizando la siguiente fórmula:

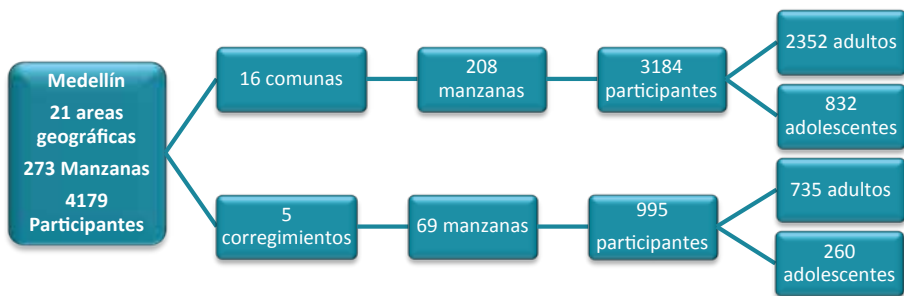
$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

Donde,

N:	Población total (considerado como 999.999, es decir valor grande en comparación al posible n, para considerar poblaciones infinitas)	
z:	Valor Z (Correspondiente a un nivel de confianza) 95%	
d:	Precisión absoluta	5%
p:	Proporción esperada en la población	6,9%
Diseño del efecto		1

Así, el tamaño de muestra para cada unidad primaria de muestreo (comuna o corregimiento) se estimó en 199 individuos, por lo cual el tamaño final de la muestra se obtuvo de la siguiente forma: 21 UPM x 199 = 4.179 personas las cuales fueron considerados como las unidades finales para el análisis en el estudio.

El diseño seleccionado fue probabilístico, multietápico cuya población objetivo fue la población general no institucionalizada, que tiene hogar fijo, para el caso de los adolescentes se considero el grupo de 13 a 18 años y para la población adulta la comprendida entre los 19 y los 65 años seleccionados a partir del marco muestral que comprende la totalidad de viviendas, ubicadas en los diferentes estratos socioeconómicos, en las 16 comunas y los 5 corregimientos de Medellín. El tamaño de la muestra a la que finalmente se aplicó la entrevista fue de **4.176** personas.



En la terminología del muestreo, los corregimientos y las comunas fueron las Unidades Primarias de Muestreo (UPM) y las manzanas o conglomerados las Unidades Secundarias (USM). En cada manzana

o conglomerado se seleccionó un promedio de 12 hogares, cantidad denominada “medida de tamaño” (MT), la cual puede tener un rango entre 7 y 21 hogares. A su vez, en cada hogar se seleccionó aleatoriamente para la entrevista un adulto de 19 a 65 años, y un adolescente.

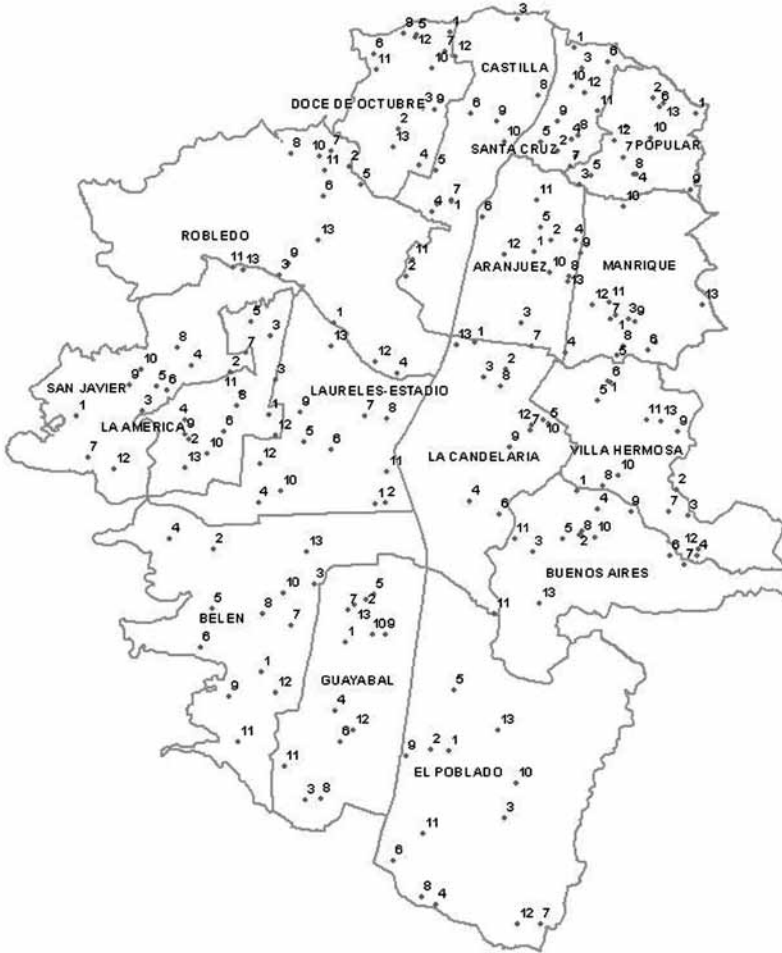
La composición de la muestra es proporcional a la composición del universo desde el punto de vista geográfico y socioeconómico; por tal razón, el diseño es con probabilidad de selección igual hasta el nivel de hogar.

3.2.1 Ubicación y selección de la muestra

Para la ubicación y selección de la muestra se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Mapeo de las comunas/corregimientos con las manzanas seleccionadas con el programa ArcGis 10.1.
- Formato de listado de vivienda.
- Formato con números aleatorios para la selección de viviendas.
- Formato para el censo del hogar.
- Formato con números aleatorios para la selección de las personas (adulto y adolescente).

Mapa 1. Manzanas seleccionadas programa ArcGis 10.1 para las 16 comunas de Medellín



3.3 Etapa de recolección

3.3.1 Preparación de la comunidad

Dada la importancia de esta etapa para lograr comunicar los objetivos y la finalidad de la investigación, como medio para motivar la aceptación y participación de las personas seleccionadas en la muestra, se utilizó como parte de la estrategia llevar a cabo una serie

de reuniones de coordinación interinstitucional, entre los equipos de la Secretaria de Salud de Medellín y la Universidad CES, para proponer el plan de acercamiento y preparación de la comunidad para la etapa de recolección mediante algunos mecanismos de difusión tales como la utilización de:

- Medios masivos de comunicación
 - Radio (Emisoras)
 - Canales de TV
 - Periódicos locales y nacionales
- Periódicos institucionales
- Periódico comunitario
- Canales comunitarios
 - Iglesia
 - Participación de los lideres
- Volantes

3.3.2 Mecanismos de difusión

Se realizo una rueda de prensa el 13 de julio de 2011 en el salón de dialogo de la Alcaldía de Medellín, presidida por la Dra. Maria del Pilar Pastor Secretaria de Salud y la Dra. Yolanda Torres Jefe del Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la Universidad CES, en donde se convocaron los medios de comunicación y se presentó la ciudad de Medellín entre las primeras ciudades de Latinoamérica en realizar un estudio de salud mental en población general como parte del Estudio Mundial. Esta información se transmitió en los noticieros del medio día en los canales Telemédellín, Teleantioquia, RCN y Caracol.

Desde el inicio la información estuvo disponible en primera plana en la página de la Alcaldía de Medellín por cuatro días, luego la información de la investigación quedo disponible en el **micrositio** de

salud mental www.medellin.gov.co/saludmental de la misma página, las redes sociales también se utilizaron para divulgar la información <http://www.facebook.com/#!/saludmental.medellin>.

En el periódico **El Compromiso**, medio informativo de la Alcaldía de Medellín, que publica más de 40 mil ejemplares se dio a conocer la información del estudio, mediante el artículo “El Liderazgo de Medellín, en Latinoamérica, también se da en Salud Mental”, y otras formas de comulación como la siguiente:

PRIMER ESTUDIO DE SALUD MENTAL EN MEDELLÍN
EN DETERMINAR LA PREDISPOSICIÓN GENÉTICA A LOS TRASTORNOS MENTALES

Medellín será la primera ciudad de Latinoamérica en realizar el primer estudio de Salud Mental a 4.170 personas entre los 13 y 65 años de edad.

Además se recolectará una muestra de saliva, que permitirá estudiar en las personas encuestadas la predisposición genética a los trastornos mentales, incluida el consumo de drogas. Las muestras serán analizadas en el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos.

La investigación se llevará a cabo gracias a un convenio de asociación entre la Alcaldía de Medellín, la Universidad CES y el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica OMS - Universidad de Harvard.

El consorcio de Salud Mental utiliza la última versión de la herramienta CIDR CAP1 (Entrevista Diagnóstica Internacional Comunitaria), lo cual permite identificar 23 diagnósticos de salud mental.

El estudio son:
UNIVERSIDAD CES
OBRA Social de Salud
Alcaldía de Medellín

Mental health to be diagnosed
Salud mental a diagnóstico
Autor: Cecilia Andrea Torres Arias
21 de julio de 2011

Con una inversión de 200 millones de pesos, la Alcaldía de Medellín espera conocer cuál es la condición mental y física.

Medellín será la primera ciudad del país y de Latinoamérica en realizar un estudio de la situación de salud mental de su población general. Así lo confirmó María del Pilar Pastor Durango, secretaria de Salud, quien afirmó que la investigación contribuirá a mejorar la calidad de vida de la población antioqueña, puesto que la ciudad será cuenta con los estudios realizados a poblaciones de adolescentes escolarizadas.

El estudio, que se realiza en 28 países del mundo, se desarrollará mediante una entrevista que permite identificar 23 diagnósticos de trastorno mental y una muestra de saliva para reconocer la predisposición genética a los trastornos mentales, incluido el consumo de drogas. Simultáneamente, se desarrollará una investigación que muestra cómo están los habitantes de Medellín en cuanto al riesgo cardiovascular. "Este estudio significa para la ciudad la construcción de la Snea base para la formulación de metas relacionadas con la salud mental, como parte al Plan Local de Salud de próximo cuatrienio", explica la Secretaria de Salud.

El proyecto se desarrollará gracias a un convenio de asociación entre la Alcaldía de Medellín, la Universidad CES y el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica OMS-Universidad de Harvard.

Al Recolección de muestras

Para la recolección se utilizarán dos mecanismos: el primero consiste en la aplicación de la Entrevista Diagnóstica Internacional Comunitaria. Se trata de una entrevista cara a cara, realizada por entrevistadores profesionales en trabajo social, previamente capacitados. Esta herramienta permitirá identificar 23 diagnósticos de salud mental.

Después de tomar una muestra de saliva a la persona encuestada, a través de la cual se podrá definir la predisposición genética a los trastornos mentales. Las muestras serán analizadas por científicos de las Universidades de Harvard y CES.

Según 4.170 encuestas a personas entre 13 y 65 años, de los 18 comunios y 5 corregimientos. Se elegirá una muestra por barrio y se seleccionarán tres viviendas. Solo será encuestada una persona por familia. El estudio en las comunios será desarrollado por 30 trabajadores sociales, identificados con chalecos de la Alcaldía de Medellín, escudo y una carta firmada por la Alcaldía de Medellín y la Universidad Ces. Los resultados se irán a conocer el próximo 20 de noviembre.

NOTICIASMEDELLIN COLOMBIA - EL TIEMPO .COM
MIDEN QUÉ TAN MAL ESTAMOS DE LA CABEZA, POR MEDIO DE LA SALIVA
Por REDACCIÓN MEDELLIN | 9:55 a.m. | 14 de Julio del 2011

El análisis de la saliva permite medir el riesgo.
Foto: Archivo particular.

La Secretaría de Salud municipal y la Universidad CES comenzaron una investigación que busca diagnosticar qué tanto predisposición genética tiene la gente de la ciudad a enfermedades mentales y una de sus metodologías serán las muestras de saliva para analizarlas mediante ADN.

La epidemióloga Yolanda Torres, directora del Centro de Excelencia en Investigación en Salud del CES y coordinadora del estudio, resalta que conociendo ese factor de riesgo se puede evitar la enfermedad.

La investigación es pionera en América Latina y se desarrolla en 28 países, con la asesoría de la Universidad de Harvard y la OMS.

"Luego de saber cuál es la situación, se harán ajustes a los programas que tenemos", anotó la secretaria de Salud de Medellín, María del Pilar Pastor.

La metodología contempla una encuesta a 4.170 personas, entre los 13 y 65 años, que permite detectar 23 tipos de padecimientos mentales, a la par que se toma la prueba de saliva.

A la par, harán otro sondeo sobre riesgo cardiovascular con 3.240 personas mayores de 30 años, incluidas encuestas, medición de tensión y muestra de orina para medir grasas y azúcar en el laboratorio.

Como producto de la misma se publicaron artículos sobre la investigación. El periódico *El Mundo*, publicó el 21 de julio “Salud Mental a Diagnóstico”.

http://www.elmundo.com/portal/vida/salud/salud_mental_a_diagnostico.php

investigación de salud mental 

Compromiso | Julio de 2011 | Periódico de la Universidad de Medellín

Sin salud mental no hay salud, y sin salud no hay calidad de vida para nuestra población.

El liderazgo de Medellín, en Latinoamérica, también se da en salud mental



Medellín es la primera ciudad de Latinoamérica en realizar el estudio completo sobre la percepción de problemáticas de salud mental, sus prevalencias, prevalencias de salud mental y tasas de prevalencias de salud mental, para analizar la susceptibilidad genética para los principales trastornos estudiados.

La ciudad es pionera en la región en realizar un estudio de salud mental y evaluación de susceptibilidad genética.

El estudio se realizó en colaboración con el Hospital General de Medellín y el Laboratorio de Genética de la Universidad de Medellín, con el fin de evaluar la susceptibilidad genética para los principales trastornos de salud mental en la ciudad de Medellín.

El estudio se realizó en colaboración con el Hospital General de Medellín y el Laboratorio de Genética de la Universidad de Medellín, con el fin de evaluar la susceptibilidad genética para los principales trastornos de salud mental en la ciudad de Medellín.

El estudio se realizó en colaboración con el Hospital General de Medellín y el Laboratorio de Genética de la Universidad de Medellín, con el fin de evaluar la susceptibilidad genética para los principales trastornos de salud mental en la ciudad de Medellín.

23 prevalencias de salud mental identificadas en la investigación que se hace en Medellín. 4.170 personas, entre los 13 y 65 años de edad, serán consultadas, en las 16 colonias y los 5 corregimientos.

- Programa radial institucional de la Alcaldía de Medellín

Mediante el **Programa radial institucional de la Alcaldía de Medellín** La Gran Mañana se dio a conocer la información el 11 de julio de 2011, en donde el Dr. Luis Diego Galeano López (Coordinador de Salud Mental de la Secretaría de Salud de Medellín) y la Dra. Yolanda Torres (Jefe del Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la Universidad CES) respondieron a las consultas de la audiencia.



información para el censo de los integrantes del hogar es decir la información de las personas residentes en cada una de las viviendas para así seleccionar la persona a entrevistar.



Etapa 2: Después de contar con la información de las personas que residen en cada una de las viviendas, se procedió a seleccionar la unidad final (persona a entrevistar) y se generó una lista con nombre, sexo, edad, dirección, teléfono y código de la entrevista a los entrevistadores para concertar la cita y tomar la entrevista.



3.5 Instrumento de recolección

En las últimas décadas en el campo de la epidemiología psiquiátrica y la investigación poblacional sobre salud mental, se han generado numerosos instrumentos para las entrevistas que han ayudado a

estandarizar la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales y determinar su prevalencia tanto en población general como en grupos específicos. Para efectos de la Encuesta Mundial sobre Salud Mental fue diseñado un instrumento que permite la recolección de datos que aportan los diagnósticos de trastornos mentales, además de información de carácter socio-demográfica, condiciones físicas, uso de servicios, datos referentes a sucesos de la infancia entre otros.

Como se ha informado, el presente estudio como parte del Estudio Mundial sobre Salud Mental (WMH) aplico para la sección diagnóstica el instrumento CIDI-OMS, (Composite International Diagnostic Interview), que fue desarrollado por un importante grupo de expertos con base en el DIS, a partir de su primera versión viene siendo actualizada hasta la presenta versión y ha sido objeto de varios estudios para evaluar su validez(33).

Es una entrevista altamente estructurada, diseñada para ser aplicada por entrevistadores legos debidamente entrenados bajo las exigencias del Consorcio Harvard-OMS; esta entrevista genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del DSM-IV y de la CIE-10.

Para el Estudio de Medellín, de común acuerdo con el Investigador Principal del Estudio Mundial, doctor Ronald Kessler se acepto utilizar la última versión del instrumento CIDI-CAPI (World Health Organization WHO-CIDI) utilizada recientemente en Murcia, (España), lo que trajo como consecuencia la necesidad de llevar a cabo la adaptación cultural, para lograr una alta confiabilidad en la aplicación en el Estudio de Medellín por lo cual fue necesario adaptarlo a la realidad colombiana para así asegurar su sensibilidad cultural y lingüística.

Como complemento se hizo necesario hacer las **correcciones en los algoritmos diagnósticos** y otros aspectos técnicos, que finalmente debieron ser aplicados en la prueba piloto de la metodología efectuada con el equipo de entrevistadores, para ajustar su capacitación y asegurar la calidad de los datos obtenidos en el Estudio.

En la adaptación del CIDI a nuestra realidad, se contó con la participación del grupo de Psiquiatría de la Facultad de Medicina del CES, en especial para la denominación de los medicamentos psiquiátricos y la decisión sobre los que se utilizan en Colombia.

Lo anterior exigió la modificación del *CIDI-CAPI* (versión sistematizada de la entrevista) con el programa Blaise que debió ser realizada por el equipo de ingenieros del Consorcio de Harvard-OMS y como complemento correcciones en los algoritmos diagnósticos y otros aspectos técnicos, que finalmente se aplicaron en la prueba piloto de la metodología efectuada en Medellín con el equipo de entrevistadores.

La versión CIDI-CAPI, es una significativa contribución para la aplicación del CIDI, desarrollada inicialmente por el grupo liderado por el doctor Aguilar-Gaxiola en la Universidad de Berkley en 1995; la cual emplea un software instalado en minicomputador evitando el uso del papel y disminuyendo en esta forma el tiempo para la digitación de la información, así como las inconsistencias y errores inherentes a la etapa de transcripción de la información a la base de datos, lo anterior lo hace menos costoso (ahorro de impresión del formato de la entrevista y de la transcripción manual a la base de datos), igualmente el programa utiliza arboles de decisión con base a la aplicación de algoritmos lo que ayuda a mejorar la calidad de la entrevista al facilitar la correcta aplicación por el entrevistador.

También se hicieron modificaciones en los contenidos de:

- El módulo de demografía para la clasificación económica y el empleo (para la cual se utilizó la clasificación de la OIT).
- Otra modificación fue la relacionada con la denominación y tipo de bebidas alcohólicas.
- Por consenso y luego de evaluar su conveniencia se eliminaron algunas escalas diferentes al CIDI, incluidas por el grupo de Murcia.

Finalmente se incluyeron las escalas de trastornos psiquiátricos y las escalas adicionales sobre factores de riesgo y protección. Las 21

escalas de trastornos psiquiátricos incluidas incorporan los siguientes grupos:

I Trastornos de ansiedad

- Trastorno de pánico
- Ansiedad generalizada
- Agorafobia
- Estrés postraumático
- Ansiedad por separación
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Fobia social
- Fobia específica

II Trastornos del estado del ánimo

- Depresión mayor
- Distimia
- Bipolar I
- Bipolar II

III Trastornos de inicio de la infancia, niñez o adolescencia

- Negativista desafiante
- Trastorno de conducta
- Déficit de atención e hiperactividad

IV Trastornos por uso de sustancias

- Abuso de alcohol
- Dependencia de alcohol
- Dependencia de drogas
- Abuso de drogas

V Trastornos de la alimentación

- Bulimia
- Anorexia

Otras escalas

Sección tamizaje, Utilización de servicios, Suicidio, Farmacoepidemiología, Condiciones crónicas, Resiliencia, Eventos vitales, Funcionamiento en los 30 días previos, Pareja, Finanzas, Red de apoyo, Situación laboral, hicieron parte de la información adicional a los trastornos psiquiátricos mencionados.

3.6 Aplicación del instrumento

La entrevista se aplica en dos partes:

Parte I: se aplica en una primera etapa al total de las personas seleccionadas, se considera como la sección de tamización, y en el caso de que las preguntas de esta sección sean positivas para la posible presencia del trastorno mental se pasa a la parte II. En caso de que estas respuestas sean negativas en la parte I, una proporción también llega a la parte II por selección aleatoria realizada automáticamente por el programa instalado en el computador.

Parte II: se aplica a todos los “casos” en los cuales, en las respuestas de la parte I llenen los criterios para cualquiera de los trastornos mentales incluidos, el total pasa a la parte II y se consideran como “casos”. Del total de los entrevistados que no cumplen este criterio considerados “no casos” se saca una sub-muestra con una probabilidad de incluir como mínimo el 25%. Esta fracción de muestreo puede retener finalmente entre el 33% y el 67% de la muestra inicial. Esta sub-muestra de casos y controles, representa una razón alta de controles por caso, lo cual metodológicamente asegura que se retiene el poder estadístico de la muestra completa, para posibles análisis en que se apliquen pruebas de hipótesis.

El tiempo de duración promedio fue de dos horas, para la entrevista completa, lo cual en algunos casos requirió la aplicación en dos sesiones para evitar errores debidos al cansancio. El tiempo estuvo relacionado con la frecuencia de trastornos que presentaba el entrevistado.

3.6.1 Entrevistadores

Se hizo la asignación de las coordinadoras del trabajo de campo y la selección del equipo de entrevistadoras, se llevó a cabo de acuerdo con la exigencia del Consorcio Harvard-OMS, entre profesionales del área social, con experiencia en aplicación de encuestas, trabajo de campo y conocimiento de la ciudad, como condición debían ser legos en la materia dado que se considera que la aplicación de la entrevista por parte de entrevistadores clínicos u otro personal del campo de la salud mental puede introducir sesgos en el proceso de recolección. Mediante el estudio de las hojas de vida, el resultado de las entrevistas y de la capacitación en el CIDI, quedaron seleccionados 25 entrevistadores.

Con relación al entrenamiento en la aplicación del CIDI-CAPI, la primera ronda de capacitación se llevó a cabo con la participación de una profesional del Centro de Entrenamiento del Instituto Nacional de Psiquiatría Honorio de la Fuente de México, WHO-CIDI, avalado por la Organización Mundial de la Salud apoyado por investigadores de la Universidad CES. La segunda y tercera ronda de capacitación estuvo a cargo de investigadores del CESISM, para lo cual uno de los coinvestigadores del estudio tomó la capacitación que ofrece la Universidad de Michigan, con el fin de obtener la certificación internacional para Colombia como requerimiento del Consorcio Mundial. En total se capacitaron tres cohortes de entrevistadores (n=40), participando finalmente 25 entrevistadores en el estudio.

3.6.2 Prueba piloto

En la prueba piloto también participaron los investigadores e ingenieros de la Universidad de Harvard y miembros del Grupo de Murcia, los cuales asesoraron a los investigadores del CESISM para llevar a cabo un estricto control de calidad para la evaluación del desempeño de cada entrevistador durante el trabajo de campo.

3.6.3 Control de inconsistencias

El protocolo de control de calidad incluyó el monitoreo semanal de cada entrevistador con relación al tiempo total de duración de cada

entrevista mediante la aplicación de un programa computarizado que hace parte de CIDI-CAPI, y el control mediante llamadas a una submuestra aleatoria de entrevistados a los cuales se aplicó nuevamente un grupo de preguntas del CIDI- para evaluar concordancia.

En esta forma el primer control para asegurar la calidad de la base de datos, se llevó a cabo, mediante las dos técnicas.

1. Control de calidad que determinaba la duración de los tiempos de entrevistas por cada entrevistador de acuerdo al tipo de entrevista con el programa proporcionado por la Universidad de Harvard.
2. Control telefónico de calidad al 10% de las entrevistas.

Después de realizar el control de calidad en Medellín, se envió la base de datos a Harvard para los controles de calidad correspondientes.

3.6.4 Base de datos final

Se entiende por base de datos final la entrega por el Consorcio posterior al segundo control de calidad, la cual se considera lista para la aplicación de los algoritmos del CIDI y los factores finales de expansión. El procesamiento se llevó a cabo mediante la aplicación del programa SAS versión 9.0 y SPSS versión 18.0.

3.6.5 Probabilidades de los entrevistados: factores de corrección y factores de expansión

Debido a la complejidad del diseño muestral, así como al manejo multietápico de la recolección de la información para la estimación de los resultados del estudio, los datos muestrales fueron ponderados por factores de expansión, ajustados por edad simple, sexo y lugar de residencia (comuna o corregimiento); lo cual se elaboró según el modelo propuesto por The WHO World Mental Health Survey Consortium. Estos factores de corrección y los factores finales de expansión se aplicaron finalmente a la base de datos.

Lo anterior permite la estimación de los resultados del estudio, con los datos muestrales ponderados por el recíproco de dichas probabilidades finales de selección (Factor básico de expansión), ajustado por lugar de residencia el cual evalúa en forma indirecta el estrato social y por estructura de edad y sexo.

El factor básico de expansión, no sólo corrige el sesgo originado por las probabilidades desiguales finales, sino que expande los valores de la muestra al universo de estudio, tanto en cifras absolutas como relativas. El ajuste evita el sesgo generado por las tasas de respuesta variables por las UPM, estrato socioeconómico, edad y sexo, puesto que se esperan prevalencias de trastornos mentales distintas en función de estas variables independientes.

El ajuste de estructura de la muestra encuestada por edad, sexo y lugar de residencia (indicador de estrato socioeconómico), respecto a la estructura observada en las personas listadas (aptas para selección) en los hogares seleccionados, se llevó a cabo en relación con la estructura más cercana a la real, obtenida de las proyecciones de población 2006 – 2015 del DANE para Medellín.

3.6.6 Procesamiento y análisis de la información

Esta etapa estuvo a cargo de un equipo de profesionales de epidemiología y estadística con la participación de profesionales con experiencia en el manejo de la base de datos del Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia, y de un grupo de expertos, entre los cuales se contó con un médico magister en epidemiología y especialista en estadística y otros profesionales con formación en sistemas de información en salud con experiencia en manejo de información generada en estudios de salud mental, con el control y participación del grupo de la Universidad de Harvard.

El procesamiento de la información para el estudio se llevó a cabo mediante la utilización de la base de datos que a tal fin aprobó el The WHO World Mental Health Survey Consortium, junto con

los manuales de codificación. El procesamiento se realizó en los programas SAS y SPSS.

A partir de las bases de datos finales, con asesoría del consorcio, en algunos aspectos, en especial para la aplicación de los algoritmos diagnósticos, se llevó a cabo la primera etapa del procesamiento estadístico de los datos que se realizó de la siguiente manera: análisis univariado aplicado a todas las variables que constituye los datos y ya sometidas a los factores de corrección y expansión, en esta etapa se logró la estimación de las proporciones de prevalencia para los trastornos estudiados.

Para guardar concordancia con los estudios que se manejaron en el The WHO World Mental Health Survey, se priorizó la obtención y cálculo de las proporciones de prevalencia de los trastornos mentales estudiados, mediante la aplicación de los criterios del DSM –IV.

Posteriormente se realizó el análisis bivariado a través de tablas de contingencia para los trastornos por edad, sexo y área geográfica obteniendo en esta forma la estimación de las proporciones de prevalencias ponderadas de los trastornos y de la severidad de los mismos por las variables consideradas como ejes del análisis para prevalencia en los últimos 30 días, prevalencia anual y prevalencia de vida y el cálculo de los intervalos de confianza con 95% para cada una de las medidas de prevalencia.

3.6.7 Componente genético del Estudio

Además a las personas entrevistadas, se les tomó una muestra de saliva, con el propósito de llevar a cabo el análisis genético para los trastornos que a partir de los resultados se consideren de interés prioritario, tales como el estrés postraumático.

Vale la pena resaltar la importancia y novedad de este componente, ya que además de asegurar la participación del Estudio en el avance internacional en la generación de conocimiento en tan importante campo, permite consolidar líneas de investigación conjuntas entre el

grupo de investigación en salud mental y el grupo de investigación en biología de la misma Universidad.

Para lograr este objetivo se utilizará la base de datos sobre epidemiología psiquiátrica ligada a los resultados del banco de ADN, generado en el mismo estudio.

3.6.8 Recolección de la muestra

Como complemento de la entrevista a cada participante se le solicitó previo a la aceptación mediante consentimiento informado escrito, una muestra de saliva, para la extracción de ADN, la cual se tomó utilizando el Kit Orage-DNA, dado que asegura su fácil recolección, conservación y procesamiento.

El Kit Orage-DNA utilizado incluye: un tubo de plástico con su respectiva tapa, que contiene 2 ml de sustancia que asegura su conservación hasta el procesamiento en el laboratorio y viene junto con una bolsa plástica para su seguridad durante el transporte. La marca del producto es **DNAgenotek** producido en Canadá.

- http://www.dnagenotek.com/DNA_Genotek_Contact_Us.html

El **Oragene•DNA** es el Kit para la toma de muestras de ADN, utilizado en el Estudio del Genoma humano, que proporciona un sistema todo-en-uno para la recolección, estabilización, transporte y purificación del ADN de la saliva, este Kit fue donado por el Consorcio Harvard-OMS y tiene las siguientes características:

- Fácil recolección, transporte y procesamiento
- Indoloro, recolección no invasiva de alta calidad, alta cantidad de ADN
- El ADN es estable durante años a temperatura ambiente
- Ha sido probado ampliamente



3.6.9 Formación del biobanco

Se han llevado a cabo importantes reuniones internacionales de trabajo, sobre los aspectos relacionados con el componente de genética, y los futuros estudios, una con los doctores Kessler, Koenen, y Aguilar-Gaxiola, sobre los aspectos técnico- administrativos para la participación en el estudio de genética y la reunión ampliada sobre los estudios compartidos internacionalmente, con los representantes de otros países y varios miembros del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos.

Dentro del Estudio de Medellín, se ha responsabilizado del manejo de las muestras, la conformación de Biobanco y la extracción de ADN al Grupo de Investigación Biología CES-EIA en conjunto con los investigadores principales.

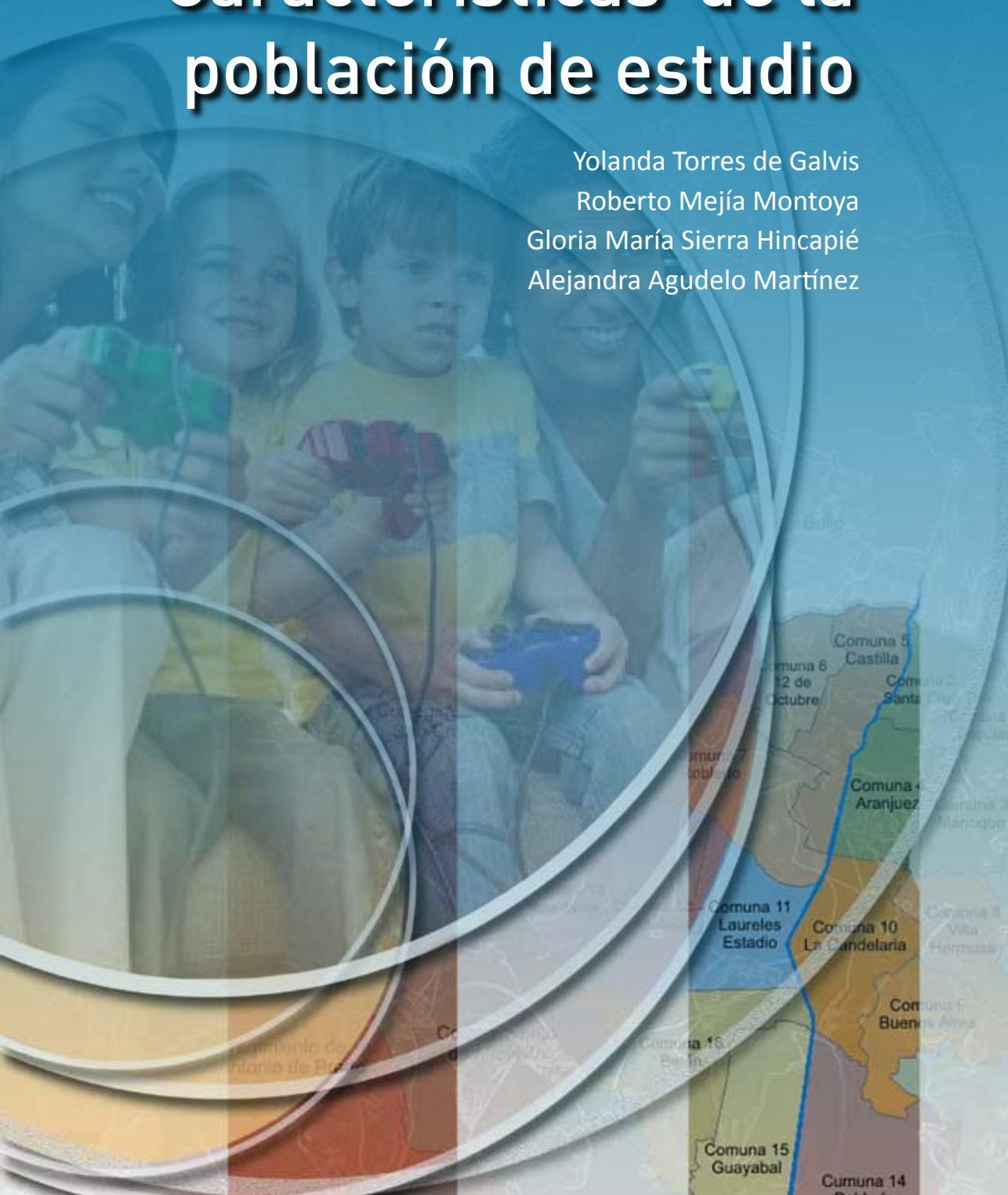
Características de la población de estudio

Yolanda Torres de Galvis

Roberto Mejía Montoya

Gloria María Sierra Hincapié

Alejandra Agudelo Martínez



4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

4.1 Variables socio-demográficas

4.1.1 Edad y sexo

Tabla 1. Distribución según edad y sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Menor de 18 años	476	27,5%	452	18,5%	929	22,2%
19 a 29 años	361	20,8%	446	18,2%	807	19,3%
30 a 44 años	370	21,4%	638	26,1%	1008	24,1%
45 a 65 años	525	30,3%	908	37,1%	1432	34,3%
Total	1732	100,0%	2444	100,0%	4176	100,0%

El Estudio tuvo una característica muy positiva y fue casi nulo el rechazo, lo cual se considera la respuesta al gran esfuerzo que el grupo inter-institucional dedicó a la etapa de preparación de la comunidad. Finalmente se entrevistaron 4.176 personas, con una distribución por sexo de 41,5% para el sexo masculino y 58,5% para el femenino.

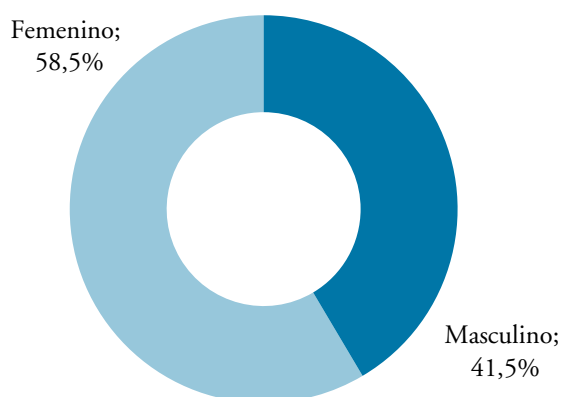


Gráfico 5. Distribución según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

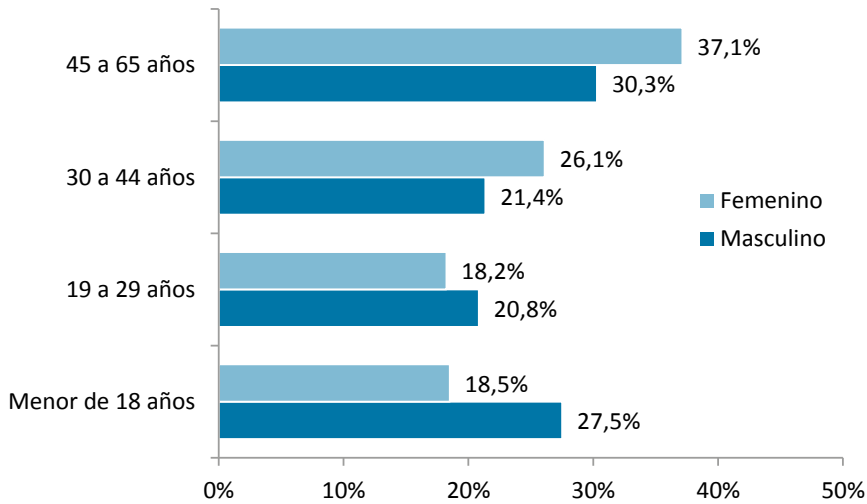


Gráfico 6. Distribución según grupo etario por edad y sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Con el fin de contar con tamaños de muestra eficientes para el análisis por estratos de edad, se resolvió dividir la población entrevistada en cuatro grupos: menores de 18 años, de 19 a 29 años, de 30 a 44, y de 45 a 65 años.

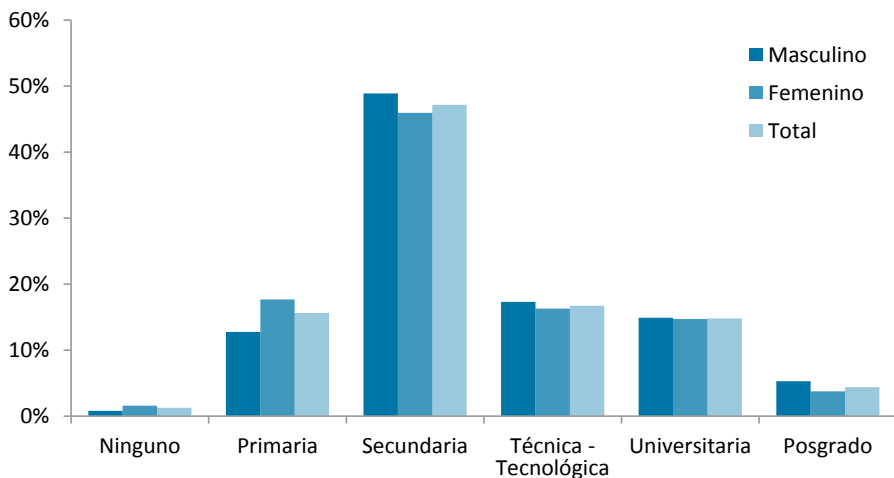


Gráfico 7. Distribución según nivel de escolaridad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Al analizar la distribución según nivel de escolaridad por sexo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa, lo cual es concordante con las fuentes de información citadas en el capítulo correspondiente al ámbito socio cultural. Pero en los extremos se encuentra sin ninguna educación formal 0,8% para el masculino versus 2,6% para el femenino, proporción que se invierte en el grupo con nivel de postgrado en el cual el 5,3% de los hombres informan este nivel comparado con solo el 3,8% de las mujeres.

Tabla 2. Distribución según nivel de escolaridad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Nivel de escolaridad	Masculino	Femenino	Total
Ninguno	0,8%	1,6%	1,3%
Primaria	12,8%	17,7%	15,6%
Secundaria	48,9%	45,9%	47,2%
Técnica - Tecnológica	17,3%	16,3%	16,7%
Universitaria	14,9%	14,7%	14,8%
Posgrado	5,3%	3,8%	4,4%

4.1.2 Variables del campo laboral

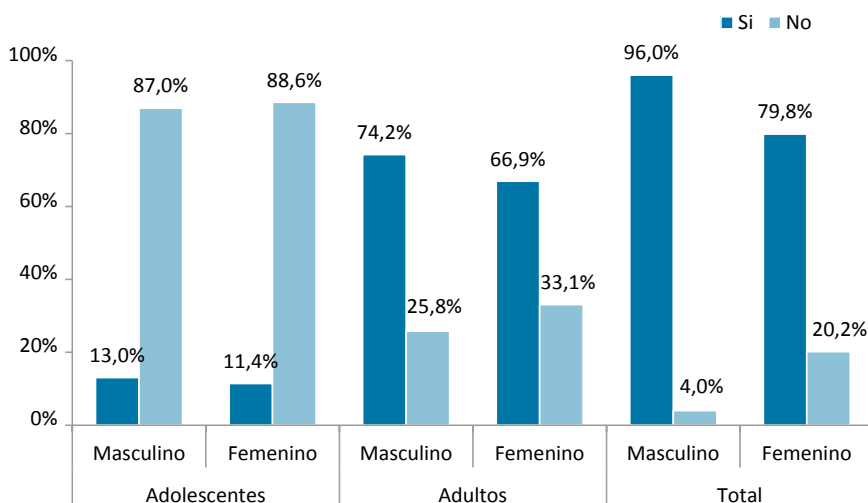


Gráfico 8. Proporción de los que han trabajado alguna vez en la vida según grupo etario y sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La pregunta sobre si ha trabajado alguna vez en la vida, presenta una distribución que debe interpretarse como ligada al grupo de edad que la responde. En los adolescentes teniendo en cuenta que se encuentran en edad de estar estudiando, para los dos sexos, la respuesta no haber laborado es mayor del 80,0%. En el grupo de adultos, en el cual se incluye la población de 19 a 65 años, para el sexo masculino el 25,8% no ha trabajado, lo cual podría explicarse porque en el grupo de los más jóvenes puede haber población que todavía este estudiando o recién egresados buscando su primer empleo; en el caso del sexo femenino en el mismo grupo, la proporción llega al 33,1% y puede deberse en parte a la explicación dada para el sexo masculino, complementada con que en nuestra cultura muchas mujeres al dedicarse al hogar nunca hicieron parte del grupo vinculado laboralmente.

4.1.3 Presencia de figuras paternas en la niñez

A la pregunta ¿Quién fue la figura paterna o materna durante la mayor parte de su niñez? En el caso de la figura materna, el 91,9% respondió la madre biológica y para el de la figura paterna, la proporción para padre biológico fue menor con 69,6%; otra figura diferente el 6,1 y 6,2% respectivamente, para el padre adoptivo la proporción fue de 1,0% y para la madre adoptiva 0,6% y padrastro 2,7% versus madrastra 0,4%.

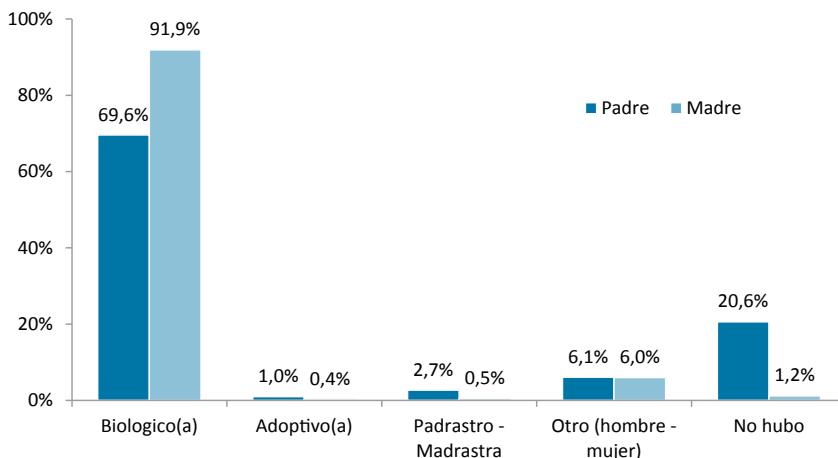


Gráfico 9. ¿Quiénes fueron las figuras paternas durante la mayor parte de su niñez?
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

4.1.4 Trabajo remunerado del padre en la niñez

Este indicador se puede considerar relacionado con la situación económica de la persona que responde. Según los resultados el 88,9%, gozó siempre de estabilidad económica en su hogar y un 5% casi siempre, por el contrario la suma de las respuestas para algunas veces, casi nunca y nunca llega al 6,0% y puede interpretarse como una situación de inseguridad económica en esta importante etapa de la vida.

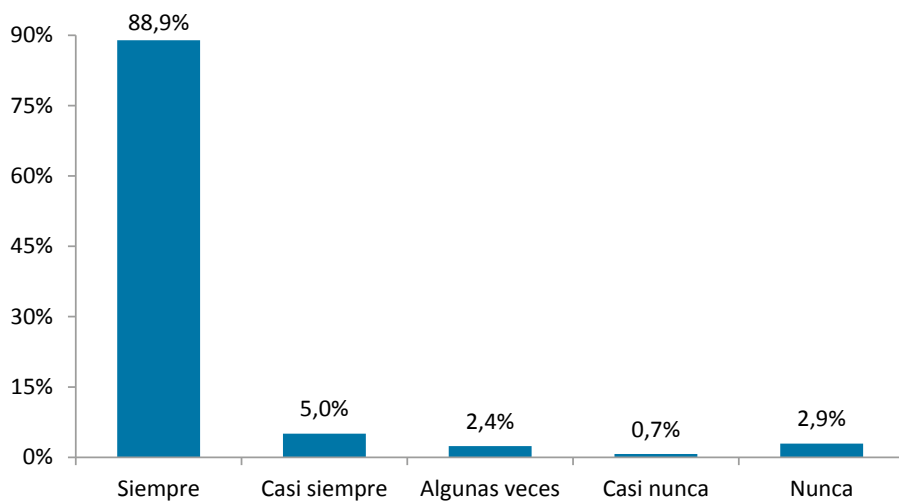


Gráfico 10. Trabajo remunerado del padre en la niñez
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

4.1.5 Otra información sobre los padres

Solo el 58,0% de los entrevistados contaba con el padre vivo en el momento de la entrevista, las causas de muerte en un 75,4% han sido relacionadas con enfermedades prevalentes en la ciudad, pero es importante el hallazgo de casi en un 25,0% que informó causa externa, indicador histórico en especial para las muertes por homicidio, de la violencia a que ha estado sometida nuestra población.

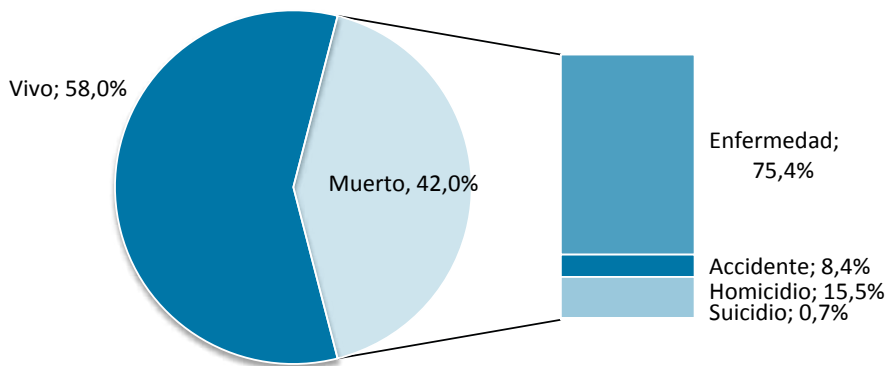


Gráfico 11. Información sobre el padre
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La misma información en relación con la madre presenta importantes diferencias, comenzando con su mayor supervivencia, informaron tener la madre viva en el 77,0% y como complemento la proporción para madre muerta es cerca de la mitad que la presentada para los padres con 23,0%, las muertes por causa externa solo representaron el 3,9%, en el caso de las muertes por suicidio por cada caso en la madre se informaron 7 para el padre, lo cual concuerda con lo esperado.

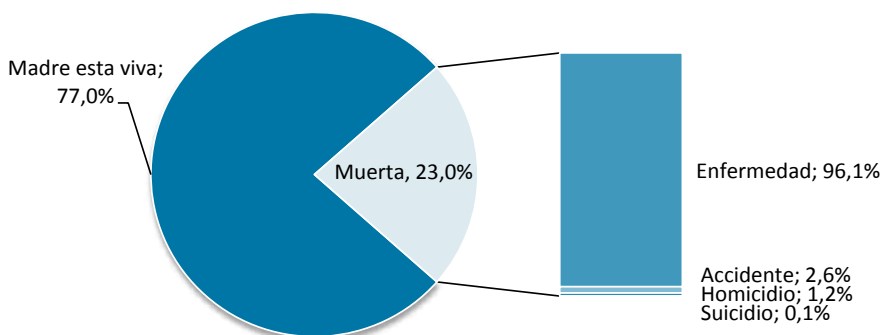


Gráfico 12. Información sobre la madre
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

4.2 Variables con base a la aplicación de escalas sobre factores asociados

4.2.1 Escala de eventos vitales

Tabla 3. Eventos vitales
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Evento Vital	Masculino	Femenino	Total
Alguna enfermedad, herida o agresión grave	9,7%	5,2%	7,1%
Alguna enfermedad o herida grave en algún familiar cercano	10,1%	11,9%	11,1%
La muerte de un familiar de primer grado (pareja, padres, hermanos o hijos)	4,2%	5,7%	5,1%
La muerte de un amigo cercano o de un familiar de segundo grado (tíos, primos o abuelos)	15,5%	14,3%	14,8%
Divorcio o separación de su pareja por problemas de convivencia	4,5%	3,7%	4,1%
Ruptura de una relación muy estrecha con alguien muy cercano (familiar o no)	5,0%	5,7%	5,4%
Problemas serios en su relación con un amigo cercano, vecino o familiar	4,3%	5,3%	4,9%
Ha estado desempleado o buscando trabajo durante más de un mes sin éxito	16,7%	12,7%	14,4%
Ha sido despedido del trabajo	2,9%	2,3%	2,5%
Crisis financiera grave o problemas económicos importantes	14,8%	14,6%	14,7%
Problemas con la policía o legales de otro tipo	2,3%	0,6%	1,3%
Pérdida o robo de algo que usted considera como de mucho valor	5,2%	3,3%	4,1%
Alguna otra circunstancia que le haya sucedido...	0,8%	0,9%	0,9%

La primera pregunta de la escala aplicada tiene relación con haber sufrido “Alguna enfermedad, herida o agresión grave” y se presenta una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) para las respuestas según sexo, siendo más altas para el sexo masculino. La segunda: “Alguna enfermedad o herida grave en algún familiar cercano” no presentan diferencia por sexo y el total de la población llega al 11,1%.

La muerte de un familiar de primer grado (pareja, padres, hermanos o hijos)” con un 5,1% y “La muerte de un amigo cercano o de un familiar de segundo grado (tíos, primos o abuelos)” con 14,8% tampoco presentaron diferencias en su respuesta por sexo.

El divorcio o separación de su pareja por problemas de convivencia es más alto para los hombres con el 4,5% versus 3,7% para la mujer. La ruptura de una relación muy estrecha con alguien muy cercano fue informada por el 5,4% de la población estudiada sin diferencia por sexo.

Los ítems relacionados con la situación laboral como: “Ha estado desempleado o buscando trabajo durante más de un mes sin éxito” se presenta con mayor frecuencia para el hombre con el 16,7% versus 12,5% en la mujer; en cuanto a “Crisis financiera grave o problemas económicos importantes” fue informada por el 14,7%, sin diferencia por sexo.

Los problemas de tipo, legal fueron informados por el 1,3% siendo más altos en el caso del hombre.

4.2.2 Escala de indicadores de situaciones de negligencia en la niñez

Tabla 4. Indicadores de maltrato en la niñez
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Frecuencia	Sexo	Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
¿Con qué frecuencia lo(la) ponían a hacer tareas que eran demasiado difíciles o peligrosas para alguien de su edad?	Masculino	2,4%	6,1%	9,6%	81,9%
	Femenino	4,8%	8,9%	10,3%	76,0%
	Total	3,9%	7,8%	10,0%	78,3%
¿Con qué frecuencia lo dejaban solo o sin que alguien lo supervisara, cuando era demasiado pequeño para estar solo?	Masculino	2,4%	5,7%	8,8%	83,2%
	Femenino	3,4%	5,1%	8,5%	83,0%
	Total	3,0%	5,3%	8,6%	83,1%

Frecuencia	Sexo	Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
¿Con qué frecuencia andaba usted sin cosas que necesitaba como ropa, zapatos, o útiles escolares porque sus padres o quienes lo cuidaban se gastaban el dinero en ellos mismos?	Masculino	1,8%	2,4%	5,5%	90,3%
	Femenino	2,2%	2,7%	3,6%	91,5%
	Total	2,1%	2,6%	4,3%	91,0%
¿Con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban le hacían pasar hambre o no preparaban los alimentos habituales?	Masculino	1,2%	0,9%	3,0%	94,9%
	Femenino	1,5%	2,1%	3,0%	93,4%
	Total	1,4%	1,6%	3,0%	94,0%
¿Con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban no le daban tratamiento médico cuando estaba enfermo o se lastimaba?	Masculino	5,1%	1,7%	2,5%	90,7%
	Femenino	5,2%	2,3%	3,5%	88,9%
	Total	5,2%	2,1%	3,1%	89,6%

Dentro de los informes sobre los resultados del Estudio Mundial, los indicadores de negligencia se han encontrado asociados como factores de riesgo con los trastornos mentales. En el presente estudio, se puede observar que el 4,8% de las personas del sexo femenino que participaron respondió que siempre y el 8,9% algunas veces (14,0%), proporción superior al 8,5% encontrada para las respuestas del sexo masculino a la pregunta:

¿Con qué frecuencia lo (la) ponían a hacer tareas que eran demasiado difíciles o peligrosas para alguien de su edad?

Para el segundo indicador de la escala: ¿Con qué frecuencia lo dejaban solo o sin que alguien lo supervisara, cuando era demasiado pequeño para estar solo? el 8,5% de las mujeres respondieron como siempre y algunas veces, comparado con el 4,2% para el masculino.

El 4,2% del sexo masculino y el 4,9% del femenino, estuvieron expuestos a las dificultades asociadas a la privación de elementos necesarios:

¿Con qué frecuencia andaba usted sin cosas que necesitaba como ropa, zapatos, o útiles escolares porque sus padres o quienes lo cuidaban se gastaban el dinero en ellos mismos?

Para el cuarto ítem: ¿Con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban le hacían pasar hambre o no le preparaban los alimentos habituales? El 2,9% de la población masculina estudiada respondió positivamente, y el 3,6% de la femenina.

El 6,8% de las personas del sexo masculino y el 6,7% de las pertenecientes al femenino, respondieron positivamente a la pregunta:

¿Con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban no le daban tratamiento médico cuando estaba enfermo o se lastimaba?

4.3 Relaciones sexuales en los adolescentes

4.3.1 Iniciación de relaciones sexuales

El 44,4% de los adolescentes que hicieron parte del estudio informaron haber iniciado sus relaciones sexuales, siendo más alta la proporción para el sexo masculino con 47,0% comparado con el 42,7% informado por el femenino.

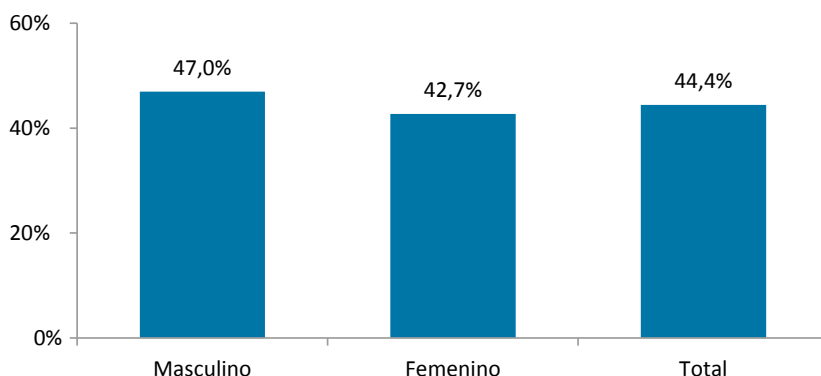


Gráfico 13. Información sobre relaciones sexuales en el grupo de adolescentes
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

4.3.2 Edad de inicio

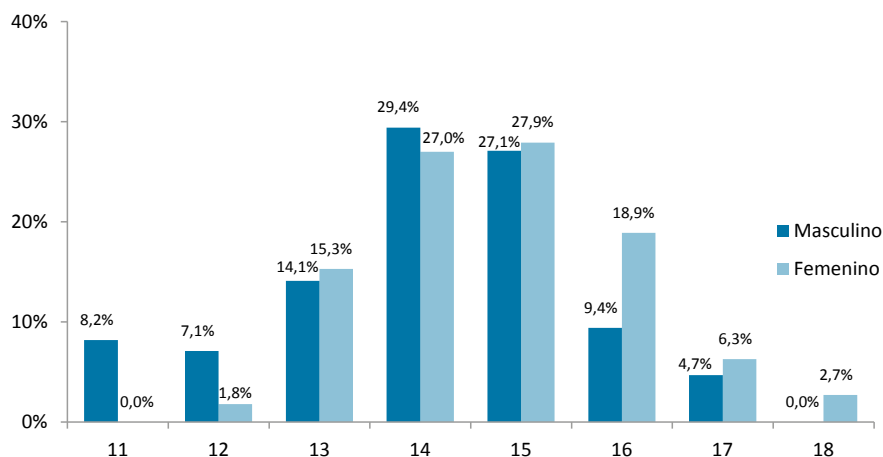


Gráfico 14. Edad de inicio de relaciones sexuales en los adolescentes
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Con relación a la edad de iniciación de las relaciones sexuales el análisis se presenta solo para los adolescentes que informaron haberlas iniciado. De este grupo el 8,2% del total de los jóvenes del sexo masculino lo hizo a los 11 años, a esta edad no se informó iniciación para el sexo femenino. A los 12 años el 7,1% informo su iniciación para el sexo masculino y el 1,8% para el femenino, en el siguiente grupo a los de 14 años la proporción para los dos sexos aumenta al doble con relación al grupo de 12 y el de 14 años de nuevo duplica al anterior, proporción que se repite en el grupo de 15 años.

El 70,0% de los adolescentes de ambos sexos que informa haber iniciado relaciones sexuales lo hacen entre los 13 y los 15 años.

4.3.3 Información sobre hijos en los adolescentes

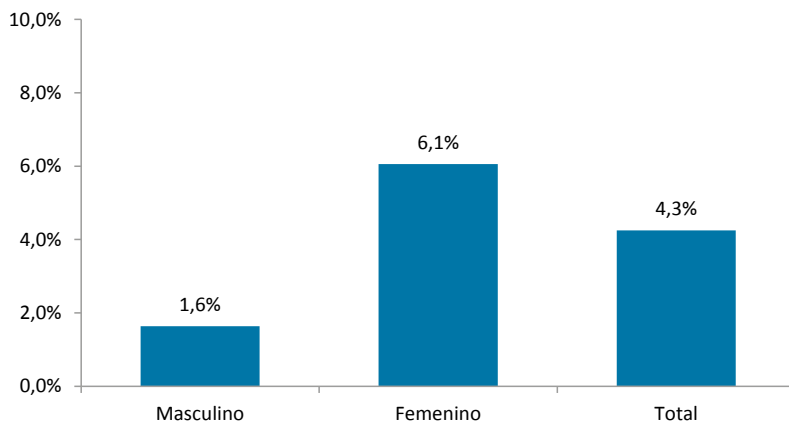


Gráfico 15. Adolescentes que han tenido un hijo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

El 4,3% de los adolescentes, ha tenido un hijo, 6,1% de las adolescentes del sexo femenino versus 1,6% del masculino. Hallazgo explicado por la alta posibilidad de que las adolescentes tengan compañeros sexuales mayores a ellas. El 1,5% de las adolescentes informó haber tenido un aborto.

4.3.4 Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses

Del 47,0%, de los adolescentes hombres y del 42,7% de las mujeres, que informaron vida sexual activa, más del 20,0% no informaron relaciones sexuales en el año anterior, el 42,2% de los jóvenes del sexo masculino y el 63,6% del femenino, tuvieron una pareja sexual, el 18,5% de los hombres y el 9,1% de las mujeres dos parejas y el 20,7% y el 5,3% de los hombres y las mujeres respectivamente informaron tres o más parejas sexuales durante el año anterior.

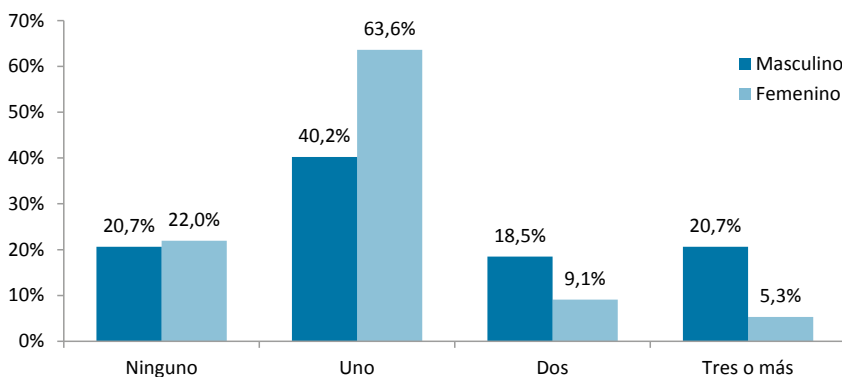


Gráfico 16. Adolescentes ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

4.3.5 Uso de preservativo

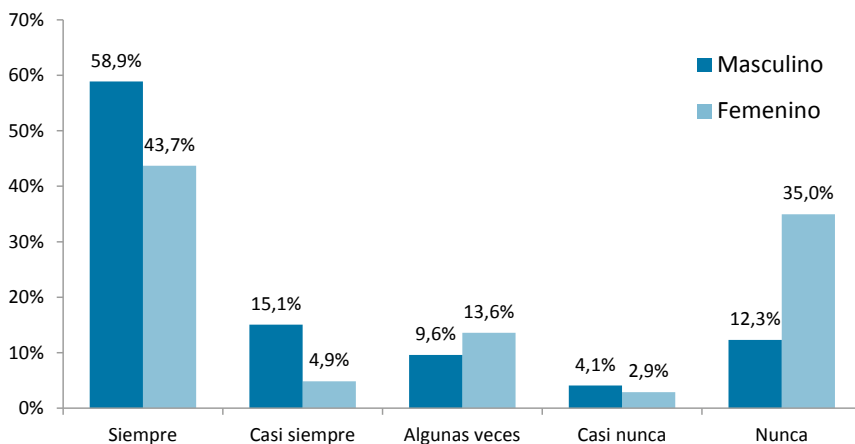


Gráfico 17. Adolescentes ¿Durante los últimos 12 meses, usted y su pareja sexual utilizaron preservativo (condón) al tener relaciones sexuales?
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

El análisis de los resultados, pone en evidencia que de los adolescentes con vida sexual activa, en los 12 meses anteriores a la entrevista utilizaron **siempre** el preservativo el 58,9% de los jóvenes del sexo masculino y el 43,7% del femenino, el 35,0% de las jóvenes adolescentes no lo utilizaron nunca y casi nunca el 2,9%. Lo anterior evidencia el alto riesgo al que están expuestos.

4.3.6 Tendencia sexual

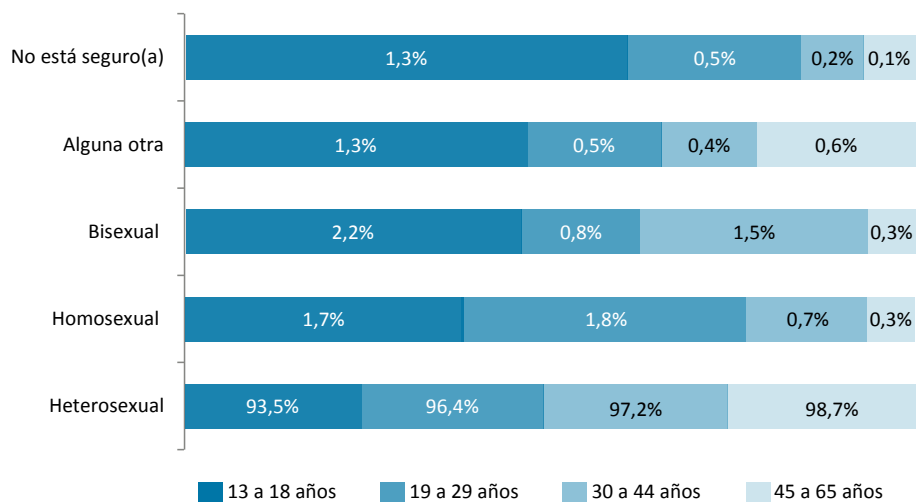


Gráfico 18. Comportamiento de la tendencia sexual según cohorte por edad
Estudio de Salud Mental - Medellín 2011-2012

Al analizar la tendencia sexual por cohortes de edad se puede observar lo siguiente:

De abajo hacia arriba en la primera columna horizontal “**tendencia heterosexual**”, para la cohorte de 45 a 65 años (lado derecho del gráfico) presenta el 98,7%, esta proporción va descendiendo hasta 93,5% en la cohorte de 13 a 18 años, lo cual indica una disminución para los que presentan tendencia heterosexual de 5,2%.

- Por el contrario la tendencia “**homosexual**” pasa de 0,3% en cohorte de 45 a 65 años a 1,7% en la de < de 18 años o sea que por cada homosexual en la primera cohorte se presentan más de 5 en la de adolescentes.
- Para la tendencia “**bisexual**” el comportamiento presenta una tendencia por cohorte similar a la anterior, pasa de 0,3% en cohorte de 45 a 65 años a 2,2% en la de 13 a 18 años, con una razón de 7 o sea que por cada bisexual en la primera cohorte se presentan más 7 en la cohorte de los adolescentes.

- Lo anterior se complementa con una razón entre las dos cohortes extremas, de 1 a 13 para los que responden “**no estar seguros**” con relación a su tendencia sexual.

4.4 Servicios de salud

4.4.1 Percepción de salud

El 92,9% de la población en Medellín tiene de buena a excelente percepción de su salud mental en contraste al 7,1% que no considera que su salud es buena.

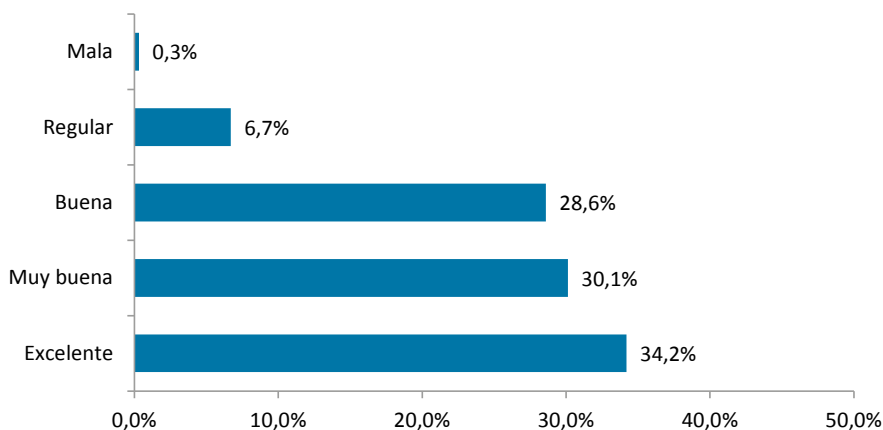


Gráfico 19. Percepción de salud mental
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

4.4.2 Utilización de servicios

La prestación de servicios de salud mental presenta una tendencia mayoritaria en las mujeres (34,3%) y en los hombres 27,6%, siendo la consulta psicológica la de mayor requerimiento para ambos sexos, es de resaltar que la medicación para resolver los problemas de salud mental es dos veces más en las mujeres que en los hombres.

Tabla 5. Utilización de servicios de apoyo por problemas de salud mental según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Servicio de salud	Masculino	Femenino	Total
Consulta Psicológica / Profesional de salud	16,7%	17,9%	17,4%
Recetado medicamentos	5,4%	10,1%	8,2%
Hospitalización	2,9%	2,2%	2,4%
Grupo de autoayuda	1,8%	1,4%	1,5%
Línea telefónica de intervención	0,4%	0,6%	0,5%
Grupo de apoyo por internet	0,4%	0,1%	0,2%

4.4.3 Servicios profesionales

La prestación de servicios en psicología ha tenido restricciones por el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sin embargo se observa que el servicio profesional más utilizado por la población para los problemas de salud mental es 3,8 veces más que el segundo servicio que utiliza esta población que es el médico general y que está cubierto en el SGSSS; el 4,2% de la población recurre a servicios no profesionales para atender estos problemas siendo el primero de ellos la consejería espiritual.

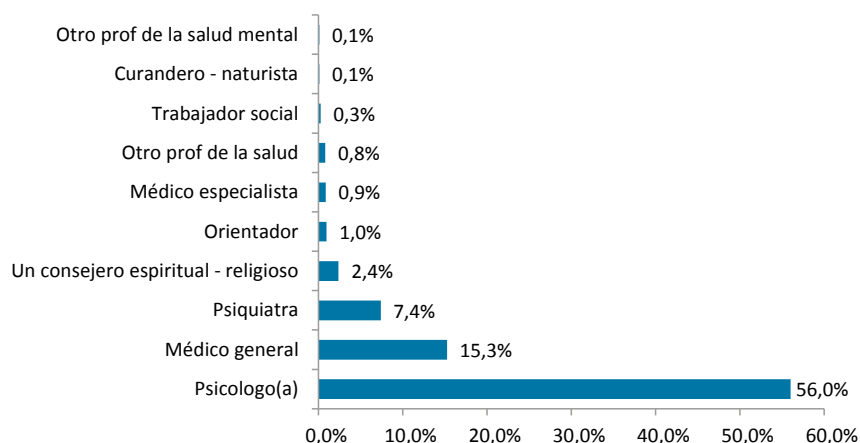


Gráfico 20. Servicios profesionales utilizados en la vida
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

El 5,9% de la población busca soluciones no tradicionales para la recuperación de la salud mental, lo cual concuerda con los servicios no profesionales que están alrededor del 5,0%; es de resaltar que estas terapias alternativas tienen una reglamentación en Colombia, sin embargo se desconoce si coinciden las que utilizan los pacientes con la normatividad existente.

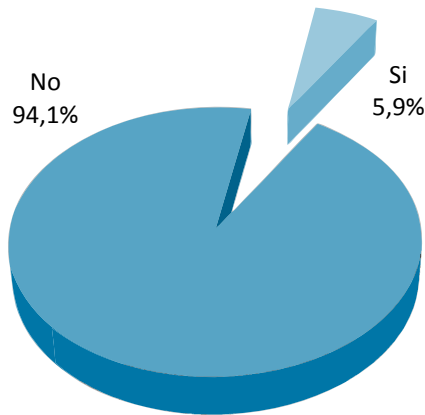


Gráfico 21. ¿Ha utilizado en el último año terapias alternativas para el tratamiento de su salud mental?
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Trastornos de ansiedad

Roberto Mejía Montoya
Alejandra Agudelo Martínez



5. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

5.1 Antecedentes

5.1.1 Definiciones

La ansiedad ha sido definida como un estado emocional inmediato caracterizado por la aprensión y la tensión(34), es un estado afectivo negativo resultante de la percepción individual en situaciones asociadas a eventos vitales, traumáticos, o estresores de la vida diaria y se caracteriza por una aparente incapacidad para predecir, controlar u obtener los resultados preferidos(35). Desde una perspectiva cognitiva y subjetiva, la ansiedad supone un estado del ánimo negativo, una preocupación respecto a peligros o amenazas futuras, o de poder controlarlas en el caso de que realmente se produzcan.

La ansiedad no solo involucra componentes cognitivos y subjetivos, sino también otros de carácter fisiológico y conductual. En el ámbito fisiológico, supone un estado crónico de sobreactivación, que refleja la preparación para enfrentarse con el peligro en el momento en que aparezca. Desde una perspectiva conductual, implica el resultado de una fuerte tendencia a evitar situaciones potencialmente peligrosas, aunque no existe una urgencia inmediata para huir. El valor adaptativo de la ansiedad proviene del hecho de que nos ayuda a planificar la mejor manera de enfrentarnos con una posible amenaza, de manera que cuando se presenta de una manera moderada y suave, de hecho mejora la capacidad de aprendizaje y el resultado de la conducta. Pero si bien un nivel moderado de ansiedad suele tener un carácter adaptativo, cuando esta se mantiene de manera crónica e intensa, degenera en una situación de desadaptación(36).

En este sentido, un trastorno de ansiedad (TA), se caracteriza fundamentalmente por un miedo y ansiedad irracionales, intensos y poco realistas, en la mayoría de los casos, la frecuencia habitual de inicio se da en la infancia o en la primera etapa de la edad adulta y tiende a cronificarse, con remisiones y recaídas de diversos grados intercaladas hasta llegar a la vejez. El inicio en la vejez es posible, si bien poco común(37, 38).

La ansiedad se considera patológica cuando es desproporcionada respecto de la situación, y en la infancia da lugar a un comportamiento no adecuado para el nivel de desarrollo del niño; los niños más pequeños, por ejemplo, son capaces de procesar información limitada respecto a sus miedos y ansiedades; también, se presentan diferencias importantes en los síntomas de ansiedad por sexo. De esta manera, los niños tienden a utilizar estrategias de afrontamiento cognitivas como el “evitar” la situación de amenaza (ejemplo, evitar la exposición a la violencia intrafamiliar) o conductuales como afrontar físicamente la amenaza. Las niñas por el contrario, buscan estrategias de afrontamiento como el expresar sus emociones “activamente” ya sea a los padres o profesores, lo cual se ha encontrado en estudios longitudinales, disminuye los síntomas de ansiedad (Kliewer y otros, 2004).

- **Factores asociados con los trastornos de ansiedad desde la infancia hasta la edad adulta**

La escasa capacidad para entender el concepto de futuro ha evidenciado ser un factor protector para la ansiedad en los niños desde la infancia. Por ejemplo, a la edad de 7-8 meses de vida los niños, empiezan a ser capaces de mantener un objeto en su mente incluso cuando este no está presente como, por ejemplo, la imagen de sus padres. Por eso a esta edad aparecen los primeros miedos a los extraños, a situaciones nuevas o cuando son separados de personas cercanas o familiares para ellos, como sus madres. Estos miedos a personas extrañas y la ansiedad por separación tienen su pico alrededor de los 18 meses, pues después se suele hacer menos intenso o aparecer en momentos puntuales, como al comenzar al ir a la guardería, al colegio, o en situaciones estresantes. Entre los 3-5 años, los miedos aparecen como respuesta a la presencia de animales, la oscuridad y situaciones o animales imaginarios. A los 6-11 años son frecuentes los miedos a perder los padres, caer enfermos, hacer el ridículo, a ladrones, castigos y a perder el control. Esta es una edad en la que los niños tienen que aprender a manejar las dificultades. La ansiedad se va a manifestar de manera similar en los adultos, con ambos componentes psíquico

y físico, aunque en los niños es bastante común su expresión a través de síntomas físicos.

En cuanto a la prevalencia de los TA, las cifras evidencian el aumento a nivel mundial en relación estrecha con problemas como el aumento de la violencia, la persistencia de la pobreza y el consumo de sustancias psicoactivas entre otros estresantes propios de la sociedad actual. De acuerdo a datos de la Universidad de Virginia, 40 millones (18,1%) de adultos (de entre 18 y 54 años) de Estados Unidos, presentan anualmente algún trastorno de ansiedad. En España, por ejemplo, este tipo de patologías afectan a un 20% de la población adulta(39).

En Colombia, según la información registrada el último Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM), se evidencio que los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19,3% de la población entre 18-65 años de edad reporto haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad, siendo más frecuentes entre las mujeres (21,8%). Comparando las cinco regiones en las que se dividió el territorio nacional para la aplicación de la encuesta, se encontró que la Región Pacífica y Bogotá D.C son las que presentan la prevalencia más elevada de TA alguna vez en la vida con 22,0% y 21,7% respectivamente. La Región Atlántica presenta la menor prevalencia (14,9%). Con relación a los TA solo el 1,9% de la población que los sufre acude al psiquiatra para tratamiento y en contraste, el 5,6% de estos acuden al médico general. Es significativo que el 3,9% prefieren acudir a tratamientos de medicina alternativa(40).

Los principales TA son:

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de pánico
- Trastornos fóbicos
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno de ansiedad por separación
- Trastorno obsesivo compulsivo

5.1.2 Clasificación del grupo de trastorno de ansiedad según el DSM-IV

- **Ansiedad generalizada**

Un trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva de carácter crónico sobre una serie de acontecimiento o actividades. Originalmente se describía como ansiedad flotante debido a que no estaba vinculada con ningún objeto o situación específicos. Los criterios del DSM-IV-TR especifican que la preocupación debe ser sostenible durante al menos seis meses, y que además la persona debe experimentarla como difícil de controlar(41). El TAG está caracterizado por una alta comorbilidad y coexiste con enfermedades como la depresión mayor, que es la asociación más frecuente, la diabetes mellitus, los trastornos de abuso de sustancias y los trastornos de pánico, entre otras. Por eso el diagnóstico de ansiedad es un diagnóstico de exclusión en el que el profesional debe descartar previamente otras entidades médicas. Los efectos del TAG van más allá de su implicación médica, evidenciándose actualmente la disminución de la calidad de vida de las personas afectadas y en consecuencia la pérdida gradual de la funcionalidad psicosocial de las mismas; por esto la investigación clínica se ha enfocado hacia estudios del tratamiento no sólo farmacológico, sino también psicológico de este trastorno (42).

Algunos investigadores afirman que el TAG es probablemente el trastorno de ansiedad más normal. Resulta arduo definir un punto de corte que distinga cualitativamente la ansiedad normal de la ansiedad patológica. Otros autores aseveran que la diferencia sustancial entre los trastornos normales y clínicos se relaciona con el tipo de preocupaciones que desarrollan, preocupaciones que conducen a evitar ciertas emociones que los incomodan y así los distraen de esas emociones. Por eso, en la actualidad se admite que el TAG produce un aumento significativo de los niveles de angustia que interfiere en el plano personal, social y financiero(42).

La mayoría de los pacientes con TAG dicen haber sido ansiosos o nerviosos toda la vida; de hecho, algunos autores han considerado al

TAG como un trastorno de personalidad ansiosa. La mitad de los pacientes con TAG informan que su trastorno comenzó en la infancia y adolescencia, aunque un inicio después de los 20 años no es raro(43), por lo que es plausible que las preocupaciones excesivas aparezcan ya en la infancia o adolescencia, pero que no alcancen la categoría de trastorno hasta el comienzo de la vida adulta coincidiendo con acontecimientos vitales tales como la acumulación de responsabilidades, nacimiento de niños, dificultades laborales y problemas de salud(44).

La prevalencia global del TAG es del 5,0% y la de un año del 3,0%. Se estima que un 12,0% de los pacientes de los centros médicos presenta TAG. Otras estimaciones con los criterios de la DSM III-R dan cifras de 2,4% y 11,5% para el TAG de 1 y 6 meses, respectivamente, y tasas entre el 6,4% y 2,3% para 12 meses, afectando de por vida a la población entre 15 y 54 años en un 5,1%. Otros autores indican que el 90,0% de los pacientes con TAG lo mantienen toda la vida, lo cual podría tener una explicación genética; de hecho, estudios en gemelos homocigóticos femeninos indican que un 30,0% se debe a la herencia biológica. Esto puede contribuir a que las mujeres sean diagnosticadas con TAG el doble que los hombres. Según diferentes estudios realizados en Estados Unidos la prevalencia año poblacional de TAG es de 3,1% y la prevalencia-vida del 5,1 al 5,7%; en Europa, según datos del estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) que se realizó en seis países europeos, la prevalencia año del TAG es del 1,0% y la prevalencia vida del 2,8% (4,45-48).

Por su parte, en Colombia, según el último Estudio Nacional de Salud Mental se registró que el 1,3% de la población colombiana presentó TAG alguna vez en la vida, 0,7% en los últimos 12 meses y 0,3% en los últimos 30 días. En promedio la edad de aparición de este trastorno fue de 18 años(4).

- **Trastorno de pánico**

Desde el punto de vista diagnóstico, el trastorno de pánico (TP) se define y se caracteriza por la ocurrencia de ataques de pánico

“inesperados”, de acuerdo al DSM-IV-TR, el TP se caracteriza por la aparición de crisis de angustia inesperadas y recurrentes que se componen de episodios de miedo, aprehensión o malestar intenso que surgen de forma repentina y alcanzan su máxima intensidad en los primeros 10 minutos, las cuales van acompañadas de cuatro o más de los siguientes síntomas: 1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca; 2) sudoración, 3) temblores o sacudidas, 4) sensación de ahogo o falta de aliento, 5) sensación de atragantamiento, 6) opresión o malestar torácico, 7) náuseas o molestias abdominales, 8) inestabilidad, mareo o desmayo; 9) desrealización o despersonalización, 10) miedo a perder el control o volverse loco, 11) miedo a morir, 12) parestesias o 13) escalofríos o sofocaciones (49, 50). Tras la aparición de las crisis y durante al menos un mes, otras complicaciones como inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, lo que se conoce como ansiedad anticipatoria; así como preocupación por las implicaciones de las mismas o sus consecuencias, como el miedo a perder el control, a sufrir un infarto del miocardio o a «volverse loco». Además existe un cambio significativo del comportamiento como las conductas de evitación de estos estímulos.

En cuanto a la etiología, se ha propuesto que las crisis de pánico se originan por la existencia de una «red del miedo» extremadamente sensible, que se centra en la amígdala y sus interacciones con el hipocampo y la corteza prefrontal medial. La alteración en esta «red del miedo» podría tomar diversas formas, incluyendo la hiperactivación autonómica o una alteración neurocognitiva que propicia la interpretación inapropiada de las respuestas somáticas, así como la retroalimentación incorrecta para inhibir las respuestas de ansiedad y pánico (51).

La edad de inicio del TP varía considerablemente, si bien lo más típico es que el inicio tenga lugar entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida, un número reducido de casos puede iniciarse en la segunda infancia, y también puede aparecer, aunque es muy poco frecuente, en mayores de 45 años. Las descripciones retrospectivas que efectúan los individuos visitados en los centros asistenciales sugieren que el curso típico es

de carácter crónico, con altas y bajas. Algunas personas presentan brotes episódicos separados por años de remisión, mientras que otras presentan permanentemente un cuadro sintomático intenso; en algunas ocasiones las vidas de algunas personas se restringen tanto que terminan evitando actividades normales, tales como ir de compras o conducir un automóvil; aproximadamente un tercio de estas personas se limitan a vivir en sus casas o sólo pueden enfrentar una situación temida si están acompañadas por su cónyuge o una persona de confianza. Cuando la enfermedad llega hasta este punto, se llama agorafobia o miedo a los espacios abiertos(52).

La comorbilidad mas frecuente que acompaña el TP es la agorafobia, la cual se refiere al miedo a quedarse solo en lugares públicos, en especial en lugares de los que podría ser difícil salir en forma rápida si la persona experimentara una crisis de angustia, o ante aquellas situaciones o lugares en los que han presentado un ataque de pánico. La agorafobia a menudo complica el TP e interfiere de forma importante en la calidad de vida de los pacientes ya que el 23,4% de los pacientes con TP presenta agorafobia(53). El curso de la agorafobia y su relación con el curso de las Crisis de Pánico son variables. En ocasiones una disminución o remisión de las Crisis de Pánico es seguida de cerca por una disminución correspondiente de la evitación y ansiedad agorafóbicas. Otras veces la agorafobia adquiere un carácter crónico independiente de la presencia o ausencia de Crisis de Pánico. Algunos individuos manifiestan que disminuyen la frecuencia de las Crisis de Pánico evitando exponerse a ciertas situaciones. Los estudios de seguimiento efectuados en personas tratadas en centros de asistencia terciaria (en los que puede haber un sesgo de selección de los casos con peor pronóstico) sugieren que, al cabo de 6-10 años de tratamiento, cerca del 30,0% de los individuos se encuentra bien, entre el 40 y el 50 han mejorado, pero siguen con algunos síntomas, y el 20,0-30,0% restante sigue igual o incluso peor(54, 55).

De acuerdo a Kessler, el 4,7% de la población general presenta TP a lo largo de la vida, específicamente en Colombia el TP tiene una prevalencia en la vida de 1,2%, por lo que se considera un

problema de gran relevancia(56). Uno de los grandes problemas de este padecimiento es el alto índice de comorbilidad que presenta con otros TAG y el abuso de sustancias. De acuerdo con el DSM-IV-TR, el TP se caracteriza por la aparición de crisis de angustia inesperadas y recurrentes, inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis, preocupación por las implicaciones de las mismas o sus consecuencias y/o un cambio significativo del comportamiento relacionado con ellas(51).

- **Fobia específica**

La fobia específica (FE) consiste en un temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. Por ejemplo: miedo a volar, a sonidos fuertes como los de los petardos, a la altura, animales, a la oscuridad, administración de inyecciones, visión de sangre o heridas, ingerir determinadas comidas o medicamentos, ir al dentista, ascensores u otros espacios cerrados. Cuando las personas con fobias específicas se encuentran ante un estímulo fóbico, casi siempre muestran una respuesta inmediata de miedo, que con frecuencia se parece a un ataque de pánico, excepto porque en este caso si está presente un desencadenante externo. El DSM-IV-TR distingue cuatro tipos de fobias específicas y una categoría residual denominada “otros tipos”. Como se observa en la tabla 6, las fobias específicas comienzan generalmente en la infancia (57, 58), la prevalencia oscila considerablemente de unos estudios a otros, aunque la mayoría de autores informa de índices entre 2,0% y el 8,0% de la población infantil, llegando algunas revisiones hasta el 16,0%. Sin embargo, y a pesar de la elevada prevalencia, se ha subestimado el sufrimiento y las repercusiones negativas que ocasiona a los niños y a las personas de su entorno. Una de las razones de este “descuido” terapéutico es la confusión de las fobias específicas con los miedos infantiles, pasajeros y que desempeñan una función adaptativa, contribuyendo a extender la opinión de que los niños son miedosos por naturaleza y basta con dejarlos crecer para que estas respuestas emocionales remitan espontáneamente. Esta creencia se apoya en el hecho de que los miedos evolutivos son muy comunes y tienden a extinguirse en el curso del desarrollo infantil, donde se constata la

aparición y desaparición de ciertos miedos a determinadas edades como el miedo a extraños(59).

Tabla 6. Clasificación de las fobias específicas según el DSM-IV-TR

Tipos de fobias específicas	Estímulos fóbicos	Inicio
Animal	Perros, gatos, ratones, serpientes, arañas, cucarachas, etc.	Segunda infancia
Ambiental	Tormentas, relámpagos, rayos, precipicios, agua, etc.	Segunda infancia Principio de la edad adulta
Sangre-inyecciones-daño	Sangre, heridas, inyecciones, dentista, cirugía, etc.	Segunda infancia
Situacional	Transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches, etc.	Segunda infancia Mitad de la tercera década de la vida
Otras	Ruidos fuertes, personas disfrazadas, atragantamiento, etc.	Infancia Edad adulta

Fuente: DSM-IV-TR

La evaluación de los trastornos fóbicos y de su prevalencia específica en los estudios epidemiológicos es relativamente reciente. En los Estados Unidos, en los estudios en las áreas de captación epidemiológica (Epidemiologic Catchment Area-ECA, por sus siglas en inglés), los trastornos de ansiedad fóbica, en conjunto, fueron de los más frecuentes en la población general, habiéndose encontrado una prevalencia durante la vida de 12,6%. Más adelante, la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS) en ese mismo país, corroboró su alta prevalencia y mostró que este grupo de trastornos tienden a ser más crónicos que el abuso de sustancias y los trastornos afectivos, que tienen una elevada comorbilidad y constituyen factores de riesgo para el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos(60, 61).

La prevalencia de las fobias específicas en los niños es de 5,0% en población general y 15,0% en población clínica. Aunque las fobias específicas se inician aproximadamente a los 7 años, pueden aparecer en cualquier momento de la vida. Este trastorno sin tratamiento tiende a ser crónico e interfiere con el funcionamiento cotidiano del individuo que lo padece. El tratamiento de las fobias específicas ha

variado dependiendo del enfoque psicológico del que se trate. No obstante, la investigación sobre tratamientos validados empíricamente ha señalado a la terapia cognitivo-conductual como la más eficaz(62).

- **Fobia social**

La fobia social es un desorden emocional en donde las personas experimentan un temor intenso a los juicios y opiniones de los demás; les preocupa de modo excesivo ser evaluadas negativamente por los otros, temen causar una impresión negativa en los demás y les atemoriza no cubrir las expectativas de las personas con respecto a ellos mismos. Este tipo de temor puede ser presentado en todas las situaciones de tipo social como la ansiedad social generalizada, o bien en situaciones muy particulares como la ansiedad social a eventos específicos. En ambos casos, los pacientes presentan síntomas físicos (sudoración, temblor, etcétera) y una intensa sensación de temor hacia las situaciones sociales que los conduce a evitarlas(63, 64). Las repercusiones de lo anterior son variadas y pueden abarcar desde el bajo rendimiento académico, un desempeño laboral inadecuado, deserción escolar, hasta el aislamiento social. Además de estas consecuencias negativas, algunas investigaciones proveen evidencia acerca de que las personas con trastorno de ansiedad social parecen tener un mayor riesgo de experimentar otros desórdenes {*e.j.*, conductas adictivas, desórdenes emocionales) en comparación con aquellos que no manifiestan dicha condición(65).

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que la fobia social tiene su inicio más frecuente en la infancia y la adolescencia siendo poco probable que se presente durante la edad adulta. Las manifestaciones más frecuentes del niño o adolescente con fobia social son el miedo a hablar, a leer, a comer, a escribir en público; el miedo a jugar con otros, a usar servicios públicos, a hablar ante/con figuras de autoridad y a relacionarse con otras personas del mismo o distinto sexo en situaciones formales. Las consecuencias que este trastorno puede generar en el proceso de adaptación en la infancia y adolescencia pueden ser graves, destacando el bajo rendimiento académico (con el consiguiente riesgo de abandono escolar), el

desarrollo de otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, así como el inicio en el consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas(66).

La bibliografía destaca a la fobia social como el trastorno de ansiedad más frecuente, describiéndose en distintos estudios datos de prevalencia que oscilan entre el 7,0% y el 14,0% de la población con edad entre 15 y 54 años. En otros estudios, que utilizan como instrumento de medida escalas más específicas, como la Florence Psychiatric Interview(FPI) se describe una prevalencia del 6,5% con edad media en los 28,8 años y primeros síntomas a la edad de 15,5 años, y presentando mayor prevalencia en mujeres que en hombres, también se describe una correlación entre la fobia o ansiedad social y otros trastornos mentales (fundamentalmente ansiedad y/o depresión, aunque también distimia, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias, y otras fobias, etc.) en el 70,0-80,0% de pacientes con el citado trastorno(67, 68).

Existe una serie de factores asociados al surgimiento y el mantenimiento de la experiencia de ansiedad y fobia social. Los más estudiados han sido los evolucionistas, familiares, psicológicos, neurobiológicos y socioculturales. Al parecer, la combinación de varios de estos factores acentúa más la ocurrencia de dicha experiencia. Primero los factores evolucionistas, parece ser que la ansiedad social se presenta como resultado de la activación de sistemas primitivos de valoración/respuesta, responsables del desarrollo de los grupos de interacción social. Según esta vertiente existen dos sistemas complejos de interacción: uno de defensa y otro de seguridad, teniendo lugar por la propia evolución. En la etapa de la adolescencia los factores evolutivos podrían incrementar la susceptibilidad a la crítica y a diferentes modos de desaprobación social, mientras que en la preadolescencia se llegaría a los niveles más elevados de ansiedad social como respuesta al incremento de las demandas sociales. Segundo, los factores familiares incluyen ciertos estilos de crianza, el abandono, el escaso contacto con las situaciones de interacción social, y el modelado; éstos son significativos en el inicio de la ansiedad y la fobia social. Tercero, en cuanto a los factores psicológicos, los que se han considerado más importantes en la

etiología y el transcurso de la ansiedad y fobia social son los factores de personalidad y aprendizaje, pudiendo adquirir la atención, la memoria y los juicios e interpretaciones un papel significativo en el surgimiento y el mantenimiento de este trastorno. No obstante, algunos estudios al respecto aportan datos contradictorios por no encontrar una evidencia consistente que permita concluir que los procesos cognitivos típicos (principalmente, los sesgos de atención, de memoria y de juicios e interpretaciones) son característicos para las personas aquejadas de ansiedad y fobia social. Cuarto, en la actualidad, los datos relacionados con los sustratos biológicos de la ansiedad y fobia social son escasos, atribuyendo la génesis de este trastorno a distintos sistemas de neurotransmisión sin conocer la función exacta de los mismos en la etiología de este problema(69). Algunos datos que indican la intervención de factores de riesgo genéticos y medioambientales en la ansiedad y fobia social. En general, se sospecha que los fármacos no siguen la misma dirección en la patogénesis de la ansiedad y fobia social, obteniendo muchos resultados contradictorios. Sin embargo, existen algunos fármacos efectivos en el tratamiento de este trastorno, tales como las benzodiacepinas, los inhibidores de la monoamino-oxidasa y los inhibidores selectivos de la serotonina. Por otro lado, hay una escasez de estudios que tienen como objetivo analizar los mecanismos endocrinos de la ansiedad y fobia social con la finalidad de crear nuevas estrategias de tratamiento para este trastorno. Por último, los factores socioculturales descritos en la teoría de la autopresentación junto a ciertos sistemas de valores culturales procedentes de determinadas culturas cobrarían un rol principal en el inicio y el mantenimiento de la ansiedad y fobia social, teniendo un importante papel en la interacción social(69).

- **Estrés postraumático**

Las personas que son víctimas de sucesos adversos inusuales de forma brusca tales como, las consecuencias de la guerra o de un atentado, las agresiones sexuales, los accidentes o las catástrofes naturales, responden, generalmente, con una reacción de estrés adaptativa, pudiendo sufrir, en última instancia, un Trastorno de Estrés

Posttraumático (TEP). En general, el trastorno tiende a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obra del ser humano y no accidentales (70, 71).

En el DSM-IV-TR el TEP aparece cuando la persona ha sufrido “o ha sido testigo de” un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien, conoce, a través de un familiar o cualquier otra persona cercana, acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daños serios o peligro de muerte, o heridas graves. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado)(72).

Las manifestaciones de los síntomas describen tres amplias categorías que abarcan recuerdos invasivos de la situación traumática, estrategias de afrontamiento como la evitación y falta de respuesta emocional e hiperactivación fisiológica. Este trastorno generalmente está acompañado por otras condiciones psicológicas, como el abuso de sustancias y cuadros depresivos que requieren de una atención clínica durante el proceso de evaluación e intervención. Los criterios para el diagnóstico del estrés posttraumático según el *Manual diagnóstico de los desórdenes mentales DSM-IV* requieren que:

1. La persona haya sido *expuesta a un evento traumático* y responda con miedo intenso, desesperanza u horror.
2. El evento traumático sea *persistentemente reexperimentado* a través de recuerdos e intrusiones desagradables, que incluyen imágenes, pensamientos y percepciones; sueños desagradables, actuaciones o sentimientos como si el evento traumático estuviese volviendo a ocurrir (incluye revivir la experiencia - *flashbacks*, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos retrospectivos). Otra característica del TEP es un malestar

psicológico intenso y una reactividad fisiológica al exponerse a señales internas o externas que simbolicen o se asemejen al evento traumático.

Aunque existen notables diferencias individuales en la forma de reaccionar frente al estrés de cada persona, la frecuencia de morbilidad psiquiátrica empieza a aumentar con rapidez ante factores estresantes extremos como son los supervivientes de combate, campos de concentración o desastres naturales(73). Durante la última década se ha llevado a cabo una amplia investigación epidemiológica sobre población general que ha proporcionado información valiosa sobre este trastorno, entre los primeros estudios publicados resaltan el Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA) en el que se evaluaron los diferentes trastornos psiquiátricos en una muestra de más de 18.000 adultos pertenecientes a cinco comunidades de EE.UU. (New Haven, St Louis, Baltimore, Durham y los Angeles) Según los criterios diagnósticos del DSM III y utilizando como instrumento de evaluación el Diagnostic Interview Schedule(74).

Otro gran estudio es el National Comorbidity Survey (NCS), dirigido por Kessler y Otros, con una muestra de 8.098 personas con edades entre 15 y 54 años, no institucionalizadas, pertenecientes a 34 estados norteamericanos. En este estudio se utilizaron los criterios del (DSM-III-R) y como instrumento de evaluación una versión modificada del Composite International Diagnostic Interview (CIDI) basada en el DIS y diseñada para ser aplicada por entrevistadores que no fueran clínicos(74). Después de estos y varios estudios se ha estimado que sólo una de cuatro personas manifiesta un TEP después de un suceso traumático. La prevalencia anual de estrés postraumático en la población general de Estados Unidos de América alcanza 7,8%, y en el ámbito mundial se ha estimado que 8,0% de los habitantes desarrollará este trastorno en algún momento de sus vidas(75). En una publicación de los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México se determinó la prevalencia de estrés postraumático, según criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y

Problemas Relacionados con la Salud, 10a Revisión (CIE 10); 1,9% de los hombres y 3,3% de las mujeres presentaron el diagnóstico alguna vez en su vida y 0,9% lo tenían presente en los doce meses previos al estudio y la edad promedio cuando se manifiesta el síndrome es de 19,7 años (76).

Adicionalmente, el TEP es un cuadro que tiene una alta comorbilidad, la cual en algunos estudios ha alcanzado hasta un 80%. Específicamente en veteranos de Vietnam se ha llegado a encontrar que el 66,0% presenta otro trastorno afectivo o bien de ansiedad(77) y el 39,0% tiene abuso o dependencia al alcohol. De acuerdo con la extensa investigación sobre comorbilidad en población general, dirigida por Kessler y colaboradores, se encontró que el TEP se asociaba con otro diagnóstico en el 17,0% de las mujeres y en el 12,0% de los hombres; sin embargo, había tres o más diagnósticos en el 44,0% de las mujeres y en el 59,0% de los hombres. En cifras decrecientes el TEP se asoció con abuso de alcohol en hombres (51,9%), depresión mayor (48,0%), trastornos de conducta en hombres (43,3%), fobia simple (30,0%), fobia social (28,0%), abuso de alcohol en mujeres (27,9%) y agorafobia en mujeres (22,4%); los otros diagnósticos tuvieron menores frecuencias de presentación (78-80).

En niños y adolescentes con TEP, las comorbilidades comunes incluyen trastornos en el apego, habilidades sociales deterioradas, agresión, problemas en el control de los impulsos, ansiedad, depresión, somatización y uso de sustancias. La presencia de condiciones psiquiátricas coexistentes influye de manera importante en las decisiones acerca de las opciones terapéuticas en el TEP debido a que los síntomas postraumáticos del paciente con frecuencia no mejoran al menos que se traten también los síntomas comorbidos(81); además en ocasiones al haber sobreposición de algunos síntomas se dificulta el diagnóstico. Por otra parte, durante la evolución del trastorno con frecuencia se van agregando otros síntomas y se configura uno o más diagnósticos comórbidos por lo que es importante investigar un TEP en cualquier otra patología psiquiátrica, especialmente si existe el dato anamnéstico de algún hecho traumático en el pasado(78).

Para Colombia según los resultados del último Estudio Nacional de Salud Mental la edad promedio de inicio para el trastorno de estrés postraumático es de 24 años; el 0,4% de la población presentó este trastorno alguna vez en la vida, el 0,2% en los últimos 12 meses y el 0,1% en los últimos 30 días, por nivel de escolaridad se observó que la mayor prevalencia de este trastorno se encontró en personas con ningún nivel educativo 9,2%, seguido de los que tienen primaria completa 3,7%. En cuanto al estado civil, se evidenció una prevalencia en los separados/viudos/divorciados del 2,4%; el 3,2% de las personas que presentan este tipo de trastorno son amas de casa y el 1,8% está afiliado al régimen contributivo(4).

- **Ansiedad por separación**

El trastorno de ansiedad por separación (TAS) es una condición psicológica en la cual un individuo presenta una excesiva ansiedad acerca de la separación del hogar o de la gente hacia quienes tiene una fuerte relación de apego, tal como la madre o el padre(45), que se compone además de un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la vida social, académica (laboral) o de otras áreas importantes del funcionamiento de la persona. La ansiedad puede ponerse de manifiesto de las siguientes formas:

- **Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación** respecto al hogar o de las principales figuras de apego. Si hay separación, el sujeto puede necesitar saber el paradero de estas y estar en contacto con ellas (p.ej., por teléfono).
- **Preocupación** excesiva y persistente por la posibilidad de perder a las principales figuras de apego (p.ej., muerte, divorcio) o de que estas sufran daño (p.ej., accidente, enfermedad).
- **Preocupación** excesiva y persistente de que un acontecimiento adverso de lugar a la separación de una figura importante de apego (p.ej., perderse o ser secuestrado).

- **Resistencia o negativa** persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio (colonias, casas de amigos, recados) por miedo a la separación.
- **Resistencia** o miedo excesivo o persistente a quedarse en casa solo o sin las principales figuras de apego, o sin adultos significativos en otros sitios. El sujeto puede incluso evitar quedarse solo en una habitación y puede seguir a la figura de apego como su sombra.
- **Resistencia o negativa** persistente a ir a dormir sin estar cerca de una importante figura de apego o a dormir fuera de casa.
- **Pesadillas repetidas con temática de separación** (destrucción de la familia por incendio, asesinato u otra catástrofe). Pueden trasladarse a la cama de sus padres o de un hermano o quedarse a la puerta del dormitorio paterno si no se les permite la entrada.
- **Quejas repetidas de síntomas físicos** (como dolores de cabeza, dolores abdominales, náusea o vómitos) cuando se anticipa u ocurre la separación respecto a figuras importantes de apego. En niños mayores pueden aparecer palpitaciones, mareos y sensación de desmayo.

Para diagnosticar TAS, el DSM-IV exige que: a) se cumplan al menos tres de los ocho criterios anteriores, b) que el trastorno dure por lo menos 4 semanas, c) que comience antes de los 18 años, d) que produzca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de funcionamiento, y e) que no se dé exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y que, en adolescentes y adultos, no se explique mejor por el diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia. Si el trastorno comienza antes de los 6 años, se especifica que es de comienzo temprano, pero no se dice hasta qué edad antes de los 6 años se considera normal la ansiedad por separación(54).

El DSM-IV y la CIE-10 describen síntomas casi idénticos para este trastorno que la CIE-10 denomina trastorno de separación en la infancia. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 son algo más estrictos en cuanto a la edad de inicio, ya que exigen que ésta sea menor de 6 años, y excluyen el diagnóstico de este trastorno si el cuadro clínico forma parte de un trastorno de las emociones, del comportamiento o de la personalidad, o de un trastorno por abuso de sustancias psicotrópicas(82).

Los reportes de prevalencia en varios estudios van desde un 2,4% a 5,4%; sin embargo, la prevalencia de trastornos con sintomatología ansiosa es mucho mayor pudiendo llegar hasta al 50,0% en niños. En muestras epidemiológicas se ha observado que el TAS tiende a ser más frecuente en mujeres, aunque otros estudios no han demostrado diferencias por género, sí han encontrado que los niños reportan mayor número de síntomas ansiosos comparados con los adultos; como se ha mencionado la mayor frecuencia del TAS surge en la infancia media entre los 7 y 9 años de edad, aunque puede ser más temprano, incluso durante la etapa preescolar; aunque se conoce que la prevalencia del TAS disminuye con la edad, la ansiedad o conductas de evitación relacionadas a la separación, pueden persistir hasta la adultez(83). Los niños o adolescentes que presentan un TAS cuando sean adultos tendrán mayor predisposición a presentar trastornos de pánico y/o angustia con agorafobia(84, 85).

Adicionalmente, diferentes investigadores han examinado si el TAS en la infancia confiere un mayor riesgo para desarrollar enfermedad mental en la edad adulta (ansiedad, trastorno de pánico y depresión, entre otros) y se ha determinado dado el alto grado de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y otros trastornos mentales que es posible que los vínculos entre el TAS en la infancia y la psicopatología futura sean atribuibles completa o parcialmente a la presencia de la comorbilidad(86).

5.2 Resultados

5.2.1 Trastorno de ansiedad generalizada

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 7. Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,01% (0,01 - 0,1)	0,53% (0,3 - 0,8)	0,34% (0,2 - 0,5)	43,1
Prevalencia últimos 12 meses	0,23% (0,01 - 0,5)	1,61% (1,1 - 2,1)	1,10% (0,8 - 1,4)	7,0
Prevalencia de vida	0,97% (0,5 - 1,5)	2,77% (2,1 - 3,4)	2,11% (1,7 - 2,5)	2,9

Uno de los indicadores de prevalencia utilizados en el presente estudio, es la prevalencia actual (o prevalencia de punto), en la cual se hace el diagnóstico de la presencia del trastorno durante los últimos 30 días. Como se observa en la tabla anterior, al analizar los resultados por género se encontró una prevalencia de 0,01% y 0,53% para hombres y mujeres respectivamente.

El comportamiento de la prevalencia anual presentó 1,10% para el total y 0,23% para el sexo masculino versus 1,61% para el femenino con una razón de 7,0 mujeres por cada hombre.

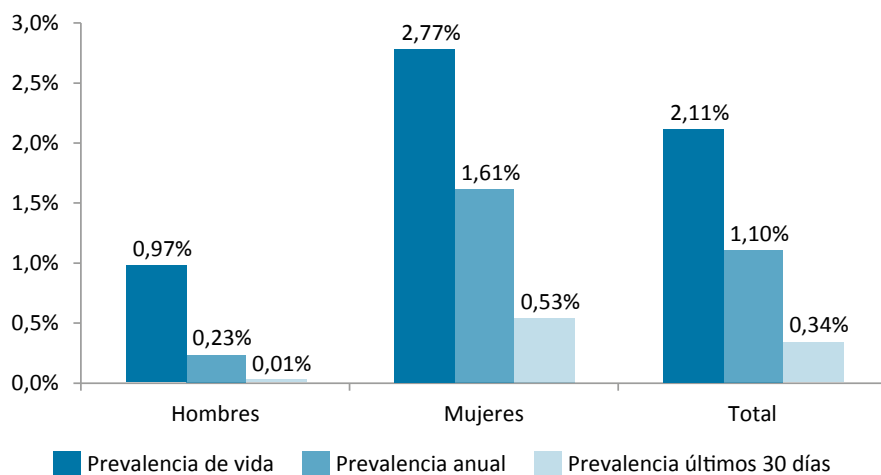


Gráfico 22. Prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia de vida fue de 2,11% para el total de la población estudiada con IC de 95% entre 0,8% y 1,4%, lo cual demuestra una alta precisión en la estimación del indicador y una razón de 2,9 mujeres por cada hombre.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 8. Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	0,41%	0,22%	0,11%
19 a 29 años	1,51%	0,92%	0,14%
30 a 44 años	2,65%	1,56%	0,43%
45 a 65 años	2,84%	1,28%	0,52%
Total	2,11%	1,10%	0,34%

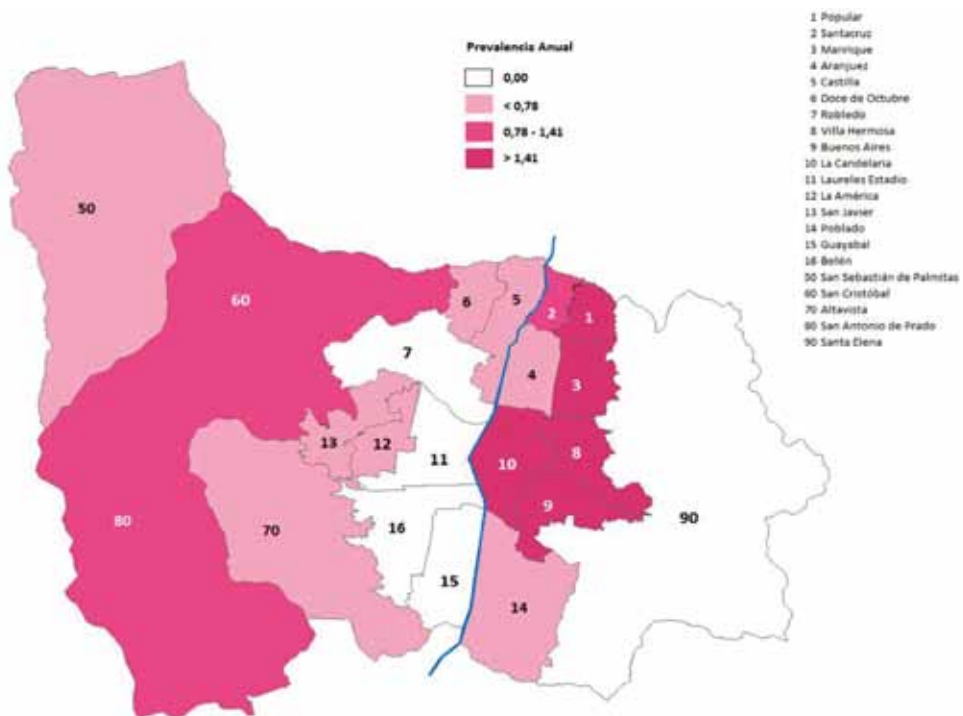
En la tabla anterior se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad. Al analizar la prevalencia de vida y la de los últimos 30 días se presenta una tendencia al aumento en los cuatro grupos de

edad, lo cual no se evidencia en la prevalencia anual, en donde esta tendencia es mayor en los tres primeros grupos de edad y al llegar al grupo de 45 a 65 años se presenta disminución.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

Según lugar de residencia, las comunas de Medellín más afectadas (TAG > 1,41 en el último año) son: Popular, Manrique, Villa Hermosa, Buenos Aires, y la Candelaria, en ninguno mde los corregimientos se presentó alto riesgo. Por el contrario en el corregimiento de Santa Elena y en las comunas de Guayabal, Belén, Robledo y Laureles Estadio la prevalencia fue 0,0%.

Mapa 2. Distribución para trastorno de ansiedad generalizada en el último año según lugar de residencia.
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



5.2.2 Trastorno de pánico

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 9. Indicadores de prevalencia para trastorno de pánico por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,07% (0,01 - 0,2)	0,37% (0,1 - 0,6)	0,26% (0,1 - 0,4)	5,5
Prevalencia últimos 12 meses	0,38% (0,01 - 0,7)	0,99% (0,6 - 1,4)	0,77% (0,5 - 1,0)	2,6
Prevalencia de vida	0,59% (0,2 - 1,0)	1,32% (0,9 - 1,8)	1,05% (0,7 - 1,4)	2,2

La tabla anterior presenta los resultados por género para la prevalencia de los últimos 30 días con el 0,07% para hombres y 0,37% para mujeres, y una razón de 5,5 mujeres por cada hombre.

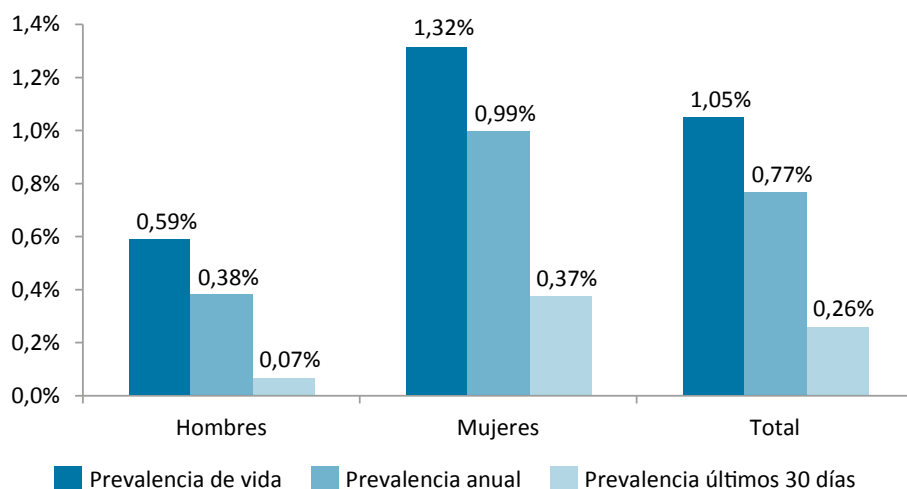


Gráfico 23. Prevalencia para trastorno de pánico por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

El comportamiento de la prevalencia anual presentó 0,77% (IC 95% = 0,5 – 1,0) para el total de la población estudiada lo cual demuestra una alta precisión en la estimación del indicador y una razón de 2,6 mujeres por cada hombre. La prevalencia de vida fue de 1,05% para el total y 0,59% para el sexo masculino versus 1,32% para el femenino con una razón de 2,2 mujeres por cada hombre.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 10. Indicadores de prevalencia para trastorno de pánico por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

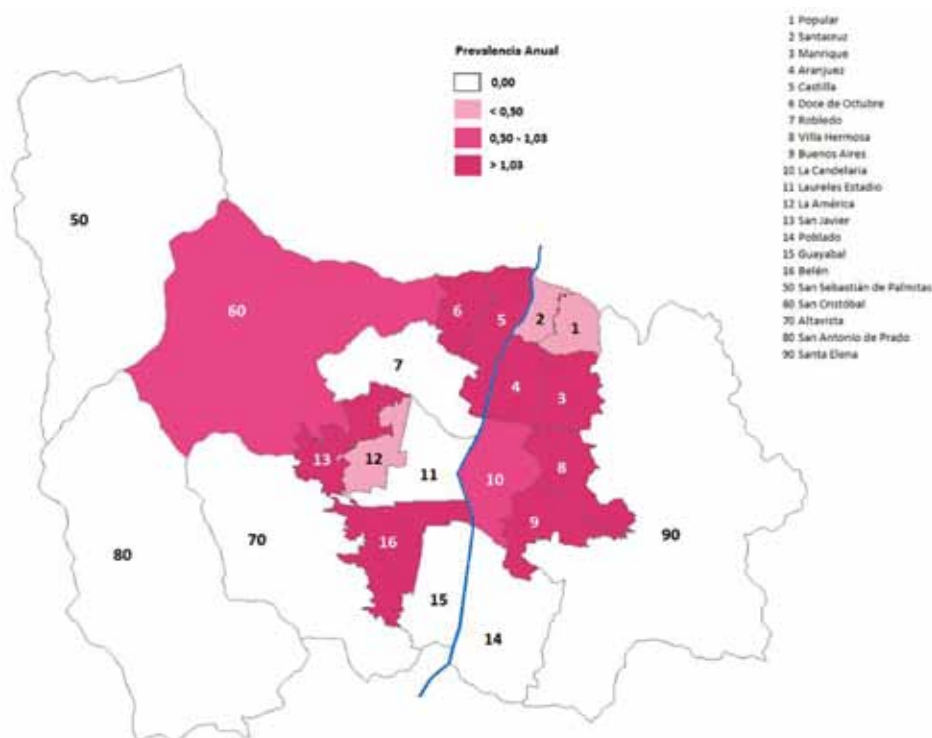
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	0,69%	0,61%	0,18%
19 a 29 años	1,26%	1,08%	0,25%
30 a 44 años	1,20%	0,83%	0,38%
45 a 65 años	1,00%	0,63%	0,22%
Total	1,05%	0,77%	0,26%

Según la tabla anterior, los tres indicadores estudiados (prevalencia de vida, prevalencia anual y de los últimos 30 días) en los cuatro grupos de edad muestran una tendencia positiva en los dos primeros grupos de edad en la prevalencia de vida; en la anual se evidencia una disminución en los grupos de 30 a 34 y de 45 a 65 años, caso contrario se refleja en la prevalencia de vida donde se presenta disminución en el grupo de 45 a 65 años.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

Las comunas de Manrique, Aranjuez, Castilla, Doce de Octubre, Villa Hermosa, Buenos Aires, San Javier y Belén presentaron las proporciones del TP más altas (>1,03) en el último año, no se presentó alto riesgo en ninguno de los corregimientos y no se presentaron casos en las comunas Poblado, guayabal, Laureles Estadio y Robledo.

Mapa 3. Distribución para trastorno de pánico en el último año según lugar de residencia. Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



5.2.3 Trastorno de agorafobia

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 11. Indicadores de prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,15% (0,01 - 0,3)	0,13% (0,01 - 0,3)	0,14% (0,01 - 0,2)	0,9
Prevalencia últimos 12 meses	0,76% (0,3 - 1,2)	1,01% (0,6 - 1,4)	0,92% (0,6 - 1,2)	1,3
Prevalencia de vida	0,76% (0,3 - 1,2)	1,37% (0,9 - 1,8)	1,14% (0,8 - 1,5)	1,8

En la tabla anterior, la prevalencia actual durante los últimos 30 días es de 0,14%. Al analizar los resultados por género se encontró una prevalencia de 0,15% y 0,13% para hombres y mujeres respectivamente, con una razón de 0,9 mujeres por cada hombre.

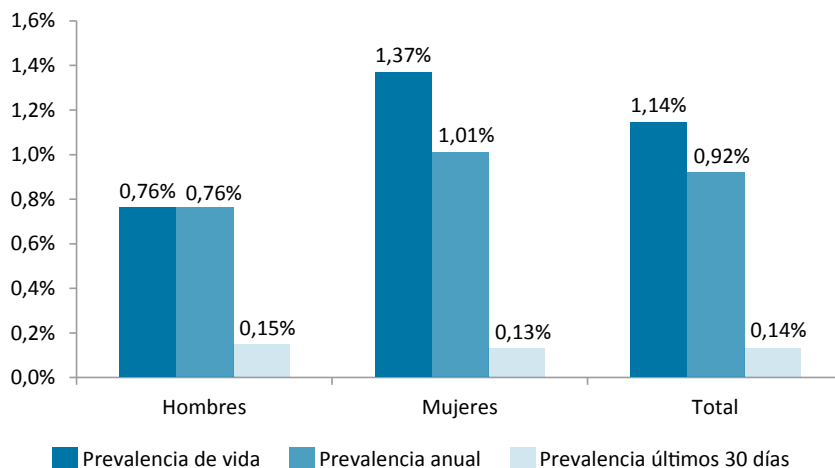


Gráfico 24. Prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia anual fue de 0,92% para el total y 0,76% para el sexo masculino versus 1,01% para el femenino con una razón de 1,3 mujeres por cada hombre. La prevalencia de vida presentó el 1,14% (IC 95% = 0,8 - 1,5) para el total de la población estudiada y una razón de 1,8 mujeres por cada hombre.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 12. Indicadores de prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

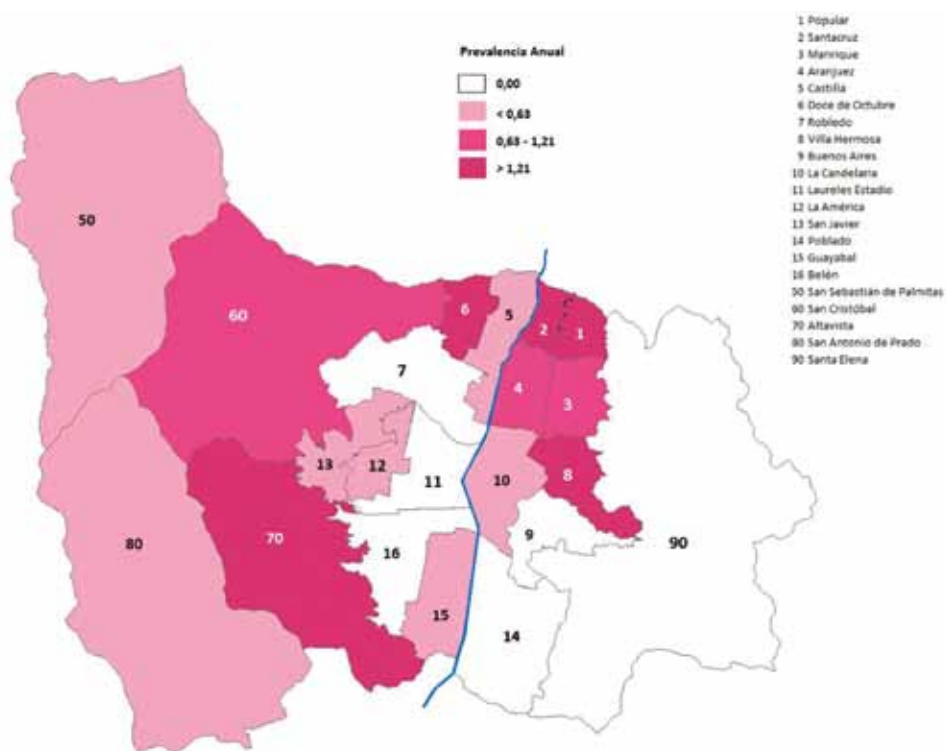
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	0,67%	0,67%	0,23%
19 a 29 años	0,54%	0,54%	0,00%
30 a 44 años	1,59%	1,23%	0,17%
45 a 65 años	1,36%	0,99%	0,15%
Total	1,14%	0,92%	0,14%

Para los tres indicadores estudiados (prevalencia de vida, prevalencia anual y de los últimos 30 días) en los cuatro grupos de edad, se presenta tendencia negativa en el grupo de 19 a 29 años, y en aumento en el grupo de 30 a 44 años y nuevamente disminución en el grupo de 45 a 65 años de edad.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

Como se observa en el siguiente mapa, las comunas de Popular, Santa Cruz, Doce de Octubre, Villa Hermosa y el corregimiento de Altavista resultaron en las proporciones más altas para la prevalencia anual de agorafobia (>1,21)

Mapa 4. Distribución para trastorno de agorafobia en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



5.2.4 Trastorno de fobia específica

- Comportamiento según sexo

Tabla 13. Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	1,46% (0,9 - 2,1)	3,74% (3,0 - 4,5)	2,89% (2,4 - 3,4)	2,6
Prevalencia últimos 12 meses	3,67% (2,7 - 4,6)	7,05% (6,1 - 8,0)	5,80% (5,1 - 6,5)	1,9
Prevalencia de vida	6,88% (5,6 - 8,1)	11,13% (9,9 - 12,3)	9,56% (8,7 - 10,5)	1,6

La prevalencia actual (últimos 30 días) se presentó para el total de la población con 2,89% (IC 95% = 2,4 - 3,4); para el sexo femenino fue de 3,74% y para el masculino de 1,46% respectivamente. La razón fue de 2,6 mujeres por cada hombre. Para el total de la población la prevalencia en los últimos 12 meses fue de 5,8% con IC de 95% entre (5,1 y 6,5), para el sexo femenino fue de 7,05% y para el masculino 3,67% respectivamente. La razón fue de 1,9 mujeres por cada hombre.

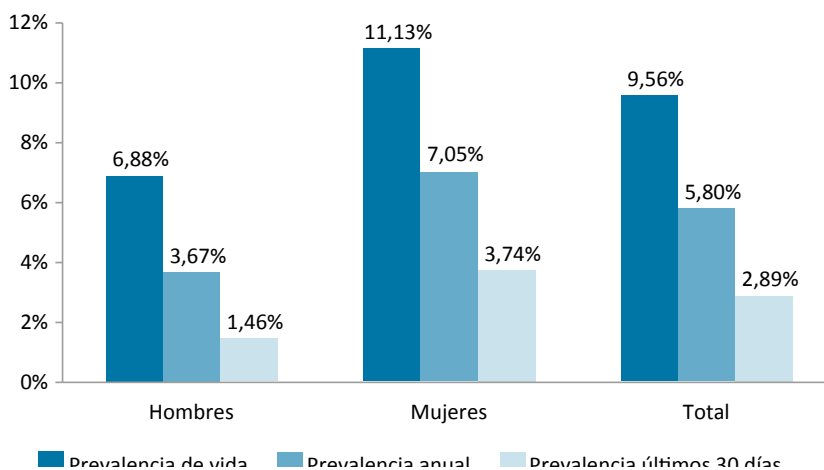


Gráfico 25. Prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

El comportamiento de la prevalencia de vida para el trastorno de fobia específica total fue de 9,56% (IC95% =8,7 - 10,5). Su distribución según sexo fue de 6,88% para el sexo masculino versus 11,1% para el femenino y con una razón de 1,6 mujeres por cada hombre.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 14. Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según edad

Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	6,60%	4,99%	1,92%
19 a 29 años	8,60%	5,34%	2,87%
30 a 44 años	11,09%	7,33%	3,59%
45 a 65 años	10,33%	5,43%	2,81%
Total	9,56%	5,80%	2,89%

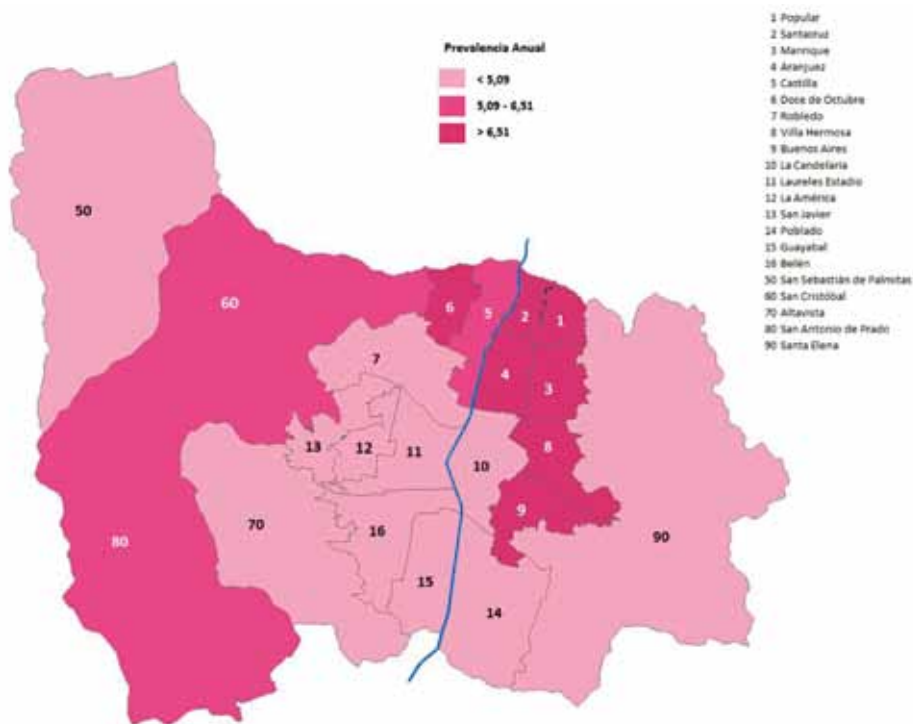
En la tabla anterior, se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad, de los tres indicadores estudiados (prevalencia de vida, prevalencia anual y en los últimos 30 días) se presenta tendencia positiva en los tres primeros grupos de edad y al llegar al grupo de 45 a 65 años se presenta disminución.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

Al analizar las comunas con respecto a la distribución de las fobias específicas, las prevalencias anuales más altas se observaron en las comunas Popular, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez, Doce de Octubre, Villa Hermosa, y Buenos Aires.

El riesgo medio con una prevalencia anual entre 5,09% y 6,59% se presentó para la comuna de Robledo y los corregimientos de San Sebastián de Palmitas y San Antonio de Prado, no se presentó ninguno de los lugares estudiados con cero casos.

Mapa 5. Distribución para trastorno de fobia específica en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



5.2.5 Trastorno de fobia social

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 15. Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia social por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,44% (0,1 - 0,8)	1,07% (0,7 - 1,5)	0,84% (0,6 - 1,1)	2,4
Prevalencia últimos 12 meses	2,47% (1,7 - 3,2)	3,38% (2,7 - 4,1)	3,04% (2,5 - 3,6)	1,4
Prevalencia de vida	3,43% (2,5 - 4,3)	4,45% (3,7 - 5,2)	4,07% (3,5 - 4,7)	1,3

En la tabla anterior, la prevalencia actual (o prevalencia de punto) durante los últimos 30 días es de 0,84%. Al analizar los resultados por género se encontró una prevalencia de 0,44% y 1,07% para hombres y mujeres respectivamente, con una razón de 2,4 mujeres por cada hombre. Para el total de la población la prevalencia anual fue de 3,04% con IC de 95% entre (2,5 y 3,6), para el sexo femenino fue de 3,38% y para el masculino 2,47% respectivamente. La razón fue de 1,4 mujeres por cada hombre.

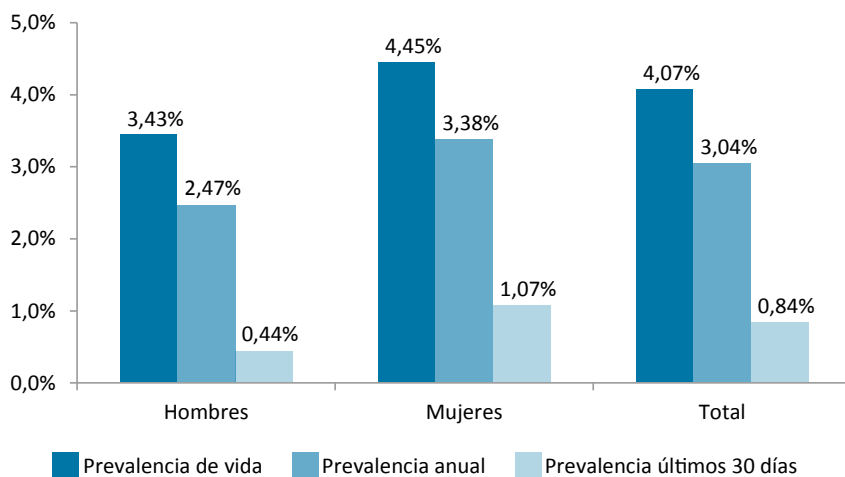


Gráfico 26. Prevalencia para trastorno de fobia social por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia de vida presentó un 4,07% (IC 95% =3,5 - 4,7), para el total de la población estudiada; para el sexo femenino fue de 4,45% y para el masculino de 3,47% respectivamente y una razón de 1,3 mujeres por cada hombre.

- **Comportamiento según edad**

En la tabla 16 se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad, al analizar la prevalencia de vida y la de año se presenta tendencia positiva en los tres primeros grupos de edad, disminuyendo en el grupo de 45 a 65 años, caso contrario se presenta en la prevalencia de los últimos 30 días, en donde se evidencia tendencia positiva en los dos primeros grupos de edad, disminución en el grupo de 30 a 44 años y al llegar al grupo de 45 a 65 años se presenta nuevamente un aumento.

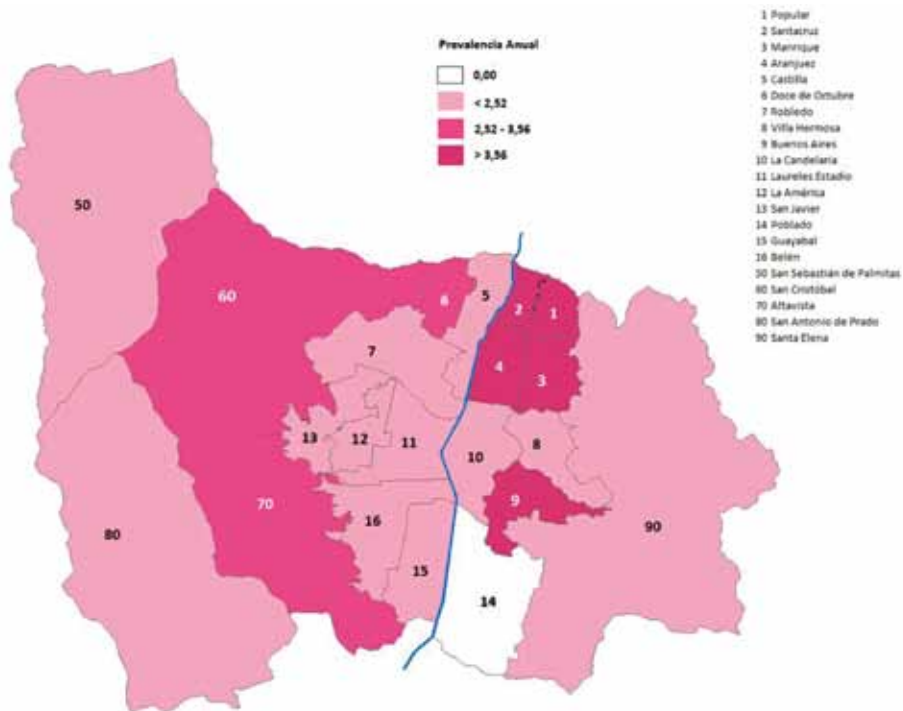
Tabla 16. Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia social por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	2,37%	2,12%	0,56%
19 a 29 años	3,52%	2,55%	1,24%
30 a 44 años	5,94%	4,31%	0,72%
45 a 65 años	3,63%	2,74%	0,81%
Total	4,07%	3,04%	0,84%

- **Comportamiento según lugar de residencia**

En cuanto a la distribución de las fobias sociales en las comunas de Medellín, las comunas de Popular, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez, y Buenos Aires mostraron las más altas prevalencias de fobia social (> de 3,56).

Mapa 6. Distribución para trastorno de fobia social en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



5.2.6 Trastorno de estrés postraumático

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 17. Indicadores de prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,00% (0,0 - 0,0)	0,89% (0,4 - 1,4)	0,59% (0,3 - 0,9)	NC
Prevalencia últimos 12 meses	0,41% (0,01 - 0,9)	1,53% (0,9 - 2,2)	1,15% (0,7 - 1,6)	3,7
Prevalencia de vida	3,73% (2,3 - 5,1)	7,36% (6,0 - 8,7)	6,14% (5,1 - 7,2)	2,0

Como se observa en la tabla anterior, la prevalencia total en los últimos 30 días fue de 0,59% y al analizar los resultados por género se encontró una prevalencia de 0,89% para mujeres; para los hombres no se registró prevalencia en este indicador. La prevalencia anual resultó en un 1,15% para el total y del 0,41% para el sexo masculino versus 1,53% para el femenino, además de una razón de 3,7 mujeres por cada hombre.

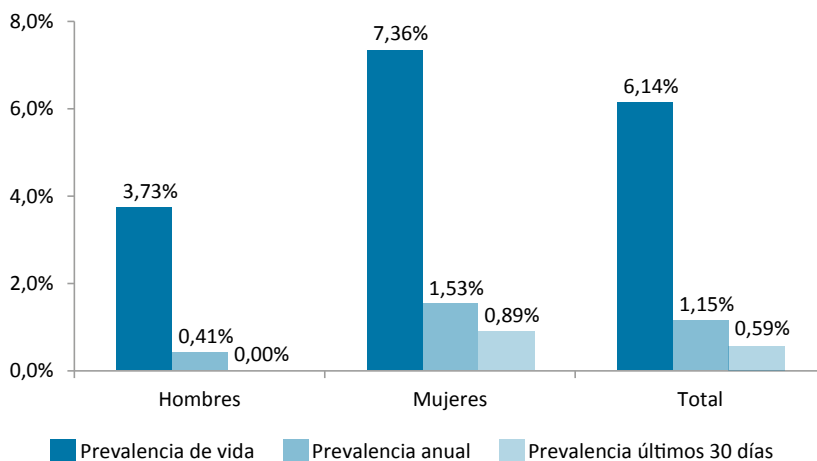


Gráfico 27. Prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia de vida fue de 6,14% (IC 95% = 5,1 - 7,2) para el total de la población estudiada con lo cual nuevamente demuestra una alta precisión en la estimación del indicador.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 18. Indicadores de prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

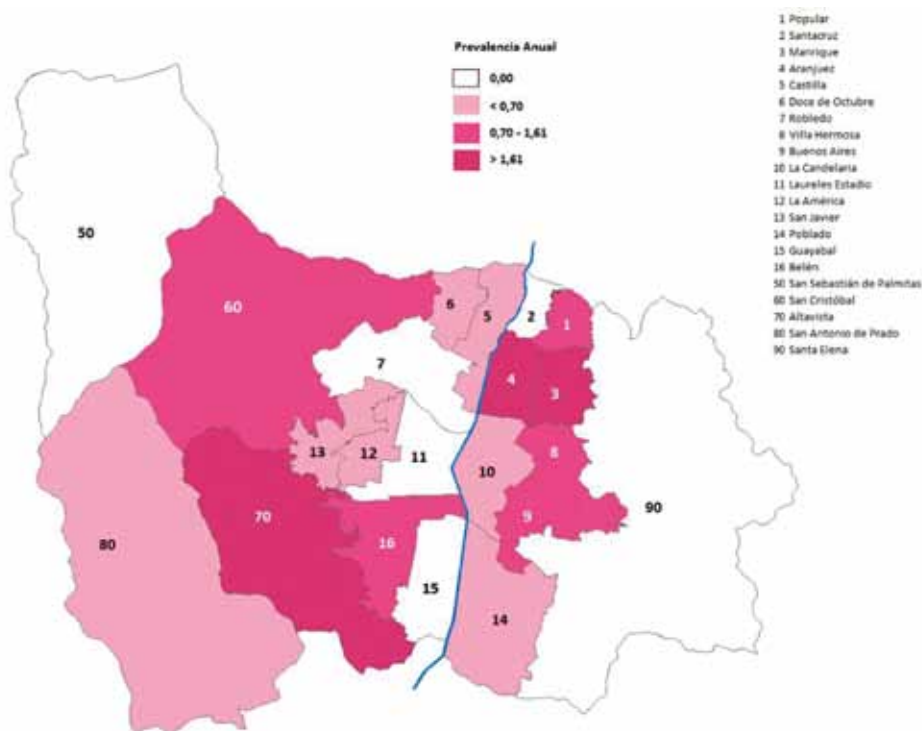
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	3,75%	1,76%	0,67%
19 a 29 años	4,67%	1,05%	0,79%
30 a 44 años	6,46%	0,92%	0,44%
45 a 65 años	7,78%	1,16%	0,55%
Total	6,14%	1,15%	0,59%

En los tres indicadores estudiados para los cuatro grupos de edad, no se presenta una clara tendencia con relación a los grupos de edad. Para la prevalencia de vida se presenta una tendencia positiva en los cuatro grupos de edad. Por el contrario en la prevalencia anual se presenta una disminución en los grupos de 19 a 29 años y de 30 a 44 años; para la prevalencia de los últimos 30 días se presenta una disminución en el grupo de 30 a 44 años y un aumento para los demás grupos.

- **Comportamientos según lugar de residencia**

Como se indica en el siguiente mapa la distribución para el trastorno por estrés postraumático presentó la distribución por lugar de residencia con mayor riesgo (> 1,61) para las comunas de Manrique y Aranjuez y para el corregimiento de Altavista.

Mapa 7. Distribución para trastorno de estrés postraumático en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



5.2.7 Trastorno de ansiedad por separación

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 19. Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,49% (0,1 - 0,8)	0,38% (0,1 - 0,6)	0,42% (0,2 - 0,6)	0,8
Prevalencia últimos 12 meses	1,21% (0,7 - 1,8)	0,95% (0,6 - 1,3)	1,05% (0,7 - 1,4)	0,8
Prevalencia de vida	2,80% (2,0 - 3,6)	3,49% (2,8 - 4,2)	3,23% (2,7 - 3,8)	1,2

La prevalencia total en los últimos 30 días fue de 0,42%, al analizar los resultados por género se encontró una prevalencia de 0,38% para mujeres versus 0,49% para los hombres y una razón de 0,8 mujeres por cada hombre. La prevalencia anual presentó 1,05% para el total con 1,21% para el sexo masculino versus 0,95% para el femenino y una razón de 0,8 mujeres por cada hombre.

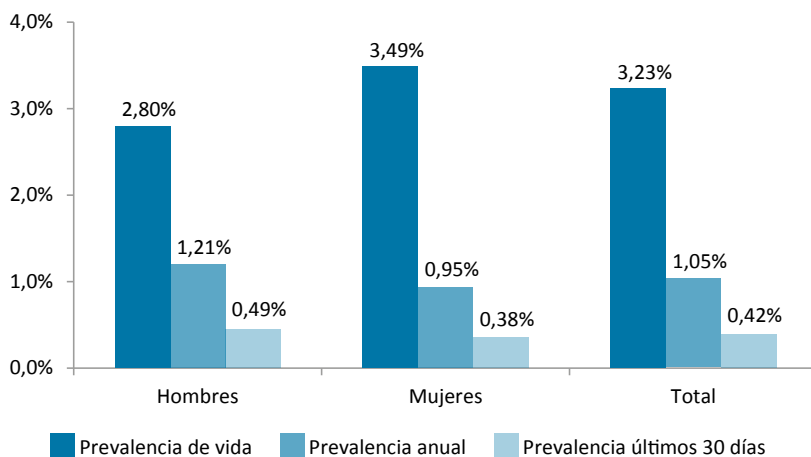


Gráfico 28. Prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia de vida fue de 3,23% para el total de la población estudiada con IC de 95% entre 2,7% y 3,8%, lo cual demuestra una alta precisión en la estimación del indicador.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 20. Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

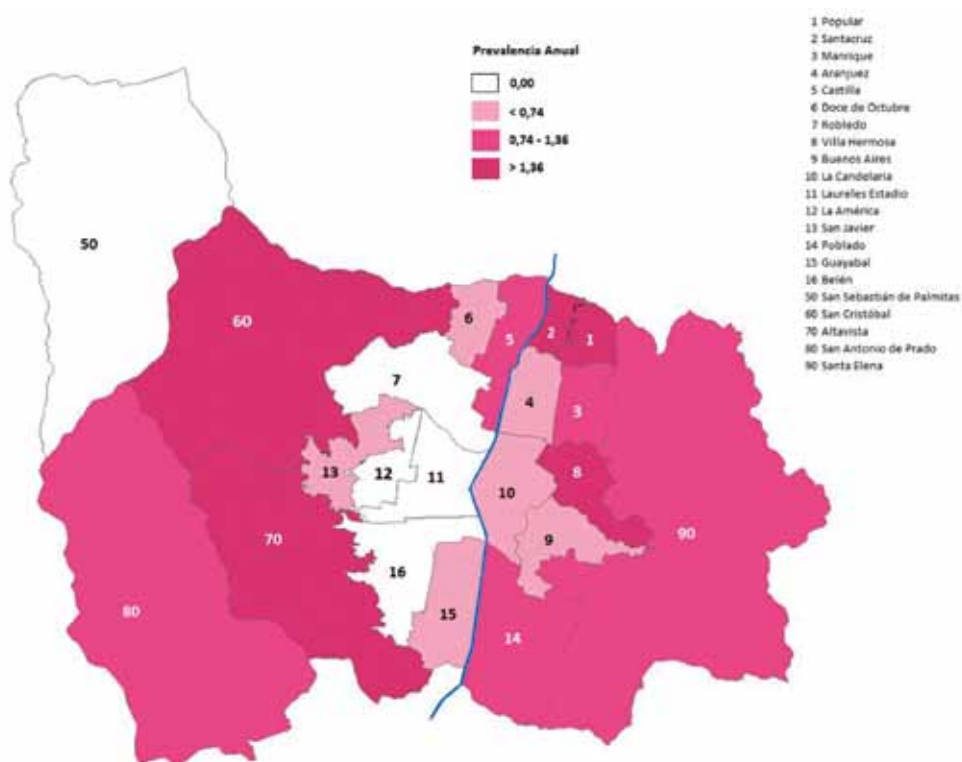
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	1,83%	0,81%	0,58%
19 a 29 años	2,99%	1,14%	0,24%
30 a 44 años	4,19%	1,63%	0,65%
45 a 65 años	3,22%	0,65%	0,31%
Total	3,23%	1,05%	0,42%

En los tres indicadores estudiados para los cuatro grupos de edad, no se presenta una clara tendencia, para la prevalencia de vida y en la anual se presenta una tendencia positiva en los tres primeros grupos de edad y una disminución en el grupo de 45 a 65 años, en la prevalencia de los últimos 30 días la tendencia es errática siendo el grupo de 30 a 44 años el que presenta mayor proporción en el indicador.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

El TAS, como se indica en el siguiente mapa, fue más prevalente en las comunas de Popular, Santa Cruz, Villa Hermosa y en los corregimientos de San Cristóbal y Altavista (> 1,36 en el último año).

Mapa 8. Distribución para trastorno de ansiedad por separación en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



5.2.8 Trastorno obsesivo compulsivo

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 21. Indicadores de prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,00% (0,0 - 0,0)	1,15% (0,1 - 2,1)	0,74% (0,1 - 1,4)	NC
Prevalencia últimos 12 meses	2,75% (0,7 - 4,8)	5,68% (3,5 - 7,8)	4,65% (3,1 - 6,2)	2,1
Prevalencia de vida	2,75% (0,7 - 4,8)	5,68% (3,5 - 7,8)	4,65% (3,1 - 6,2)	2,1

En la tabla anterior, la prevalencia actual (o prevalencia de punto) durante los últimos 30 días es de 0,74%. Al analizar los resultados por género se encontró una prevalencia de 1,15% para las mujeres; no se presentó prevalencia para el género masculino en este indicador. Para el total de la población la prevalencia anual fue de 4,65% con IC de 95% entre (3,1 y 6,2), para el sexo femenino fue de 5,68% y para el masculino 2,75% respectivamente. La razón fue de 2,1 mujeres por cada hombre.

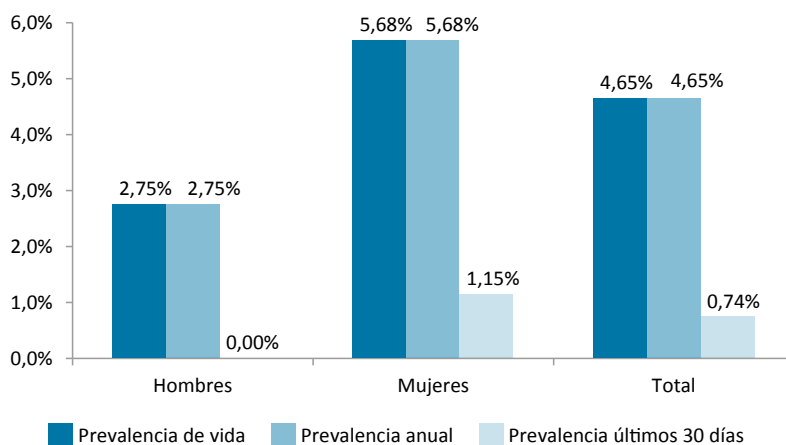


Gráfico 29. Prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia de vida presentó 4,65% para el total de la población (IC 95% = 3,1 - 6,2) estudiada, para el sexo femenino fue de 5,68% y para el masculino 2,75% respectivamente, y una razón de 2,1 mujeres por cada hombre.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 22. Indicadores de prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

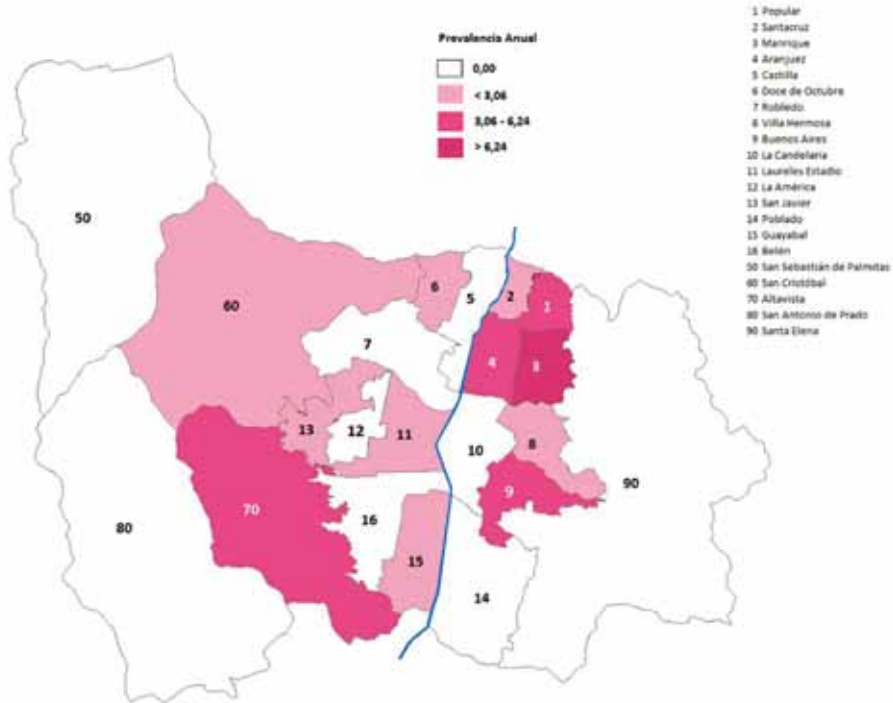
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	1,75%	1,75%	0,00%
19 a 29 años	4,96%	4,96%	0,00%
30 a 44 años	6,75%	6,75%	1,70%
45 a 65 años	4,12%	4,12%	0,83%
Total	4,65%	4,65%	0,74%

En la tabla anterior se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad, de los tres indicadores estudiados (prevalencia de vida, prevalencia anual y en los últimos 30 días) se presenta tendencia positiva en los tres primeros grupos de edad y al llegar al grupo de 45 a 65 años se presenta una disminución.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

Como se observa en el siguiente mapa, la comuna de mayor prevalencia anual con este trastorno fue Manrique al igual que el corregimiento de Altavista (>6,24).

Mapa 9. Distribución para trastorno obsesivo compulsivo en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



5.2.9 Cualquier trastorno de ansiedad

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 23. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	2,38% (1,6 - 3,1)	5,98% (5,1 - 6,9)	4,65% (4,0 - 5,3)	2,5
Prevalencia últimos 12 meses	7,33% (6,0 - 8,6)	11,99% (10,7 - 13,2)	10,26% (9,3 - 11,2)	1,6
Prevalencia de vida	12,65% (11,0 - 14,3)	19,37% (17,9 - 20,9)	16,88% (15,7 - 18,0)	1,5

La prevalencia total en los últimos 30 días fue de 4,65%, al analizar los resultados por género se encontró una prevalencia de 5,98% para mujeres versus 2,38% para los hombres y una razón de 2,5 mujeres por cada hombre.

La prevalencia anual presentó 10,26% para el total con 7,33% para el sexo masculino versus 11,99% para el femenino y una razón de 1,6 mujeres por cada hombre.

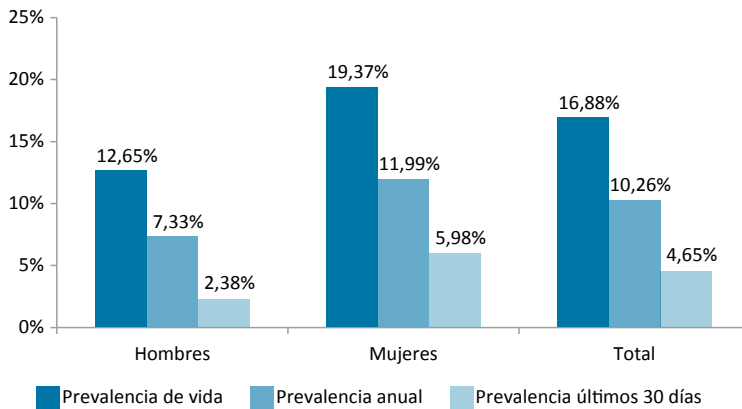


Gráfico 30. Prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia de vida fue de 16,88% (IC 95% = 15,7 - 18,0), para el total de la población estudiada, por género se presenta una prevalencia de 19,37% para mujeres versus 12,65% para hombres, y una razón de 1,5% mujeres por cada hombre.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 24. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

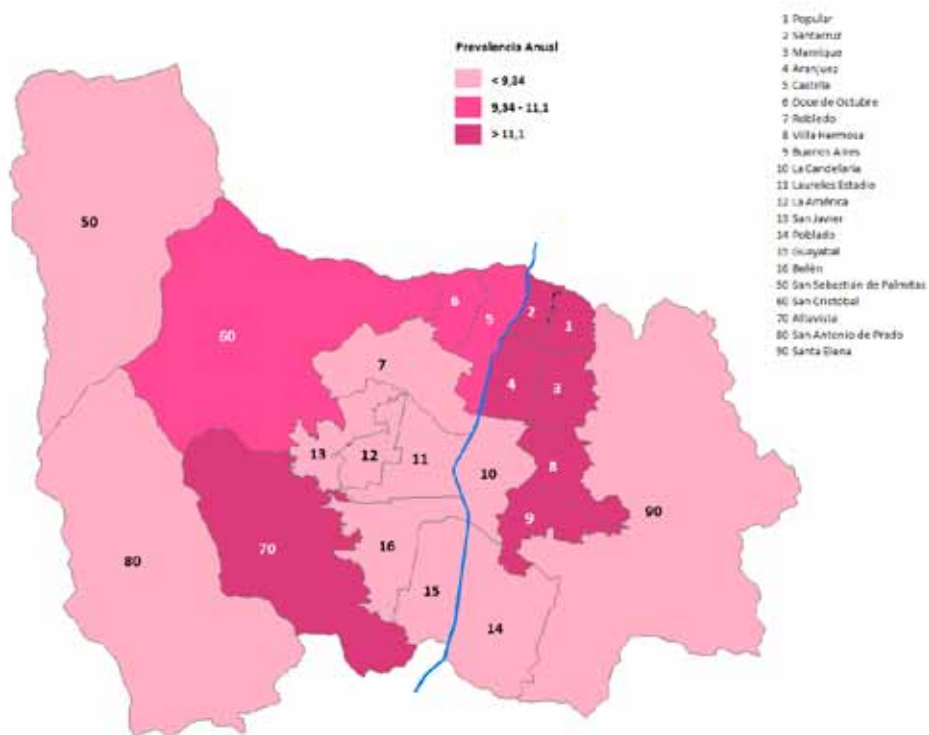
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	11,19%	8,18%	3,20%
19 a 29 años	15,82%	9,42%	4,43%
30 a 44 años	19,72%	13,01%	5,66%
45 a 65 años	17,90%	9,74%	4,69%
Total	16,88%	10,26%	4,65%

En la tabla anterior se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad, de los tres indicadores estudiados (prevalencia de vida, prevalencia anual y en los últimos 30 días) se presenta tendencia positiva en los tres primeros grupos de edad y al llegar al grupo de 45 a 65 años se presenta disminución.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

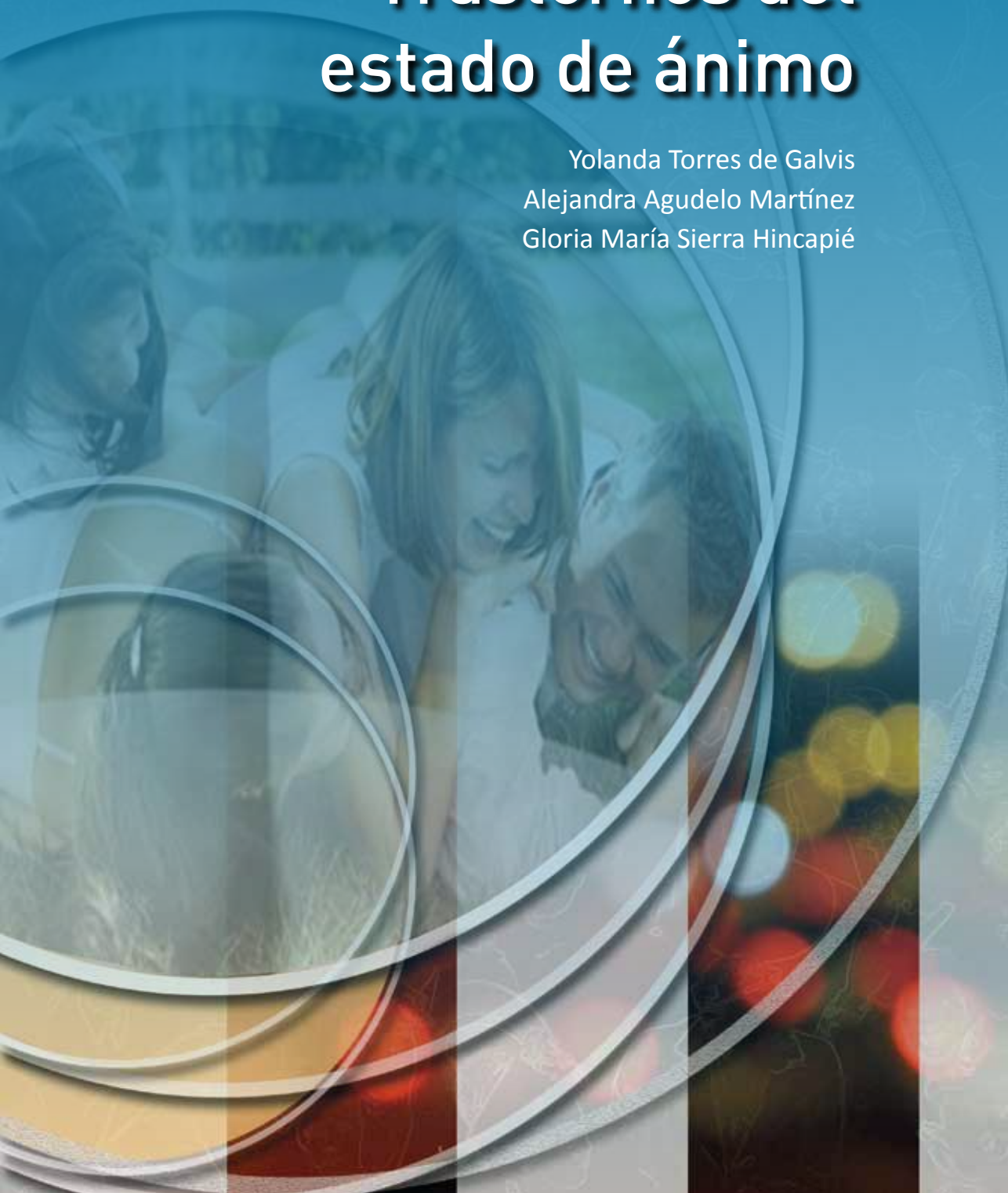
Las comunas con mayor prevalencia anual (>11,1) para cualquier trastorno de ansiedad fueron Popular, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez, Villa Hermosa, Buenos Aires y el corregimiento de Altavista.

Mapa 10. Distribución para cualquier trastorno de ansiedad en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



Trastornos del estado de ánimo

Yolanda Torres de Galvis
Alejandra Agudelo Martínez
Gloria María Sierra Hincapié



6. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

6.1 Antecedentes

6.1.1 Definiciones

Los trastornos de ánimo (TA), son un grupo de padecimientos que se caracterizan por anormalidades en la regulación del afecto o el ánimo. Estos trastornos generalmente se acompañan con alteraciones del funcionamiento cognitivo, del sueño, del apetito, y del equilibrio interno (homeostasis)(87).

Aunque la etiología u origen de estos padecimientos se desconoce en la mayoría de los casos, recientes investigaciones sostienen la idea de que existe una base neurobiológica en los trastornos afectivos independientemente de su etiología. Sin embargo, en lugar de definir una sola causa de anormalidad biológica, los modelos actuales proponen una serie de factores distintos pero interconectados con base en los sistemas neuronales subyaciendo a los rasgos fenomenológicos de estos trastornos. Cada uno de los diferentes sistemas involucrados en los trastornos afectivos puede estar más o menos alterado, lo que resulta en una amplia variabilidad de presentación sintomática y de respuesta a tratamiento.

También se ha descrito el impacto de los TA en los niños y adolescentes con respecto a la morbilidad y mortalidad, algunos informes describen que a los 18 años el 14,3% ha experimentado un TA. En los Estados Unidos los TA fueron diagnosticados como la segunda causa más frecuente en niños con edades entre 10 a 14 años y ocupó el primer lugar en los adolescentes de 15 a 17 años, concluyendo que los TA tienen una alta prevalencia en la infancia y la adolescencia y tienen importantes repercusiones a largo plazo en la vida de quien las sufre (88, 89).

6.1.2 Clasificación del grupo de trastornos del ánimo según el DSM-IV

Los TA se clasifican en trastornos depresivos. Los tres tipos de depresión más comunes son: Trastorno depresivo mayor (TDM), el Trastorno distímico (TD) y el Trastorno bipolar (TB). En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La depresión afecta de manera importante las funciones físicas, mentales, sociales, y se asocia con un mayor riesgo de muerte prematura. Dependiendo de su gravedad, puede dificultar la capacidad del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria, causando un gran deterioro en su funcionamiento habitual y en su calidad de vida. En un reciente examen sobre la situación mundial de la salud mental se ha estimado que la depresión produce la mayor disminución en salud en comparación con otras enfermedades crónicas como angina, artritis, asma y diabetes. Se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en Europa y en el mundo en términos de años de vida ajustados por discapacidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 será la segunda causa de incapacidad en el mundo, tras la patología cardiovascular, adicionalmente una observación casi universal, independientemente del país o la cultura, es que este trastorno tiene una prevalencia dos veces mayor en las mujeres que en los hombres, algunas hipótesis que se han planteado para explicar estas diferencias son los factores hormonales, los efectos del parto, y los diferentes factores de estrés psicosocial para las mujeres respecto a los hombres(90, 91).

Hoy en día se acepta que la depresión infantil es paralela a la del adulto; se propone que es un desorden similar, pero no igual, pues la primera presenta características propias, como alteraciones significativas del comportamiento, que hace aún más difícil su diagnóstico. Si bien esta propuesta es ampliamente difundida y admitida, existen posturas que atribuyen las características de la depresión a etapas del desarrollo(92). Por otra parte, la posibilidad de diagnosticarla en niños, adolescentes

y adultos no significa necesariamente que las manifestaciones en los distintos grupos sean idénticas; para otros autores la depresión tanto adulta como infantil es un trastorno emocional caracterizado por ciertas vivencias subjetivas y ciertas conductas observables. A nivel subjetivo se destacan los sentimientos de tristeza y desgano, discriminantes básicos de los sujetos que padecen depresión; a nivel de comportamiento se aprecian conductas de apatía, trastornos somáticos y cansancio que les impiden a los sujetos el deleite de la vida o en casos más graves el desempeño de tareas habituales más elementales e incluso el deseo de vivir(93).

En este sentido, la mayoría de los investigadores cree que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida(87).

- **Depresión mayor**

El trastorno de depresión mayor (TDM) es un trastorno caracterizado por una agrupación de síntomas afectivos donde predominan el ánimo deprimido y la anhedonia, también pueden estar presentes síntomas de tipo cognitivo y algunos somáticos, por lo que podría considerarse que existe un compromiso general de la psiquis. La clave para diferenciar estas alteraciones afectivas del estado de ánimo basal de un individuo, se da por la persistencia y la severidad de los síntomas depresivos, y la alteración producida por ellos en las esferas social, laboral y personal del funcionamiento del individuo. Para realizar el diagnóstico de Depresión Mayor, según los criterios diagnósticos del DSM IV TR, debe observarse un cambio frente a la actividad previa del paciente y al menos uno de los síntomas presentados debe corresponder al estado de ánimo depresivo, o a la pérdida del interés o de la capacidad para el placer (94, 95).

Casi una sexta parte de la población mundial ha tenido al menos un episodio depresivo mayor en algún momento de su vida, sin distinción de razas, etnias o condiciones económicas, este trastorno es la cuarta causa de enfermedad o discapacidad en todo el mundo,

en las Américas es la primera causa de discapacidad superando ampliamente a la violencia y las enfermedades cardiovasculares(3).

Este trastorno es una enfermedad frecuente, con una prevalencia durante la vida del 15,0% al 18,0% y que lleva a una discapacidad y padecimiento considerables(96), sin embargo, diferentes estudios epidemiológicos muestran tasas variables de prevalencia a lo largo de la vida: desde 16,1% en los Estados Unidos (sin aparentes diferencias entre la población latina y la población caucásica viviendo en dicho país) hasta sólo 4,6% en Puerto Rico. Algunos de estos estudios utilizaron metodologías similares, por lo que las diferencias podrían ser debidas a factores propios de cada población, como los diferentes estresores medioambientales que operan como factores desencadenantes, el grado de estigmatización de las condiciones psiquiátricas que impiden el reconocimiento y aceptación de las mismas y las diferencias en la expresión fenotípica de la condición que, en algunos países como Puerto Rico y China, lleva al enmascaramiento de los síntomas emocionales a costa de los síntomas somáticos asociados. Otros estudios en Brasil, Chile y Colombia muestran además que factores tales como el género femenino, el desempleo, bajos ingresos económicos, ser soltero o separado y un bajo nivel educacional se correlacionan directamente con mayores tasas de prevalencia de TDM. Dichos factores son similares a los observados en el último estudio epidemiológico de los Estados Unidos, por lo que son otros factores, posiblemente aquellos mediados por la cultura, los que dan cuenta de las diferencias observadas en la detección del TDM (97).

Se acepta que la depresión mayor es un trastorno que se desarrolla en la infancia y la adolescencia con perfiles sintomáticos similares a la edad adulta, aunque puedan existir con mayor frecuencia variaciones en la expresión de los síntomas, tipo alteraciones de la conducta, molestias somáticas o hiperactividad, según el momento del desarrollo emocional y cognitivo(98).

En la actualidad, los criterios DSM-IV-TR utilizados en el niño y el adolescente para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor son similares a los del adulto, salvo dos anotaciones. En primer lugar, el

estado de ánimo en niños y adolescentes puede ser irritable como un equivalente al ánimo deprimido, y en segundo lugar, más que valorar pérdida de peso o aumento de peso (propio del adulto), se valorará el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables(99, 100).

La edad de aparición de la depresión está disminuyendo, de tal forma que muchos individuos experimentarán sus primeros episodios de depresión durante la adolescencia. La prevalencia general varía desde 0,4% a 8,3% y es mayor en adolescentes que en niños. Se estima que la prevalencia de depresión mayor es aproximadamente del 0,5% para la edad preescolar, sube al 2,0% en la edad escolar y se incrementa sustancialmente en la edad adolescente, pudiendo llegar incluso hasta un 5,0%. En la pre-adolescencia la depresión mayor afecta a niños y niñas en la misma proporción, con un incremento progresivo con la edad. Al llegar la pubertad el riesgo se incrementa en las niñas, de tal manera que en la adolescencia tardía, las chicas tienen de 2 a 3 veces más posibilidades de estar afectadas que los chicos. La prevalencia puntual del TDM en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5,0 y el 9,0% para las mujeres y entre el 2,0 y el 3,0% para los varones. Las tasas de prevalencia para el TDM parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil (101, 102).

La depresión mayor es además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes. Así, según las estimaciones de la OMS, el suicidio es la cuarta causa de fallecimiento en el tramo de edad de 15-44 años. A nivel mundial, uno de los datos más preocupantes es el aumento del suicidio en edades jóvenes, sobre todo varones(103).

En Colombia en el último Estudio Nacional de Salud Mental fue reportada una prevalencia para la población general a lo largo de la vida del 1,05% para los trastornos del ánimo, 12,1% para los trastornos depresivo mayor, 1,8% para el trastorno depresivo menor y 0,7% para la distimia. En la encuesta multinacional sobre la capacidad de respuesta del sistema de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizada en Colombia, se encontró que el 10,0% de

la población general había presentado un episodio depresivo en el último año (4).

- **Distimia**

La distimia, también llamada trastorno distímico, es un trastorno afectivo crónico de carácter depresivo leve, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los criterios diagnósticos de la depresión(104, 105), se cree que en la etiología de la distimia hay factores de tipo genético-hereditario y que en su desarrollo influyen factores psicosociales como el desarraigo, la falta de estímulos y premios en la infancia, entre otros, este trastorno es uno de los más frecuentes entre los trastornos depresivos, que a su vez tienen una alta prevalencia, pues se considera que puede afectar a entre un 3,0 y un 5,0% de la población apareciendo con el doble de frecuencia en las mujeres (106), sola o asociada a otros trastornos psiquiátricos, sobre todo depresión grave (107, 108).

El deterioro social y el abuso de sustancias como alcohol y otras drogas son frecuentes, en la evolución de la **distimia**. Este trastorno se encuentra asociado con la fibromialgia. El principal síntoma es el estado de ánimo distímico persistente casi todos los días a lo largo de al menos dos años(109).

Se pueden ver dos tipos de trastorno distímico: el esporádico, con un 85,0% de los casos, en el que el paciente tiene más días deprimidos que no, no hay eutimia sostenida de más de dos meses, ni tampoco se dan síntomas depresivos durante dos semanas o más. Son pacientes cuyo estado de ánimo cambia de deprimido a normal de forma esporádica. El otro tipo de distimia menos frecuente es más crónico, con síntomas depresivos todos los días, pero sin llegar a depresión mayor; de los cinco síntomas mínimos que requiere ésta para su diagnóstico, aparecen sólo 4 síntomas. Además, se puede clasificar como primaria y secundaria, en función de qué enfermedad se dé primero. Los pacientes cuyo trastorno distímico secundario se presentan como una complicación de abuso previo de sustancias,

alcoholismo, trastorno de pánico u otros trastornos psiquiátricos, en el caso de la distimia primaria, la enfermedad empieza y continúa como una depresión crónica esporádica(110)

La presencia de comorbilidad con la distimia es alta, de forma que son más frecuentes los pacientes distímicos que presentan otro diagnóstico psiquiátrico, que los que no los tienen, en proporción 3 ó 4 a 1. Alrededor del 50,0% de los distímicos presentan trastorno de personalidad dependiente, por evitación, histriónica, límite o disocial, lo cual es más frecuente entre los que presentan distimias precoces (111). Así mismo los pacientes distímicos sufren a lo largo de su vida por lo menos un episodio de depresión mayor en el 80,0-90% de los casos, y se diagnostica distimia con depresión concurrente, denominada “depresión doble”, en el 35,0% de los pacientes de consulta psiquiátrica, lo que ensombrece el pronóstico de la distimia-depresión respecto a las distimias puras sin depresión mayor. Otros de sus trastornos psiquiátricos comórbidos son: trastornos de ansiedad, fobia social, trastornos adaptativos, trastornos somatoformes, y otros. Así mismo se ha asociado la distimia a una serie de trastornos orgánicos: alteraciones neurológicas tal como accidente cerebrovasclar, esclerosis múltiples SIDA, síndrome premenstrual, hipotiroidismo, fibromialgia de fatiga cronica, entre otros. (112, 113).

- **Trastorno bipolar I y II**

Otro de los graves problemas de salud pública a los que se ha enfrentado la humanidad en este siglo XXI es el trastorno bipolar (TB), según los estudios de la OMS sobre la morbilidad mundial, esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos. Es una entidad que, a pesar de poseer características clínicas y evolutivas propias que la diferencian de la depresión unipolar, solo es diagnosticada cuando el primer episodio maniaco hace eclosión(114).

El concepto de TB en la actualidad incluye una gran variedad de cuadros clínicos con una prevalencia similar en los distintos grupos étnicos, variando desde el 0,5 al 7,5% de la población según los distintos

estudios publicados. Sin embargo, la mayoría de los expertos en este trastorno coinciden en afirmar que los datos actuales probablemente subestiman la prevalencia real de la enfermedad.

El trastorno bipolar se define por la aparición de episodios reiterados, al menos dos, en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados. Esta alteración puede ser de dos tipos: exaltación del estado de ánimo y aumento de la vitalidad y del nivel de actividad que correspondería con las fases maníacas o hipomaníacas del trastorno o bien una disminución del estado de ánimo y descenso de la vitalidad y de la actividad que correspondería a las fases depresivas (115, 116)

Este trastorno afecta por igual a hombres y mujeres, y aparece entre los 15 y 25 años, la causa exacta se desconoce, pero se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que padecen dicho trastorno, existen diversos tipos de TB, el **TB I**, que se da en individuos que han experimentado uno o más episodios maníacos con o sin episodios de depresión mayor. Para el diagnóstico de esta modalidad de acuerdo con el DSM-IV-TR son necesarios uno o más episodios maníacos o mixtos. No es necesario que exista un episodio depresivo como requisito para el diagnóstico, aunque frecuentemente aparezca.

El **TB II**, se caracteriza por episodios de hipomanía, así como al menos un episodio de depresión mayor. Los episodios hipomaníacos no llegan a los extremos de la manía (es decir, que no provocan alteraciones sociales u ocupacionales y carecen de rasgos psicóticos) con un historial con al menos un episodio de depresión mayor. El TB II es mucho más difícil de diagnosticar, puesto que los episodios de manía pueden aparecer simplemente como un periodo de éxito con alta productividad y suelen presentar menos frecuencia que cuando se sufre una depresión. Puede darse psicosis en episodios de depresión mayor y en manía, pero no en hipomanía. Para ambos trastornos existe un cierto número de especificadores que indican la presentación y el curso del trastorno, entre otros el de “crónico”, “ciclado rápido”, “catatónico” y “melancólico”. El TB II, que se da más frecuentemente, se caracteriza normalmente por al menos un episodio de hipomanía

y al menos otro de depresión y la ciclotimia que implica la presencia o historial de episodios hipomaníacos con periodos de depresión que no cumplen los criterios de depresión mayor(117, 118).

El diagnóstico de trastorno ciclotímico requiere la presencia de numerosos episodios de hipomanía, intercalados con episodios depresivos que no cumplen completamente los criterios para que existan episodios de depresión mayor. La idea principal es que existe un ciclado de grado bajo del estado de ánimo que aparece ante el observador como un rasgo de la personalidad, pero que interfiere con su función(119).

Hay variaciones de este trastorno. Los estados de ánimo cambian rápidamente (en un año se pueden manifestar entre 4 o más cambios de ánimo) como también pueden cambiar lentamente. Una vez estabilizado el paciente se reencuentra con su vida social, laboral, e incluso afectiva, evitando escaparse de sí mismo y de su entorno, para así estar en convivencia con su pareja, amigos y familiares.

En términos psiquiátricos, esto se llama ciclos rápidos o acelerados y ciclos lentos, respectivamente. Los ciclos ultrarápidos, en donde el ánimo cambia varias veces a la semana (o incluso en un día), suelen ocurrir en casos aislados, pero es ciertamente una variable real del trastorno. Estos patrones de cambios de ánimo se asocian con ansiedad y alto riesgo de suicidio. Algunos estudios han sugerido una relación correlativa entre la creatividad y el trastorno bipolar. Con todo, la relación entre ambas todavía permanece incierta.

6.2 RESULTADOS

6.2.1 Trastorno de depresión mayor

- Comportamiento según sexo

Tabla 25. Indicadores de prevalencia para trastorno depresión mayor por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,63%	1,61%	1,25%	2,6
	(0,2 - 1,0)	(1,1 - 2,1)	(0,9 - 1,6)	
Prevalencia últimos 12 meses	1,62%	5,56%	4,10%	3,4
	(1,0 - 2,2)	(4,7 - 6,4)	(3,5 - 4,7)	
Prevalencia de vida	5,69%	12,46%	9,95%	2,2
	(4,5 - 6,8)	(11,2 - 13,7)	(9,0 - 10,9)	

Uno de los indicadores de prevalencia utilizados en el presente estudio, es la prevalencia actual (o prevalencia de punto), en la cual se hace el diagnóstico de la presencia del trastorno durante los últimos 30 días. Al analizar los resultados por género se encontró una prevalencia de 0,63% y 1,61% para hombres y mujeres respectivamente, con una razón de 2,6 mujeres por cada hombre.

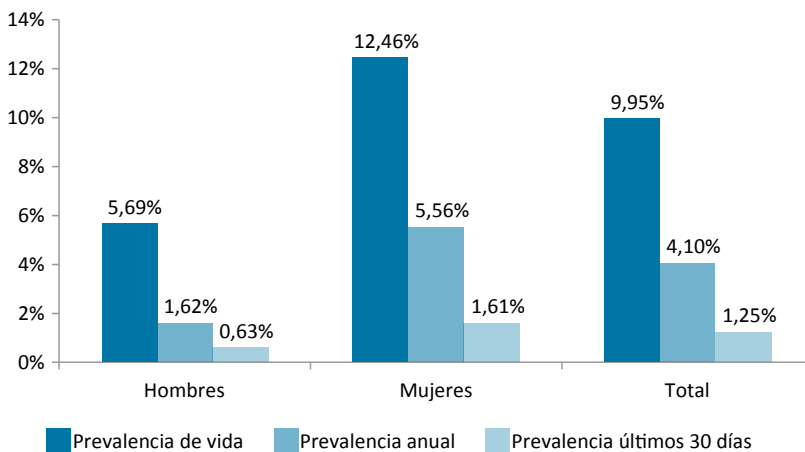


Gráfico 31. Prevalencia para trastorno depresión mayor por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

El comportamiento de la prevalencia anual presentó 4,10% para el total y 1,62% para el sexo masculino versus 5,56% para el femenino con una razón de 3,4 mujeres por cada hombre.

La prevalencia de vida fue de 9,95% para el total de la población estudiada con IC de 95% entre 9,0% y 10,9%, lo cual demuestra una alta precisión en la estimación del indicador y una razón de 2,2 mujeres por cada hombre.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 26. Indicadores de prevalencia para trastorno depresión mayor por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	4,30%	2,65%	0,54%
19 a 29 años	10,27%	4,43%	1,31%
30 a 44 años	11,42%	4,80%	1,73%
45 a 65 años	11,10%	4,06%	1,15%
Total	9,95%	4,10%	1,25%

En la tabla anterior se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad, de los tres indicadores estudiados (prevalencia de vida, prevalencia anual y en los últimos 30 días) se presenta tendencia positiva en los tres primeros grupos de edad y al llegar al grupo de 45 a 65 años se presenta disminución.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

Con relación al lugar de residencia la prevalencia anual más alta, mayor de 4,7%, se encontró para las comunas Popular, Santa Cruz, Aranjuez, Castilla y Buenos Aires las cuales presentaron la población de más alto riesgo para este trastorno; de los corregimientos solo el de Altavista se clasificó en este grupo.

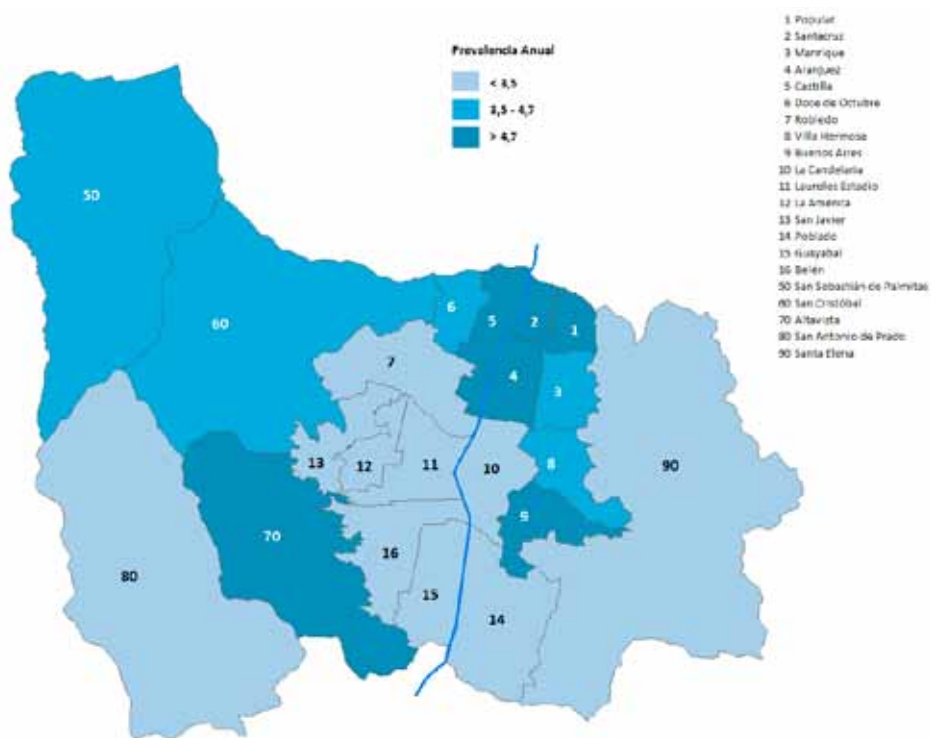
Como lugares con riesgo intermedio con una prevalencia entre 3,5% y 4,4%, se encontraron las comunas de Manrique, Castilla y Villa

Hermosa y los corregimientos de San Sebastián de Palmitas y San Cristóbal.

Se clasificaron como de bajo riesgo (por debajo de 3,5%) los residentes del resto de comunas y corregimientos y ninguno de los lugares estudiados dejó de presentar casos para este trastorno.

Mapa 11. Distribución para trastorno depresión mayor en el último año según lugar de residencia

Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



6.2.2 Trastorno distimia

- **Comportamiento según sexo**

Al analizar los resultados por género se encontró una prevalencia para los últimos 30 días de 0,07% y 0,44% para hombres y mujeres respectivamente, con una razón de 5,8 mujeres por cada hombre.

Tabla 27. Indicadores de prevalencia para trastorno distímico por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,07% (0,01 - 0,2)	0,44% (0,2 - 0,7)	0,30% (0,1 - 0,5)	5,8
Prevalencia últimos 12 meses	0,20% (0,01 - 0,4)	0,69% (0,4 - 1,0)	0,51% (0,3 - 0,7)	3,4
Prevalencia de vida	0,60% (0,2 - 1,0)	0,90% (0,5 - 1,3)	0,79% (0,5 - 1,1)	1,5

La prevalencia anual presentó 0,51% para el total con 0,20% para el sexo masculino versus 0,69% para el femenino y una razón de 3,4 mujeres por cada hombre.

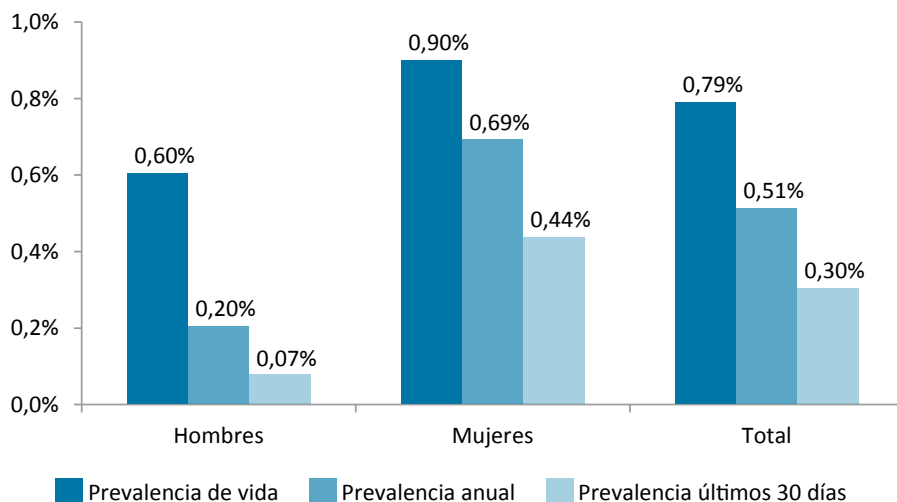


Gráfico 32. Prevalencia para trastorno distímico por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia de vida fue de 0,79% para el total de la población estudiada con IC de 95% entre 0,5% y 1,1%, lo cual nuevamente demuestra una alta precisión en la estimación del indicador.

- **Comportamiento según edad**

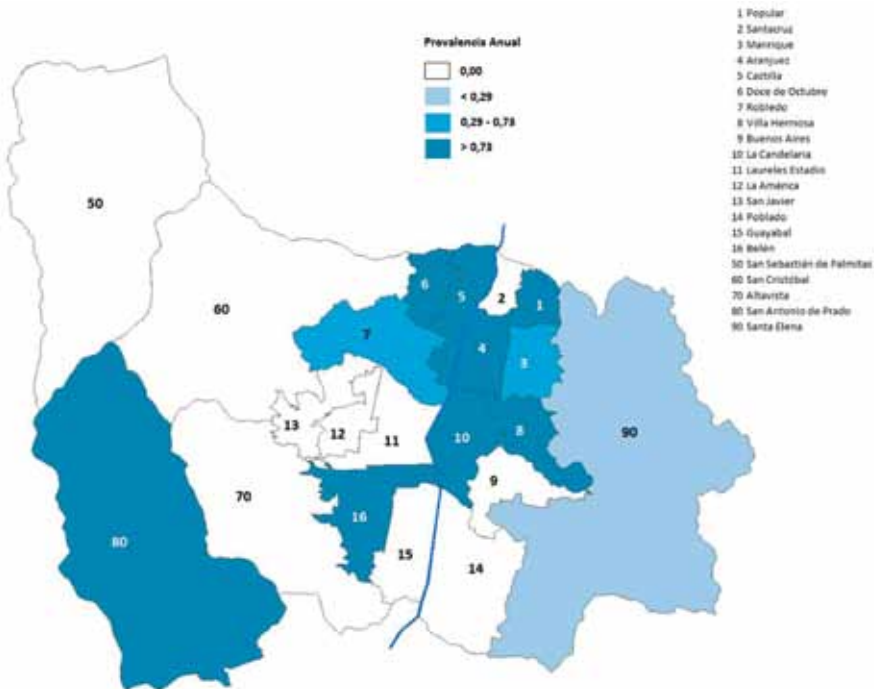
Tabla 28. Indicadores de prevalencia para trastorno distimia por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	0,35%	0,35%	0,18%
19 a 29 años	0,79%	0,40%	0,27%
30 a 44 años	1,01%	1,01%	0,60%
45 a 65 años	0,83%	0,30%	0,15%
Total	0,79%	0,51%	0,30%

Para los tres indicadores estudiados (prevalencia de vida, prevalencia anual y de los últimos 30 días) en los cuatro grupos de edad, se presenta tendencia positiva en los tres primeros grupos y al llegar al de 45 a 65 años, se presenta disminución, lo cual es concordante con el comportamiento del trastorno de depresión mayor.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

Mapa 12. Distribución para trastorno distimia en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



La población con más alto riesgo por lugar de residencia, con prevalencia anual mayor de 0,79%, se encontró para las comunas Popular, Santa Cruz, Aranjuez, Castilla, Doce de Octubre, La Candelaria y Belén ubicándolas como la población de más alto riesgo para este trastorno; de los corregimientos solo el de San Antonio de Prado se clasificó en este grupo.

Como comunas con riesgo intermedio se encontraron las de Manrique y Robledo. Para este trastorno la población con residencia en las demás comunas y corregimientos no presentó casos.

6.2.3 Trastorno bipolar I, II

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 29. Indicadores de prevalencia para trastorno bipolar I, II por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,09% (0,01 - 0,2)	0,32% (0,1 - 0,5)	0,24% (0,1 - 0,4)	3,5
Prevalencia últimos 12 meses	0,87% (0,4 - 1,3)	0,70% (0,4 - 1,0)	0,76% (0,5 - 1,0)	0,8
Prevalencia de vida	1,78% (1,1 - 2,4)	1,24% (0,8 - 1,7)	1,44% (1,1 - 1,8)	0,7

Entre los indicadores de prevalencia utilizados en el presente estudio, la prevalencia actual (o prevalencia de punto) hace el diagnóstico de la presencia del trastorno durante los últimos 30 días. Al analizar los resultados por género para el trastorno bipolar I, II, se encontró una prevalencia de 0,09% y 0,32% para hombres y mujeres respectivamente, con una razón de 3,5 mujeres por cada hombre.

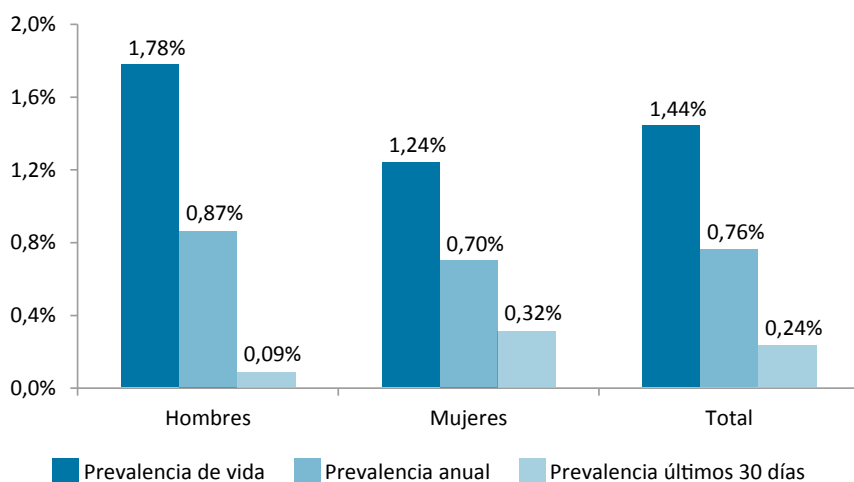


Gráfico 33. Prevalencia para trastorno bipolar I, II por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

El comportamiento de la prevalencia anual presentó 0,76% para el total de la población y 0,87% para el sexo masculino versus 0,70% para el femenino con una razón de 0,8 mujeres por cada hombre.

El comportamiento de la prevalencia de vida para el total fue de 2,44% con IC de 95% entre 1,1% y 1,8%, también más alta para el sexo masculino con una razón de 0,7 mujeres por cada hombre.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 30. Indicadores de prevalencia para trastorno bipolar I, II por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

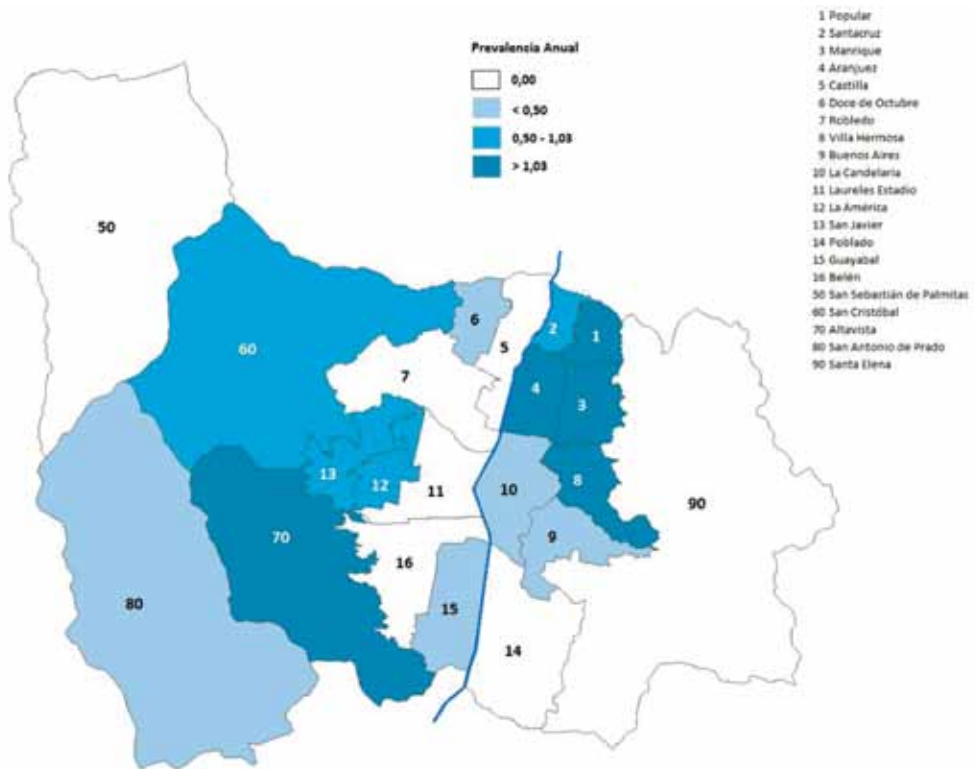
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	1,27%	0,93%	0,38%
19 a 29 años	2,94%	1,48%	0,25%
30 a 44 años	1,06%	0,57%	0,09%
45 a 65 años	0,90%	0,40%	0,29%
Total	1,44%	0,76%	0,24%

En los tres indicadores estudiados para los cuatro grupos de edad, no se presenta una clara tendencia con relación a los grupos de edad, para

la prevalencia de vida y anual el grupo de 19 a 29 años presentan la más alta proporción y para la proporción de prevalencia actual o sea la presentada en los últimos 30 días los grupos con más alta frecuencia son los dos primeros.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

Mapa 13. Distribución para trastorno bipolar I y II en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



Los trastornos bipolares I y II con la población de más alto riesgo según lugar de residencia, presentaron la prevalencia anual más alta, (mayor de 1,03%), para los residentes de las comunas Popular, Manrique, Aranjuez, Castilla, y Villa hermosa; de los corregimientos sólo el de Altavista se clasificó en este grupo.

Como lugares con riesgo intermedio con prevalencia anual entre 0,50% y 1,03% se encontraron las comunas de Santa Cruz, La América y San Javier y el corregimiento de San Cristóbal.

Bajo riesgo con prevalencia anual menor de 0,50%, para los residentes de las comunas de Doce de Octubre, Buenos Aires, la Candelaria y Guayabal y el Corregimiento de San Antonio de Prado. Las demás comunas y corregimientos no presentaron casos.

6.2.4 Cualquier trastorno del estado de ánimo

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 31. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,72% (0,3 - 1,1)	1,98% (1,4 - 2,5)	1,51% (1,1 - 1,9)	2,7
Prevalencia últimos 12 meses	2,51% (1,7 - 3,3)	6,30% (5,4 - 7,2)	4,90% (4,2 - 5,6)	2,5
Prevalencia de vida	7,49% (6,2 - 8,8)	13,71% (12,4 - 15,0)	11,41% (10,4 - 12,4)	1,8

El comportamiento de la prevalencia de vida para los trastornos del ánimo como grupo es de 11,41% con IC de 95% entre (10,4 y 12,4). Su distribución según sexo es 7,49% para el masculino versus 13,7% para el femenino y la razón por sexo es de 1,8.

Para el total de la población la prevalencia en los últimos 12 meses fue de 4,9% con IC de 95% entre (4,2 y 5,6), menor que la encontrada para Colombia en el Estudio de 2003 con iguales criterios diagnósticos(4).

La prevalencia actual (últimos 30 días) se presentó para el total de la población con 1,51%, con un IC de 95% entre (1,1 y 1,9), para el sexo femenino fue de 1,98% y para el masculino 0,72% respectivamente. La razón fue de 2,7 mujeres por cada hombre.

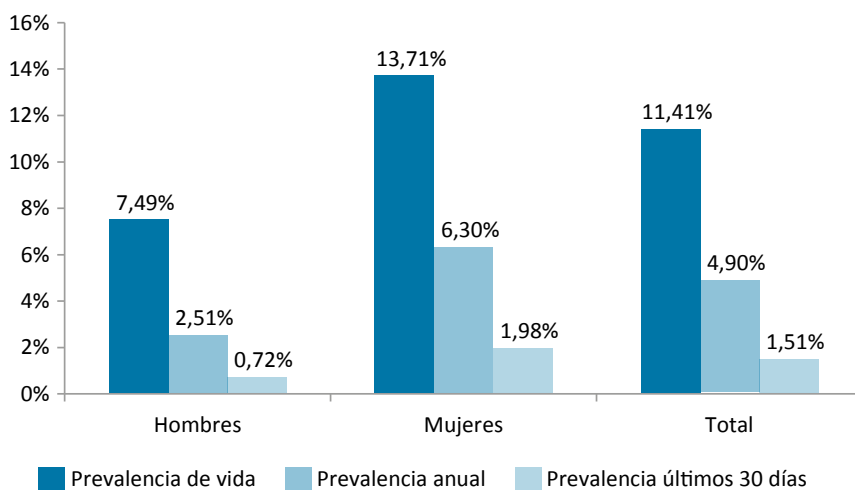


Gráfico 34. Prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

- **Comportamiento según edad**

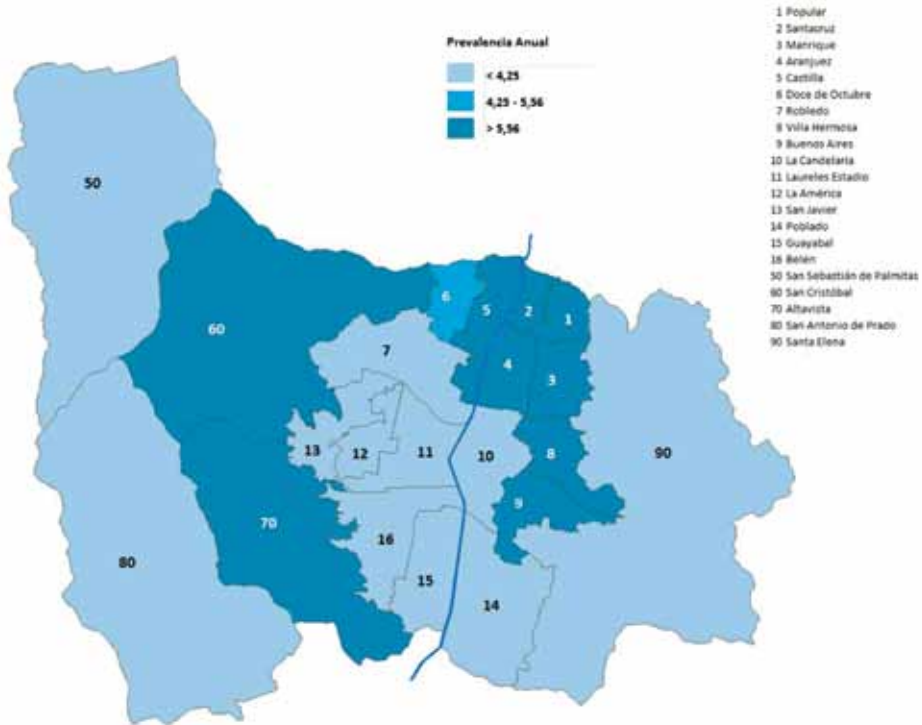
La prevalencia de vida más alta, según edad se presentó para el grupo de 19 a 29 años con 13,25%, igual comportamiento se dio en el indicador de prevalencia anual con 6,04% y para la prevalencia de los últimos 30 días el grupo de más alto riesgo fue el de 30 a 44 años con 1,82%.

Tabla 32. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	5,61%	3,67%	0,92%
19 a 29 años	13,20%	6,04%	1,68%
30 a 44 años	12,49%	5,37%	1,82%
45 a 65 años	12,02%	4,47%	1,44%
Total	11,41%	4,90%	1,51%

- **Comportamiento según lugar de residencia**

Mapa 14. Distribución para cualquier trastorno del estado de ánimo en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



El grupo de mayor riesgo según lugar de residencia con prevalencia mayor de 5,56% para cualquier trastorno del ánimo, se encontró para los residentes de las comunas Popular, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez, Castilla, Villa Hermosa y Buenos Aires y los corregimientos de San Cristóbal y Altavista.

En riesgo intermedio para este grupo solo se presentó en la comuna del Doce de Octubre. Los demás corregimientos y comunas presentaron bajo riesgo menor de 4,25%.

Trastornos del inicio de la infancia, niñez y adolescencia

José Bareño Silva

Juan Fernando Muñoz Ramírez*

Gloria María Sierra Hincapié

* MD Psiquiatra Infantil

7. TRASTORNOS DEL INICIO DE LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

7.1 Antecedentes

La infancia es una etapa crítica del desarrollo humano en la cual se siembran las semillas de la salud mental y el bienestar del futuro. Los trastornos emocionales y del comportamiento que se inician en la infancia o adolescencia, además del sufrimiento que generan en el menor y su familia, conllevan consecuencias personales que se extienden hasta la edad adulta, así como repercusiones sociales por los costos económicos y de vida productiva. Estos trastornos disminuyen los logros académicos y posibilidades laborales, alteran las relaciones afectivas y la elección de parejas, aumentan el riesgo de los embarazos no deseados y el funcionamiento general en la adultez (120).

7.1.1 Definiciones

Algunas de las alteraciones que se presentan en esta etapa del desarrollo (aunque no necesariamente se diagnostiquen durante la infancia o adolescencia) son los trastornos de conductas disruptivas. Este término agrupa tres condiciones que se manifiestan con síntomas de la atención y concentración, conductas de hiperactividad, impulsividad, hostilidad, negativismo o comportamientos antisociales(121,122). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) se pueden distinguir tres trastornos (54,123):

- Trastorno oposicionista y desafiante
- Trastorno de conducta
- Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad

La importancia de estos trastornos en cuanto a su prevención, detección por los servicios de salud, y su tratamiento, es crucial para los gobiernos y la sociedad. Estas alteraciones son los principales factores de riesgo para la desescolarización temprana, los bajos logros escolares en niños y

adolescentes con inteligencia normal, farmacodependencia, conductas antisociales y criminales, agresión y violencia(124).

7.1.2 Clasificación del grupo de trastornos de inicio en la infancia y adolescencia

- **Trastorno oposicionista y desafiante**

Es normal a lo largo del desarrollo que niños y adolescentes manifiesten conductas de oposición a las normas, tozudez, irritabilidad, pataletas, culpar a otros por lo que hacen, discutir y contradecir a los adultos y a las figuras de autoridad, molestar a otros para irritarlos, manifestar rabia o resentimiento. Pero dichas conductas generalmente son temporales, no persisten de manera constante por meses o años, son más frecuentes alrededor de los 4 años y en la adolescencia y no generan gran disfuncionalidad en la adaptación a las rutinas de la vida diaria o del colegio o en las relaciones con las personas. También pueden darse transitoriamente en épocas en las que hay eventos estresantes de índole familiar, escolar o social.

El trastorno oposicionista y desafiante (TOD) se caracteriza por un patrón recurrente de negativismo y conductas hostiles, y desafiante con otros niños y adolescentes y con los adultos. Es más evidente su conducta en el hogar (con los padres, hermanos, familiares y cuidadores) y con las personas conocidas como compañeros de colegio, y profesores. Son niños y adolescentes que se enojan o pierden el control con facilidad, discuten frecuentemente con los adultos con respecto a las normas y los mandatos o son renuentes a cumplirlos. Tienden a ser tozudos o inflexibles y les da dificultad negociar o ponerse de acuerdo con los iguales o asumir compromisos y colaborar cuando se les solicita. Hay en ellos baja tolerancia a la frustración, y se molestan con facilidad por lo que hacen o dicen los otros. Se muestran rabiosos o resentidos con frecuencia cuando los otros no acceden a sus demandas. Estos comportamientos deben presentarse por un periodo mayor a seis meses y cuando se presentan en un adolescente su intensidad es mayor que la conducta oposicionista típica de dicha época. Este trastorno interfiere casi siempre en sus

relaciones interpersonales, la vida familiar y la adaptación al ambiente escolar(125-127)

El TOD se ha constituido en los últimos siete años en uno de los trastornos más importantes en la psicopatología del desarrollo ya que en sus manifestaciones y evolución a lo largo del tiempo hay síntomas emocionales y del comportamiento que predicen la probabilidad de que ese individuo tenga otros trastornos asociados al TOD en el futuro, a los 8 años de edad y hasta 20 años después. Los trastornos asociados pueden ser depresión, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, y trastorno de conducta. Esto se ha demostrado con la evaluación del temperamento en niños con TOD a los 36 meses de edad, tomando en cuenta la actividad motora, la manifestación de las emociones negativas y la sociabilidad (128,129)

Los síntomas del TOD suelen aparecer antes de los ocho años y hasta los primeros años de la adolescencia. Presentan poca variabilidad a lo largo del desarrollo y pueden persistir desde la etapa pre-escolar, durante la adolescencia y aún en la adultez aunque hay pocos estudios en adultos y son en adultos que han tenido TDAH desde la infancia y comorbilidad con TOD. Antes de la pubertad es más común en niños que en niñas. Se han publicado tasas de TOD situadas entre el 2,0 y el 16,0%, es decir, afecta de 2 a 16 niños de cada 100 y es más frecuente entre los menores de familias de estrato socio-económico bajo(130,131).

El TOD constituye un antecedente evolutivo del trastorno de conducta, en el cual hay comportamientos disruptivos más severos. Un 33,0% de niños y adolescentes con TOD llegarán a presentar TC. Alrededor de 64,0% de niños y adolescentes con TDAH tendrán TOD. (132,133)

- **Trastorno de conducta**

El término “trastorno de conducta” (TC) se utiliza para describir un trastorno específico del comportamiento manifestado por conductas que implican la violación de los derechos de otras personas y el incumplimiento con normas básicas de convivencia. Es de anotar que a veces se refieren a trastorno disocial pero es un término que

no describe muy bien el cuadro por lo cual se está utilizando el de trastorno de conducta.

Para el diagnóstico deben cumplirse por lo menos tres o más de las manifestaciones que se tienen en cuenta y estarse presentando por lo menos durante doce meses. Es decir, no son conductas aisladas sino que corresponden a un patrón repetitivo que ocasiona problemas persistentes en la convivencia familiar, en el ambiente escolar y en las relaciones interpersonales. Un porcentaje de individuos a lo largo del desarrollo o en la adultez pueden presentar alguna conducta de este tipo pero es la frecuencia, la persistencia y la confluencia de las mismas lo que da lugar a una disfuncionalidad. Las repercusiones negativas en la vida del individuo y su entorno son múltiples así como los riesgos de otros trastornos asociados como dependencia de sustancias y del alcohol, marginalidad, pobre adaptación laboral, violencia intrafamiliar, y criminalidad.

Ejemplos de estas conductas incluyen iniciar peleas físicas, intimidación y maltrato a otras personas en el colegio, el hogar o el trabajo, mentiras frecuentes para obtener favores o privilegios o evitar obligaciones, evadirse de la casa de los padres, o del colegio, robar objetos de valor, violentar a los animales, daños a propósito a las pertenencias o bienes ajenos, ser físicamente cruel o rudo con otras personas, prender fuego a objetos o hacer daños materiales quemando objetos, abuso sexual, entre otros(134).

El rango de edades en que puede iniciar el TC es entre los 6 y los 15 años. Se diferencia el TC según el momento de inicio: TC de inicio en la infancia cuando por lo menos uno de los síntomas se ha presentado antes de los 10 años, y TC de inicio en la adolescencia cuando no se ha presentado ningún síntoma de forma persistente antes de los 10 años. Alrededor del 90,0% o más pueden ser casos de inicio temprano y esto tiene utilidad en cuanto al pronóstico ya que es más severo aquellos que han iniciado antes de los 10 años, tienden a presentar conductas de agresión más frecuentes y severas(Figura No.2). También es más frecuente el inicio temprano en los personas de sexo masculino(135).

Los individuos con TC suelen tener dificultades con el juicio moral en cuanto a la culpa o el remordimiento por las consecuencias de sus actos y el daño infligido a otros manifestando menos empatía o preocupación por las necesidades o el bienestar de las otras personas. Hay en ellos una tendencia a malinterpretar las intenciones de los otros como amenazantes u hostiles reaccionando de manera impulsiva. Tienen un riesgo muy alto comparados con quienes no tienen dicho trastorno en iniciar el consumo de sustancias (cigarrillo, alcohol y drogas) a épocas más tempranas, conducta sexual activa, embarazos tempranos en las adolescentes afectadas. También con mayor frecuencia involucrarse en conductas de alto riesgo con daño físico por accidentes o peleas y violencia hacia o por sus parejas. Los individuos con TC tienen un alto riesgo de presentar depresión, ideación suicida, intentos de suicidio, trastornos del aprendizaje, deserción escolar, despidos laborales, enfermedades de transmisión sexual, además de conductas delictivas, dependencia de alcohol y otras sustancias. Un 60,0% de individuos con TC tienen abuso o dependencia de sustancias (136,137). Hay un alto riesgo de trastorno de personalidad antisocial en la adultez en aquellos individuos que presentan TC desde la infancia(138).

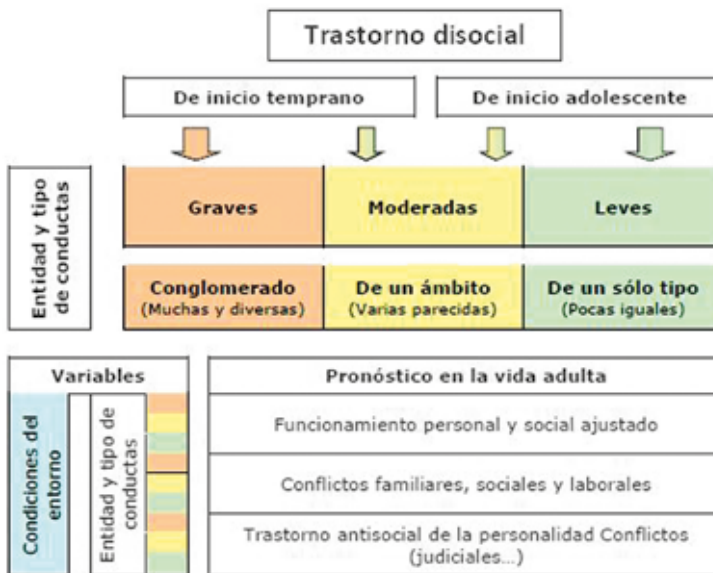


Figura 2. Inicio del trastorno de conducta

Las cifras de prevalencia de TC en niños de 5 a 10 años fluctúan entre un 4,8% y 7,4% para sexo masculino y 2,1% a 3,2% para las niñas. En los adolescentes las cifras de prevalencia oscilan entre un 1,5% y un 3,4%. La prevalencia es mayor en las zonas urbanas y en las clases sociales menos favorecidas aunque ocurre en todos los estratos socioeconómicos(139). La prevalencia ha aumentando en las últimas décadas de forma alarmante por diversas causas entre las cuales están las actividades de narcotráfico y crimen organizado, y las diversas manifestaciones de violencia urbana y rural. El TC es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria reflejándose esta problemática hasta en un tercio de las consultas atendidas. De la población referida a la consulta de psiquiatría los TC forman entre el 40,0 y el 60,0% de las derivaciones. Aunque los síntomas son muy similares en los dos sexos, en el sexo masculino aparecen conductas más persistentes y severas. Existen también diferencias en la edad de presentación según el sexo, con un comienzo más temprano en los niños (la edad media de derivación en una unidad de salud mental infantil para los niños es de 8 a 10 años, y para las niñas con TC, entre 13 y 15 años)(140).

- **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta con alteraciones de la atención, hiperactividad motora (o el control voluntario de la actividad motora) e impulsividad. Se manifiesta generalmente desde los cinco años de edad y hasta un 60,0% de individuos afectados sigue presentando el trastorno aún siendo adultos(141). Este no es un trastorno o enfermedad reciente o de esta época. Siempre a lo largo de la historia se ha presentado pero solo a principios del siglo 20 empezaron a describirse sus manifestaciones en niños y adolescentes y entre 1960 y 1980 se especificaron en otros estudios diversas características del comportamiento y el desempeño cognitivo en ellos con estudios de seguimiento por más de 20 años. Todo este esfuerzo científico dio lugar a que en 1980 se establecieran los primeros criterios diagnósticos(142).

Según diversos estudios, en un salón de clases promedio de 30 estudiantes, por lo menos uno padecerá TDAH; es normal que muchos niños tengan altos niveles de actividad y les cueste prestar atención durante períodos prolongados, pero quienes padecen TDAH, presentan una hiperactividad y falta de atención excesivas que interfieren con el desempeño cotidiano y la adaptación adecuada a las diferentes actividades de la vida cotidiana. Algunos niños que sufren TDAH sólo tienen síntomas de atención; otros sólo tienen síntomas de hiperactividad e impulsividad; otros niños tienen ambos tipos de síntomas. Se estima que entre el 3,0 y el 7,0 % de los niños en edad escolar padecen TDAH. Casi el 75,0% de los niños afectados por el mismo llegarán a la adolescencia manteniendo los síntomas de falta de atención y concentración, con o sin hiperactividad. Un 4,0% de los adultos presenta este trastorno. La principal causa del TDAH son los genes heredados de los padres. Un 66,0% de los niños que padecen TDAH tienen un familiar de primera línea que también padece la enfermedad (143).

La sintomatología del TDAH se centra en tres grandes áreas: alteraciones de la atención y la concentración, hiperactividad motora e impulsividad (Tabla 33). Los síntomas deben manifestarse por lo menos en dos ambientes diferentes como el colegio, el hogar o en otras actividades fuera de casa. En función del predominio de una u otra sintomatología, la Academia Americana de Psiquiatría, el DSM IV, distingue tres formas distintas de presentarse el TDAH: con predominio del déficit de atención, con predominio de la hiperactividad-impulsividad, o de forma combinada. Este último es el más frecuente. Los síntomas del trastorno deben haber iniciado antes de los siete años de edad, y no deben ser ocasionados por otro trastorno psiquiátrico como los trastornos generalizados del desarrollo o trastornos del espectro del autismo. La prevalencia a lo largo de la vida en los individuos con TDAH aumenta para muchos otros trastornos. Un 60,0% de TOD, hasta el 30,0% tendrán algún trastorno del aprendizaje, un 35,0% depresión, un 17,0% TC y 25,0% tendrán algún trastorno de ansiedad. El trastorno afectivo bipolar tiene prevalencias de 15,0% en promedio en los individuos con TDAH. Hay

en ellos alteraciones en la regulación de las emociones especialmente en el manejo de la frustración, mayor riesgo de accidentes sobre todo en los que presentan componente de hiperactividad e impulsividad.

Tabla 33. Sintomatología básica en el trastorno por déficit de atención

1. Para la inatención, deberían cumplirse por lo menos seis de los siguientes criterios:

- Falta de atención a los detalles o errores múltiples
- Falta de atención en actividades lúdicas
- Sensación de que no escucha
- Falta de seguimiento de las instrucciones o incapacidad para finalizar las tareas
- Dificultades en la organización
- Evitación o disgusto ante actividades que requieran una atención sostenida
- Extravío de objetos necesarios
- Distracción ante estímulos irrelevantes
- Descuido en las actividades diarias

2. Para la hiperactividad e impulsividad, se requiere la presencia de por lo menos seis de los siguientes síntomas:

- Movimiento excesivo
- Abandono del asiento en la clase
- Sentimiento de inquietud
- Dificultades para el juego o las actividades de ocio
- Permanente estado de "marcha"
- Hablar en exceso
- Respuestas precipitadas antes de escuchar toda la pregunta
- Dificultades para guardar turno
- Interrupciones o intromisión en las actividades de otros

DSM-IV. Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría, 4ª edición.

En adolescentes y adultos la hiperactividad suele ser menos evidente predomina una sensación interna de inquietud, trata de hacer varias cosas a la vez y rebota de una actividad a la siguiente. La adolescencia en pacientes con TDAH no tratado, es una etapa de mayor conflicto con los adultos y de conductas de riesgo (abuso de tóxicos y actividad sexual precoz), suele aminorarse la hiperactividad, y persisten la impulsividad y la inatención. Son frecuentes las sanciones y expulsiones escolares, abandono de los estudios, embarazos no deseados, enfermedades de

transmisión sexual y accidentes vehiculares. Un 75,0% de los niños diagnosticados con TDAH continuarán teniendo este diagnóstico en la adolescencia(144).

El diagnóstico y tratamiento pueden ser realizados desde los 5 años de edad en adelante y un manejo estructurado con las opciones disponibles farmacológicas y de terapia del comportamiento entrenando a los padres de familia y cuidadores cuando son niños y adolescentes. En el caso de los adultos con TDAH se realiza el tratamiento farmacológico y con terapia cognitiva y conductual. Es bastante frecuente el diagnóstico muy tardío en el caso de las niñas afectadas con el sub-tipo en el que predomina solo el déficit de atención con consecuencias muy negativas en el desarrollo académico. Las consecuencias en el desarrollo afectivo, escolar, laboral, en el funcionamiento familiar y de pareja pueden disminuir enormemente la calidad de vida de los individuos con TDAH(124).

7.2 Resultados

7.2.1 Trastorno negativista desafiante

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 34. Indicadores de prevalencia para el trastorno oposicionista y desafiante por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 12 meses	2,37% (1,3 - 3,5)	1,76% (1,1 - 2,4)	1,97% (1,4 - 2,6)	0,7
Prevalencia de vida	7,89% (5,9 - 9,9)	4,99% (3,9 - 6,1)	5,97% (5,0 - 7,0)	0,6

Los resultados muestran un 1,97% de prevalencia en el último año, y 5,97% en la vida, la tendencia por sexo se da más en el masculino en ambos periodos analizados presentándose para el último año 10 hombres por cada 7 mujeres.

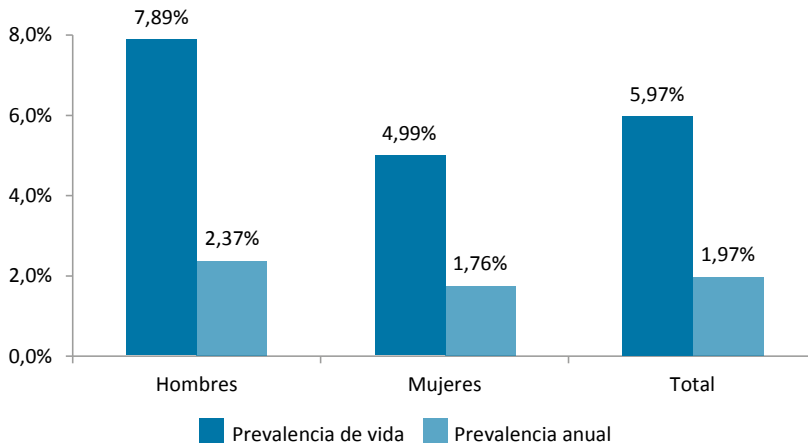


Gráfico 35. Prevalencia para trastorno oposicionista y desafiante por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Se observa cómo se describió anteriormente que este trastorno es más fuerte en los hombres que las mujeres, siendo en general 3 veces más en los hombres que las mujeres.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 35. Indicadores de prevalencia para trastorno oposicionista y desafiante por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
13 a 18 años	10,22%	6,43%
19 a 29 años	7,95%	2,91%
30 a 44 años	4,74%	0,93%
45 a 65 años	4,12%	0,46%
Total	5,97%	1,97%

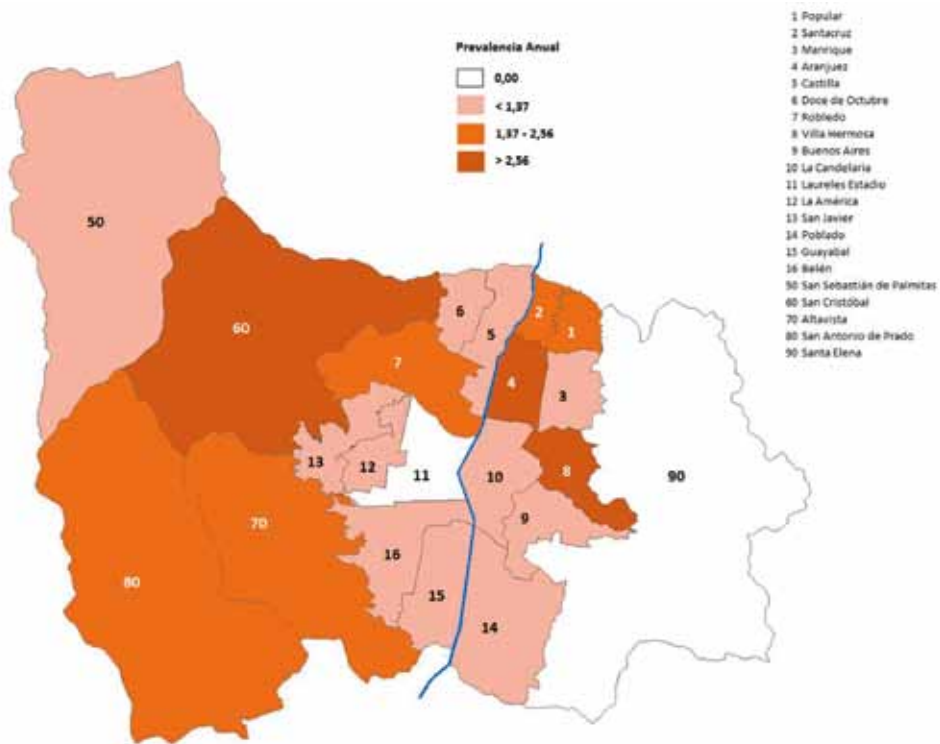
Al realizar el ajuste por edad se encuentra que la prevalencia en las edades tempranas menor de 18 años es tres veces más que la general por edad y 2 veces más la de vida, además se observa el descenso de este trastorno a través de los años, demostrando que este es un problema de la infancia y la adolescencia.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

La distribución de prevalencia anual para el trastorno oposicionista y desafiante por área geográfica, presenta un grupo de mayor riesgo según lugar de residencia con prevalencia mayor de 2,56% para este trastorno, lo cual compromete a los residentes de dos comunas Aranjuez y Villa Hermosa y el corregimiento de San Cristóbal.

En riesgo intermedio y bajo, entre > 0 a $\leq 2,56\%$ se encuentra el resto de comunas y los corregimientos. De las 16 comunas y los cinco corregimientos no presentaron casos solo una comuna Laureles Estadio y el corregimiento de Santa Elena, este fue de los tres trastornos de este grupo que afecta más áreas geográficas.

Mapa 15. Distribución para trastorno oposicionista y desafiante en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



7.2.2 Trastorno de conducta

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 36. Indicadores de prevalencia para trastorno de conducta por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 12 meses	1,13% (0,4 - 1,9)	0,44% (0,1 - 0,8)	0,67% (0,3 - 1,0)	0,4
Prevalencia de vida	7,12% (5,2 - 9,0)	1,35% (0,7 - 2,0)	3,30% (2,5 - 4,1)	0,2

Los trastornos de conducta se presentan menos del 1,0% en el último año, y en la vida 3,3 %, siendo más frecuente que afecte al género masculino que al femenino, siendo en el último año por cada 10 hombres solo 4 mujeres.

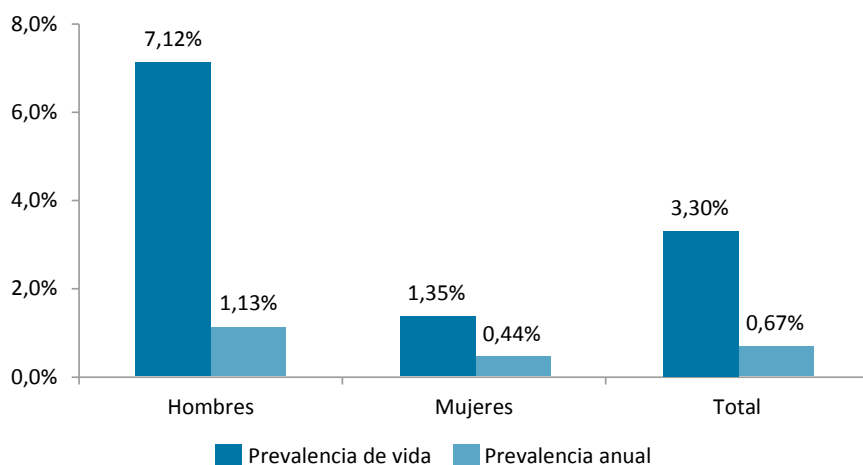


Gráfico 36. Prevalencia para trastorno de conducta por cien según sexo. Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Se puede observar la gran diferencia por sexo siendo en cualquier periodo analizado siempre el género masculino el de mayor frecuencia, y en términos generales de cada 10 hombres solos 2 mujeres.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 37. Indicadores de prevalencia para trastorno de conducta por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
13 a 18 años	5,65%	2,34%
19 a 29 años	5,00%	0,91%
30 a 44 años	2,36%	0,14%
45 a 65 años	2,05%	0,31%
Total	3,30%	0,67%

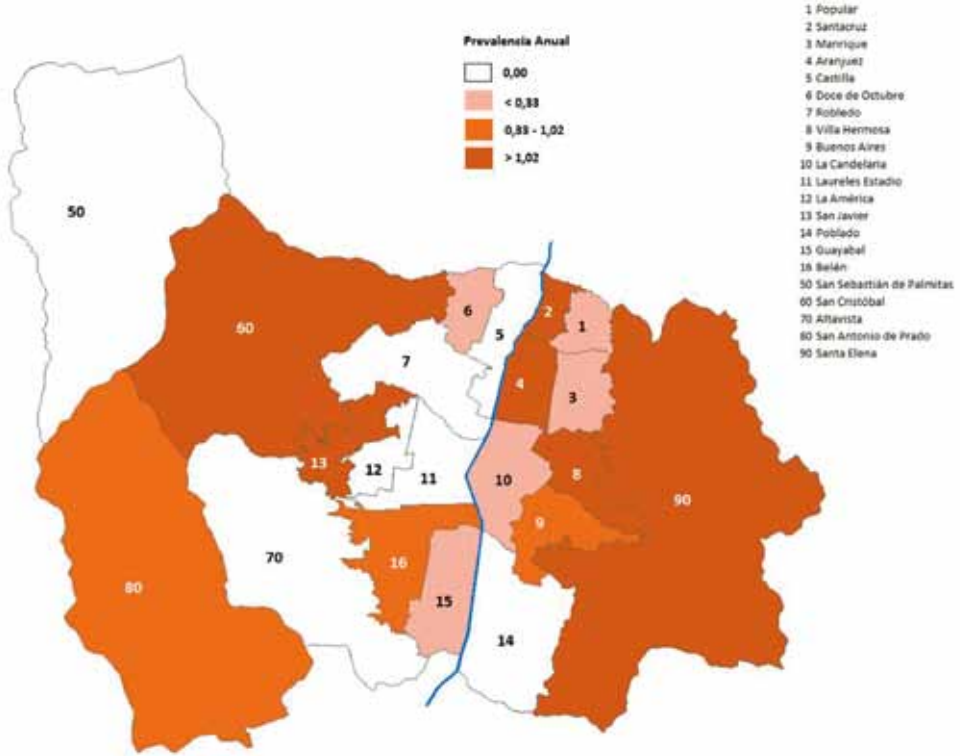
De igual manera al desagregarlo por edad se observa su mayor frecuencia en los menores de 18 años es 2,34% y se observa un descenso marcado en la medida que analiza en periodos de la etapa adulta, denotando que es un trastorno de mayor prevalencia en la infancia y adolescencia.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

La distribución de prevalencia del último año para el trastorno de conducta por área geográfica, presenta un grupo de mayor riesgo según lugar de residencia con prevalencia mayor de 1,02% para este trastorno, lo cual compromete a los residentes de tres comunas Santa Cruz, Aranjuez y San Javier y dos corregimientos de San Cristóbal y Santa Elena.

En riesgo intermedio y bajo, entre > 0 a $\leq 1,02\%$ se encuentra siete comunas. Para este grupo de trastorno de las 16 comunas y los cinco corregimientos hubo ausencia de casos en cinco comunas, y dos de los corregimientos, mostrando del grupo de trastorno con inicio en la infancia y la adolescencia áreas geográficas menos afectadas por el trastorno de conducta.

Mapa 16. Distribución para trastorno de conducta en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



7.2.3 Trastorno déficit de atención

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 38. Indicadores de prevalencia para trastorno déficit de atención con o sin hiperactividad por cien según sexo y razón hombre/mujer.
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 12 meses	2,07% (1,0 – 3,1)	1,02% (0,5 – 1,6)	1,38% (0,9 – 1,9)	0,5
Prevalencia de vida	5,63% (3,9 – 7,3)	2,96% (2,1 – 3,8)	3,86% (3,0 – 4,7)	0,5

Los resultados muestran al igual que los otros trastornos la mayor frecuencia en el género masculino que femenino siendo dos hombres por una mujer en cualquier periodo de la vida.

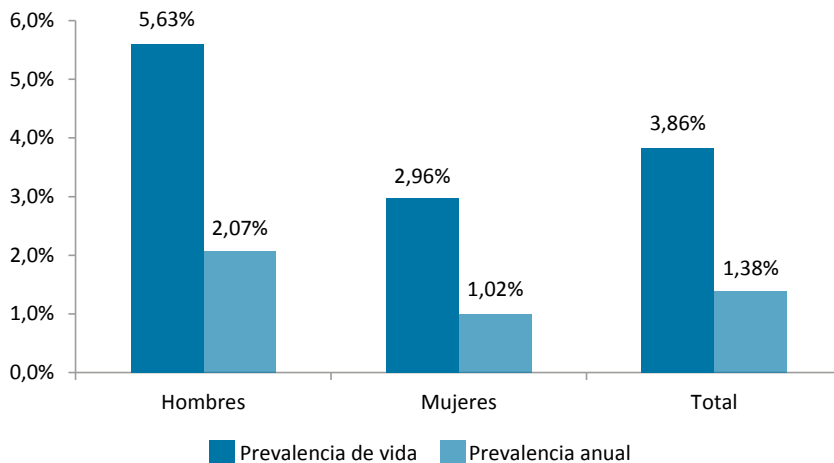


Gráfico 37. Prevalencia para trastorno déficit de atención por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Se observa al igual que los otros trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia la mayor frecuencia en el género masculino que el femenino.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 39. Indicadores de prevalencia para trastorno déficit de atención por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

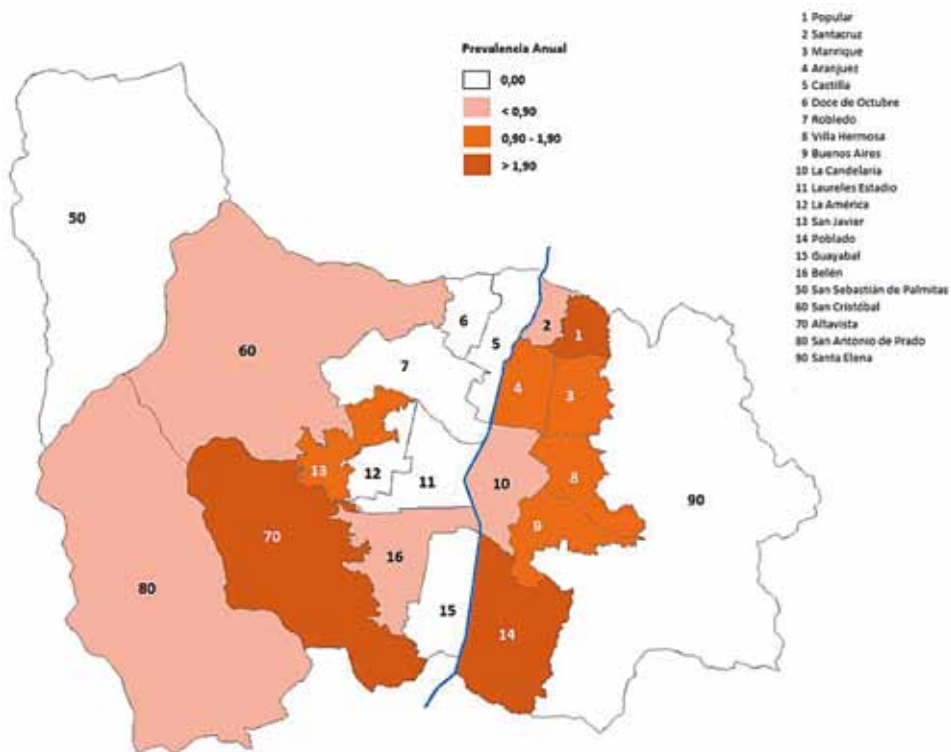
Edad	En la vida	Últimos 12 meses
13 a 18 años	6,11%	4,77%
19 a 29 años	4,68%	0,65%
30 a 44 años	4,16%	1,13%
45 a 65 años	2,42%	0,82%
Total	3,86%	1,38%

Existe una alta prevalencia de este trastorno en los menores de los 18 años, siendo marcada esta diferencia y que se puede observar en el

periodo de los últimos 12 meses, y a la vez un descenso a menos de 1,0% en promedio en los otros grupos de edad.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

Mapa 17. Distribución para trastorno de déficit de atención en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



La distribución de prevalencia del último año para el trastorno de déficit de atención con y sin hiperactividad por área geográfica, presenta un grupo de mayor riesgo según lugar de residencia con prevalencia mayor de 1,9% para este trastorno, lo cual compromete a los residentes de dos comunas Popular y Poblado y el corregimiento de Altavista.

En riesgo intermedio y bajo, entre > 0 a $\leq 1,9\%$ se encuentra 6 comunas. Para este trastorno de las 16 comunas y los cinco corregimientos, fue el grupo de trastorno con inicio en la infancia y la adolescencia con menos áreas geográficas afectadas, hubo ausencia de casos en seis comunas, y dos de los cinco corregimientos, mostrando que por áreas geográficas el que menos afecta es el TDAH.

7.2.4 Cualquier trastorno con inicio de la infancia y adolescencia

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 40. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno con inicio de la infancia y la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 12 meses	4,44% (2,9 - 6,0)	2,76% (1,9 - 3,6)	3,33% (2,6 - 4,1)	0,6
Prevalencia de vida	13,96% (11,4 - 16,5)	7,14% (5,8 - 8,5)	9,44% (8,2 - 10,7)	0,5

Al analizar estos tres trastornos en bloque y obtener sus prevalencia se observa el 3,3% de la población presenta cualquiera de estos tres entidades, llegando la prevalencia en la vida de cualquiera de los tres al 9,44% y siendo clara la diferencia entre el sexo masculino y femenino donde el primero es de mayor frecuencia.

Los trastornos con inicio en la infancia y adolescencia muestra una tendencia evidente de tener mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres al punto de que cualquier trastorno del descrito anteriormente puede llegar a ser tres veces más en el género masculino que el femenino.

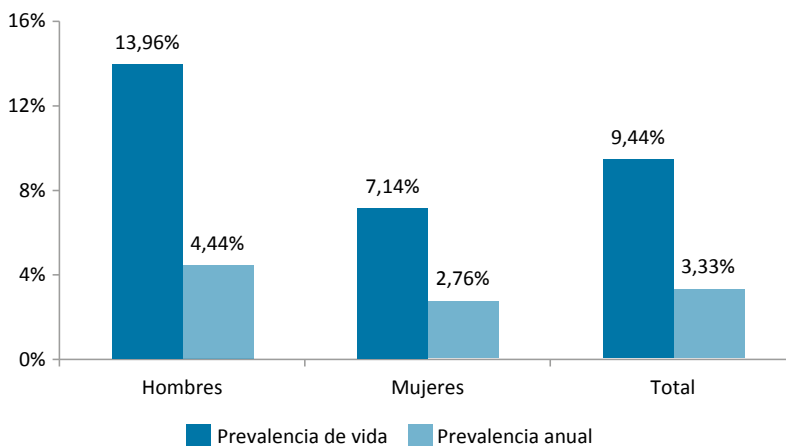


Gráfico 38. Prevalencia para cualquier trastorno con inicio en la infancia y la adolescencia por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

- **Comportamiento según edad**

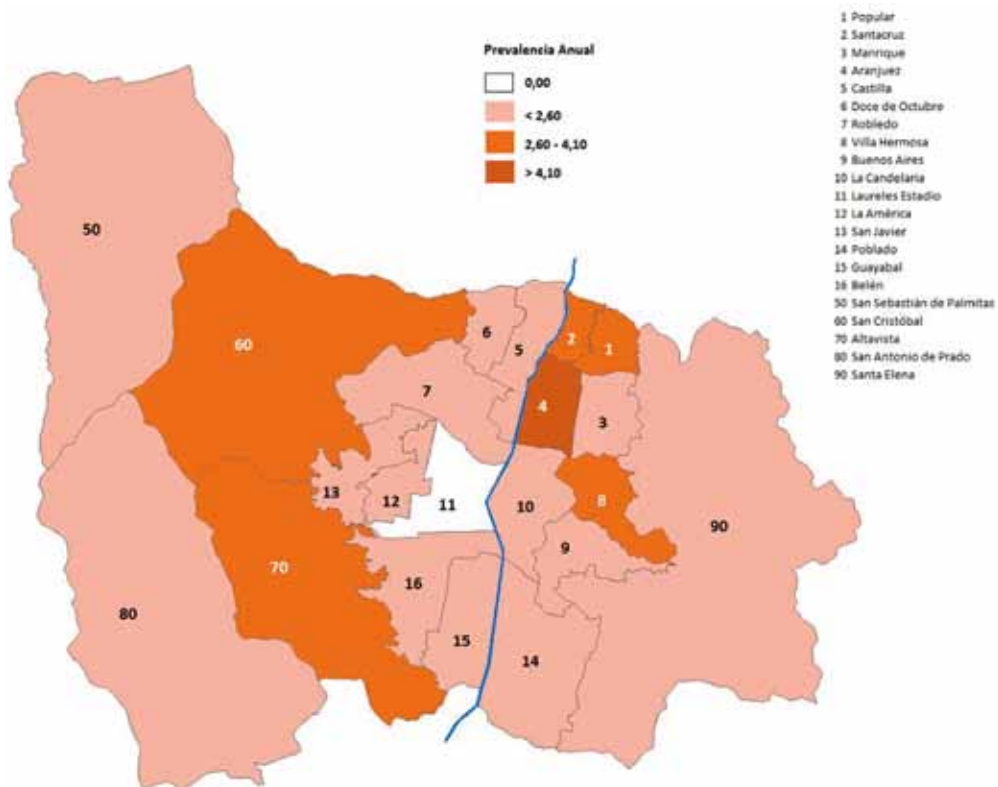
Tabla 41. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno con inicio de la infancia y la adolescencia por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
13 a 18 años	15,21%	10,38%
19 a 29 años	11,70%	3,82%
30 a 44 años	8,38%	2,20%
45 a 65 años	6,81%	1,29%
Total	9,44%	3,33%

Es también de anotar en este grupo de tres trastornos la alta prevalencia en los menores de 18 años, mostrando que son entidades netamente de la infancia y adolescencia y se puede observar además como los trastornos decrecen en la medida que la población se hace adulta.

- Comportamiento según lugar de residencia

Mapa 18. Distribución para cualquier trastorno con inicio de la infancia y la adolescencia en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



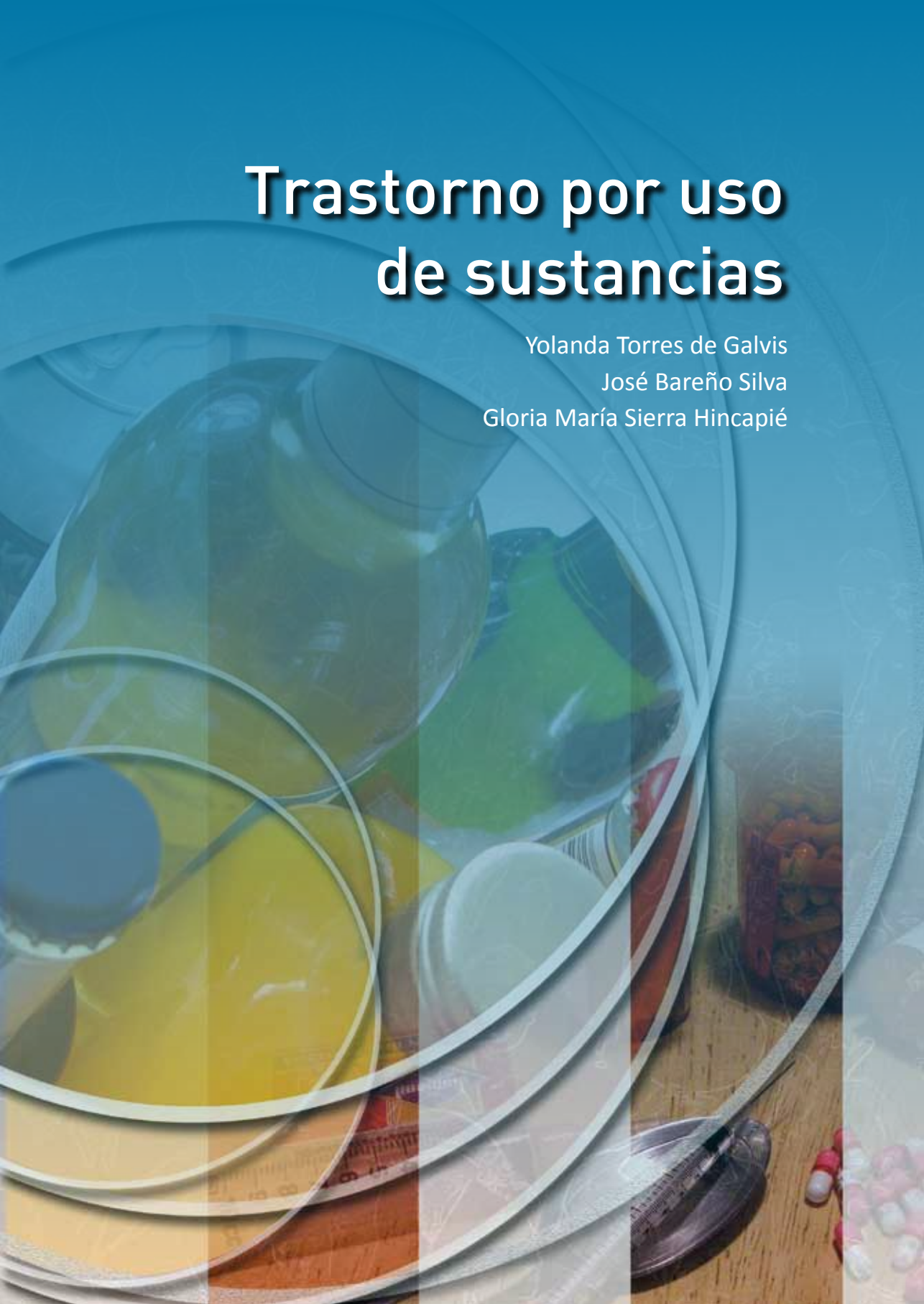
La distribución de las prevalencias del último periodo anual para el grupo de trastorno con inicio en la infancia y la adolescencia por área geográfica, presenta un solo lugar de residencia con mayor riesgo con prevalencia mayor de 4,1%, lo cual compromete a los residentes de la comuna Aranjuez al estar afectada por estos tres trastornos que conforma este grupo.

En riesgo intermedio y bajo, entre > 0 a $\leq 4,1\%$ se encuentra el resto de las comunas, y los cinco corregimientos. En este grupo de trastornos con inicio en la infancia y la adolescencia solo un área geográfica no

está afectada, en ella hubo ausencia de casos para cualquiera de los tres trastornos, mostrando que por áreas geográficas todas las áreas están afectadas excepto la comuna Laureles Estadio que no presentó ningún de los tres trastornos.

Trastorno por uso de sustancias

Yolanda Torres de Galvis
José Bareño Silva
Gloria María Sierra Hincapié



8. TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

8.1 Antecedentes

“La prevención es el mejor tratamiento”, generalmente se acepta que las personas que no abusan de las sustancias durante la etapa decisiva, antes de cumplir 25 años, probablemente nunca desarrollen un problema severo relacionado con consumo de sustancias. Es de gran importancia prevenir el avance desde el uso experimental temprano de droga, al uso regular, el abuso y la adicción(145).

El impacto de consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas ha ido en incremento en el ámbito mundial y uno de los grupos más afectados es el de la población de adolescentes, con alto impacto en los ámbitos social, económico y en la salud. Según los resultados del último estudio realizado sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, el uso en el último año de alguna sustancia ilícita fue reportado por 2,7% de los encuestados, lo que equivale a cerca de 540 mil personas; siendo el consumo reciente muy superior entre los hombres (4,5%) que entre las mujeres (1,2%); entre los grupos de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas en el último año con 3,4% está el de 12 a 17 años; al igual que en la gran mayoría de países del mundo, la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo, el 8,0% de las personas encuestadas informaron haberla consumido al menos una vez en la vida, aproximadamente 13,0% entre los hombres y 4,0% entre las mujeres(146).

8.1.1 Definiciones

La conducta adictiva es concebida como la necesidad patológica de una determinada sustancia o actividad, supone el abuso de ciertas sustancias, tales como la nicotina, el alcohol, la cocaína, entre otros. Las sustancias que se usan más habitualmente son las drogas que afectan el funcionamiento mental o drogas psicoactivas: alcohol, nicotina, tranquilizantes suaves, anfetaminas, heroína, éxtasis y marihuana.

Algunas de estas drogas, como el alcohol y la nicotina, pueden ser adquiridas legalmente(147); otras como los tranquilizantes, se pueden utilizar legalmente bajo supervisión médica; mientras que otras como la heroína, el éxtasis, o la meta-anfetaminas, son ilegales(41, 148).

Una de las principales razones por las cuales los individuos utilizan las sustancias y llegan a ser adictos es precisamente por la capacidad psicoactiva (depresora, estimulante, modificadora) que poseen las mismas sobre el sistema nervioso central (SNC). Al ser metabolizadas se producen alteraciones funcionales que se experimentan en las esferas sensorial-perceptiva, cognoscitiva y emocional, efectos que son anhelados en sí mismos (intoxicación) por sus usuarios(149).

Cuando el uso de las sustancias se hace de una forma continuada y aparece en los consumidores el llamado fenómeno de dependencia, el inevitable estado de privación (abstinencia) del fármaco lleva también a la aparición de alteraciones en las áreas sensorial, perceptiva, emocional, cognoscitiva y conductual, desencadenando en algunos pacientes: (intoxicados o en un estado de privación) alucinaciones de diferente tipo, ideas delirantes, agitación psicomotora, estados confusionales, despersonalización, desrealización, síntomas que suelen ser dramáticos y perturbadores, y se convierten en un reto para quienes atienden a estos pacientes en los servicios de emergencias. Algunas de las manifestaciones sintomáticas que se acaban de mencionar, se presentan como estados psicóticos, con características similares a las de otros cuadros clínicos, como el trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, o episodio maníaco grave con síntomas psicóticos. (149, 150).

En la práctica clínica existe dificultad para establecer el diagnóstico cuando se presenta un primer brote psicótico en un individuo. En el DSM IV-TR el criterio esencial para realizar un diagnóstico de trastornos psicótico inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o por abstinencia de la sustancia, y el consumo de la droga está etiológicamente relacionado con la alteración. En las clasificaciones diagnósticas vigentes DSM-IV y CIE-10, los

trastornos relacionados se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación)(151).

8.1.2 Clasificación del grupo de trastornos por uso de sustancias según el DSM-IV

- **Dependencia de sustancias⁷**

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer (p. ej., no se han especificado síntomas de abstinencia para la dependencia de alucinógenos). Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la «necesidad irresistible» de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses.

Tolerancia (Criterio 1) es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia. Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables (p. ej., pueden multiplicar la dosis por diez), hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que

⁷ Según criterios del DSM-IV

no consumiera la sustancia. La tolerancia al alcohol también puede ser notable, pero con frecuencia no es tan extrema como la tolerancia a las anfetaminas. Muchos sujetos fumadores consumen más de 20 cigarrillos al día, una cantidad que les hubiera producido síntomas de toxicidad cuando empezaron a fumar. Los consumidores habituales de Cannabis no advierten generalmente la aparición de tolerancia (aunque ésta se ha demostrado en estudios con animales y en algunos sujetos). No está claro si la fenciclidina (PCP) da lugar a tolerancia o no. La tolerancia puede ser difícil de determinar únicamente por la historia clínica cuando la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias. En este tipo de situaciones son útiles las pruebas de laboratorio (p. ej., altos niveles de la sustancia en la sangre sin que el sujeto presente síntomas de intoxicación sugieren una probable tolerancia).

Debe distinguirse la tolerancia de la variabilidad individual en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias. Por ejemplo, algunos individuos que beben por primera vez apenas presentan síntomas de intoxicación al cabo de tres o cuatro copas, mientras que otros de peso similar y que también se inician bebiendo pueden presentar descoordinación motora y lenguaje farfullante.

La abstinencia (Criterio 2a) es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos (Criterio 2b), normalmente desde que se despierta. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opioides y los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina, se presentan casi

siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos. La abstinencia en el caso de la fenciclidina y de las sustancias de acción similar no se ha descrito todavía en seres humanos (aunque se ha demostrado en animales).

Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos (p. ej., los que tienen dependencia de la Cannabis) presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia. Por el contrario, algunos pacientes posquirúrgicos sin diagnóstico de dependencia de opiáceos presentan tolerancia a los opiáceos prescritos y experimentan abstinencia sin mostrar signo alguno de uso compulsivo. Los especificadores con dependencia fisiológica y sin dependencia fisiológica se utilizan para indicar la presencia o ausencia de tolerancia o abstinencia. Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias. Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido (p. ej., el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida) (Criterio 3). El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia (Criterio 4). Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos (Criterio 5). En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia (Criterio 6). El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los hobbies con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (p. ej., graves síntomas de depresión o lesiones de órganos), la persona

continúe consumiendo la sustancia (Criterio 7). El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.

- **Abuso de sustancias**

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes (Criterio A). Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses.

A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el de abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias (Criterio B).

Aunque es más probable un diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que han empezado a tomar la sustancia recientemente, algunos de ellos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia durante un largo período de tiempo sin presentar signos de dependencia. La categoría de abuso de sustancias no es aplicable a la nicotina ni a la cafeína.

El sujeto aparece intoxicado o con otros síntomas relacionados con la sustancia cuando se espera de él el cumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o en casa (Criterio A1). Puede haber repetidas ausencias o un rendimiento pobre en el trabajo debido a resacas repetidas. Un estudiante puede incurrir en ausencias

relacionadas con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela. Mientras está intoxicado, el individuo puede descuidar a sus hijos o las obligaciones de la casa. Puede ocurrir que la persona se intoxique repetidamente en situaciones que son físicamente peligrosas (p. ej., mientras conduce el coche, accionando maquinaria o durante actividades recreativas de riesgo como la natación o la escalada) (Criterio A2). Pueden existir problemas legales recurrentes relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso, asalto y violencia, o por conducir bajo los efectos de la sustancia) (Criterio A3). El sujeto puede continuar el consumo de la sustancia a pesar de un historial de repetidas consecuencias indeseables, tanto sociales como interpersonales (p. ej., dificultades conyugales, divorcio o violencia verbal o física) (Criterio A4).

- **Intoxicación por sustancias**

La característica esencial de la intoxicación por sustancias es la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión (o exposición) (Criterio A). Los cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos (p. ej., agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) son debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después (Criterio B). Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio C). La intoxicación por sustancias se asocia con frecuencia a la dependencia o abuso de sustancias. Esta categoría no se aplica a la nicotina. Debe obtenerse demostración de la reciente toma de la sustancia a través de la historia, de la exploración física (p. ej., el olor a alcohol al respirar) y de los análisis toxicológicos (p. ej., orina o sangre).

Los cambios más frecuentes implican alteraciones de la percepción, de la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio y el comportamiento psicomotor e interpersonal. El cuadro clínico específico en la intoxicación por sustancias varía entre los sujetos y

depende de la sustancia implicada, de la dosis, la duración o cronicidad de su uso, de la tolerancia del sujeto a los efectos de la sustancia, del tiempo transcurrido desde la toma de la última dosis, de las expectativas por parte de la persona a los efectos de la sustancia y del entorno o lugar en el que la sustancia se ha tomado. Los síntomas y signos de la intoxicación difieren según su consumo sea inmediato o agudo o sostenido o crónico. Por ejemplo, dosis moderadas de cocaína pueden producir inicialmente un comportamiento afiliativo pero puede aparecer retraimiento social si tales dosis se repiten con frecuencia durante días o semanas. Diferentes sustancias (incluso de distintas clases) pueden producir síntomas idénticos. Por ejemplo, tanto la intoxicación por anfetaminas como por cocaína pueden dar lugar a grandiosidad e hiperactividad, acompañadas de taquicardia, dilatación pupilar, elevación de la tensión arterial y transpiración o escalofríos.

En el sentido psicológico el término intoxicación es mucho más amplio que el de intoxicación por sustancias tal como aquí se define. Muchas sustancias provocan cambios fisiológicos o psicológicos que no son necesariamente desadaptativos. Por ejemplo, un sujeto con taquicardia por consumo excesivo de cafeína presenta una intoxicación fisiológica, pero, si éste es el único síntoma en ausencia de un comportamiento desadaptativo, no debe realizarse el diagnóstico de intoxicación por cafeína. La naturaleza desadaptativa de un cambio de comportamiento inducido por una sustancia depende del entorno y del contexto social. El comportamiento desadaptativo sitúa al sujeto en un mayor riesgo de padecer efectos adversos (p. ej., accidentes, complicaciones médicas, alteración de la relación familiar o social, problemas laborales, económicos o legales). Los signos y síntomas de la intoxicación persisten a veces durante horas o días, mucho después de que la sustancia ya no se detecta en el organismo. Esto puede ser debido a la presencia continua de bajas concentraciones de la sustancia en algunas áreas cerebrales o al efecto de «ataque y retirada» (hit and run) por el que la sustancia altera el proceso fisiológico y la recuperación dura más tiempo que el empleado para la eliminación de la sustancia. Estos efectos de intoxicación a largo plazo deben distinguirse de la abstinencia (p. ej.,

los síntomas que se inician por un descenso de las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos).

- **Comorbilidad**

En años recientes se ha prestado atención a la comorbilidad que hay entre el uso y el abuso de sustancias, y los trastornos psiquiátricos. Su importancia reside en que: 1) a lo largo de la vida, este tipo de comorbilidad tiende a ser crónico en ambos tipos de trastornos; 2) las personas afectadas muestran un mayor deterioro y mayor riesgo suicida, en comparación con las personas que sólo tienen una de estas patologías; 3) al prevenir el desarrollo de la comorbilidad entre las personas que presentan sólo trastornos mentales o sólo por el uso de sustancias se producirán efectos importantes en la prevención secundaria. Sin embargo, para lograr este propósito se requiere de una mayor comprensión sobre los patrones y correlatos del inicio de este tipo de comorbilidad(152).

- **Epidemiología**

Los estudios epidemiológicos de los Estados Unidos han mostrado que los trastornos mentales usualmente preceden a los del abuso de sustancias, señalando que: 1) entre el principio de la patología mental y el de un trastorno por el uso de sustancias hay un intervalo, en promedio, de 5 años; 2) la aparición de trastornos psiquiátricos predice que se inicie el abuso de sustancias y, 3) las personas cuyos trastornos mentales se inician durante la infancia y la adolescencia corren un mayor riesgo de usarlas. Estos hallazgos permiten detectar y tratar tempranamente a los jóvenes que padecen algún trastorno mental y así evitar que se inicien en el abuso de sustancias (153).

Entre las sustancias que consume la población, el tabaco se ha convertido en un problema severo de salud, se conocen en el mundo muchos tipos de productos, aunque su forma más popular es el uso de la nicotina en cigarrillos. El fumar es una actividad generalizada: anualmente se producen más de 55.000 millones de cigarrillos, y existen 1.200 millones de fumadores en el mundo. Se espera que

esta cantidad se incrementa a 2.000 millones para 2.030. El fumar se está difundiendo rápidamente en los países en vías de desarrollo, y entre mujeres. Actualmente, fuma 50,0% de los varones y 9,0% de las mujeres en los países en vías de desarrollo, en comparación a 35,0% de varones y 22,0% de mujeres en los países desarrollados. China, en particular, aporta significativamente a la epidemia en los países en vías de desarrollo. Ciertamente, el consumo per cápita de cigarrillos en Asia y el Lejano Oriente es mayor que en otras partes de mundo, y tiene como segundo lugar, cercano, al Continente Americano y Europa Occidental(154).

Entre el alcohol y el tabaco hay varias semejanzas: ambos son sustancias legales, ambos están ampliamente disponibles en la mayor parte del mundo, y ambos son comercializados activamente por empresas multinacionales que dirigen sus campañas publicitarias y de promoción hacia los jóvenes. Según el Informe mundial sobre la situación relativa al alcohol, el consumo de alcohol ha disminuido durante los últimos 20 años en los países desarrollados, pero está aumentando en los países en desarrollo, especialmente en la Región del Pacífico Occidental, donde el consumo anual per cápita de los adultos oscila entre 5 y 9 litros de alcohol puro, así como en los países de la antigua Unión Soviética. El aumento de las tasas de consumo de alcohol en los países en desarrollo es determinado en gran parte por los países asiáticos (155). El consumo de alcohol es mucho menor en las Regiones de África, Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental(156).

En cuanto al consumo de drogas ilícitas La UNODC estima que en 2009 entre 149 y 272 millones de personas de todo el mundo (del 3,3% al 6,1% de la población entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas como mínimo una vez en el año anterior. Se calcula que aproximadamente la mitad de ellos eran consumidores habituales de drogas, es decir, que habían consumido drogas ilícitas al menos una vez durante el mes anterior a la fecha de la evaluación. Si bien el número total de consumidores de drogas ilícitas ha aumentado desde finales del decenio de 1990, las tasas de prevalencia han permanecido

en gran parte estables, al igual que el número de consumidores problemáticos que, según los cálculos, se sitúa entre los 15 y los 39 millones(157).

El cannabis es el tipo de droga ilícita más consumido. En 2009 lo consumieron entre 125 y 203 millones de personas de todo el mundo, lo que supone una tasa de prevalencia anual de 2,8% a 4,5%. En términos de prevalencia anual, el consumo de cannabis vino seguido de estimulantes de tipo anfetamínico (principalmente metanfetamina, anfetamina y éxtasis), opioides (incluidos el opio, la heroína y los opioides de venta con receta) y cocaína. La falta de información sobre el consumo de drogas ilícitas, en particular sobre los estimulantes de tipo anfetamínico, en países muy poblados como China y la India y en regiones de consumo emergente como África, genera incerteza a la hora de calcular el número de consumidores en todo el mundo. Ello se refleja en la gran amplitud de las estimaciones. La tendencia estable o descendiente del consumo de heroína y cocaína en las principales regiones de consumo se ve contrarrestada por un aumento en el caso de las drogas sintéticas y los medicamentos de venta con receta. El consumo de estos medicamentos con fines no médicos parece ser un problema sanitario cada vez mayor en algunos países desarrollados y en desarrollo(157).

En Colombia se han llevado a cabo importantes estudios sobre la epidemiología del consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, con el fin de estimar, entre otros elementos, la magnitud del consumo y el comportamiento de los trastornos por abuso y dependencia. En el último Estudio Nacional de Salud Mental del Ministerio de la Protección Social, que hace parte del WMH-CIDI (Estudio Mundial sobre Salud Mental-CIDI, de la OMS), el cual se llevó a cabo entre la población urbana de 18 a 65 años, se informó que el 94,0% de los entrevistados ha consumido bebidas alcohólicas; el 48,1%, cigarrillo; el 12,7%, medicamentos no formulados; el 10,8%, marihuana; y el 4,0%, cocaína. Entre estas personas que informan consumo también se presentan quienes llenan los criterios para trastorno por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas(145).

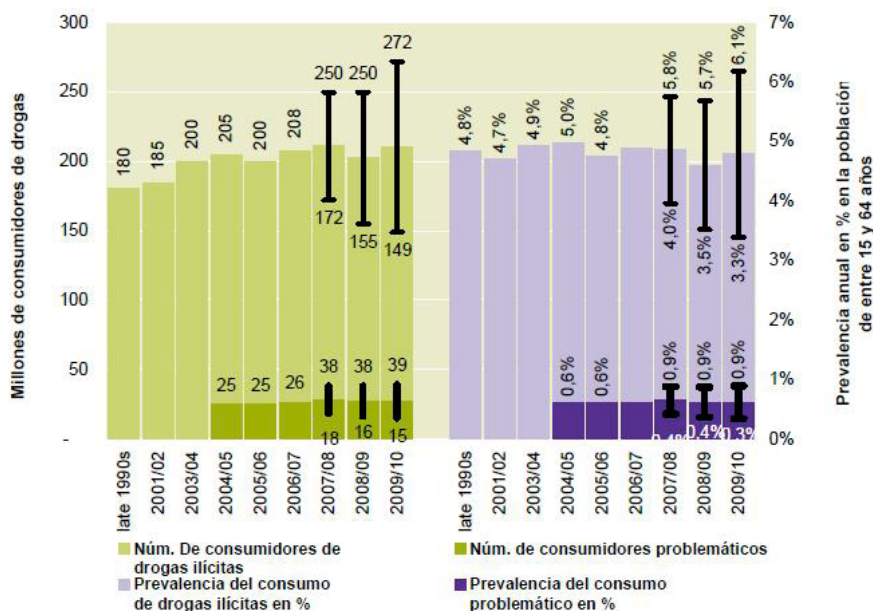


Figura 3. Prevalencia anual y número de consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial, desde finales del decenio de 1990 hasta 2009/2010

Fuente: Cálculos de la ONUDC basados en los datos obtenidos mediante el cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Muchos de los que son afectados por estos trastornos también presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (158, 159), lo cual aumenta la severidad del problema para el individuo, la familia y la sociedad (160). El abuso de sustancias complica casi todos los aspectos del cuidado de una persona que sufre de un trastorno psiquiátrico. Su diagnóstico se dificulta porque toma tiempo descubrir los efectos interactivos del abuso de sustancias y el trastorno psiquiátrico. Lo habitual de las hospitalizaciones (efecto de “puerta giratoria”) y el riesgo de otras consecuencias médicas y psicosociales, incluyendo el suicidio, hacen más difícil el tratamiento, y pueden constituir un gran reto para el clínico y el sistema de salud (161).

Es así como, muchas personas que abusan con regularidad de las drogas también son diagnosticadas con otros trastornos psiquiátricos, y viceversa(162). La alta prevalencia de esta comorbilidad se ha documen-

tado en múltiples encuestas nacionales de población desde la década de 1980 (163). Los datos muestran que las personas con diagnóstico de estado de ánimo (158, 164) o los trastornos de ansiedad son dos veces más propensos a padecer también un trastorno por consumo de drogas (abuso o dependencia), comparadas con la población general(163, 165). Lo mismo se informa para las personas diagnosticadas con personalidad antisocial o trastorno de la conducta(166).

Cabe agregar que los trastornos por consumo de drogas y otros trastornos psiquiátricos son trastornos del desarrollo, lo cual significa que a menudo empiezan en la adolescencia, o, incluso, a una edad más temprana, periodos cuando el cerebro experimenta cambios radicales en su desarrollo. La exposición temprana a las drogas puede cambiar al cerebro de tal manera que el riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos sea más alto(167); además, los síntomas tempranos de un trastorno psiquiátrico pueden ser indicadores de un mayor riesgo para que más adelante se presente un trastorno por dependencia.

8.2 Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en adolescentes

La adolescencia se considera como un momento evolutivo caracterizado por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; muchas de ellas, generadoras de crisis, de conflictos y de contradicciones, y con repercusiones esencialmente positivas. No es sólo un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (168, 169). Es difícil establecer límites cronológicos para este período; según los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, y comprende dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años) (170).

En estas fases se reorganizan las estructuras cognitivas y de personalidad que darán paso a nuevos comportamientos que le

permitan afrontar las demandas y adaptarse a cada nueva situación. Cuando hay incapacidad para afrontar las demandas, el adolescente puede desarrollar comportamientos desadaptativos, más o menos transitorios, y/o problemas psicológicos más graves, producidos por el fracaso persistente de los mecanismos adaptativos. La mitad de la población mundial corresponde a niños y adolescentes (171); casi el 20,0% de ellos sufren algún tipo de trastorno mental o neurológico; muchos son víctimas de la violencia y el abuso, desplazados de sus hogares, explotados, o viven con familias incompletas o disfuncionales. La situación general se agrava por cuanto la baja disponibilidad y divulgación para estos grupos de personas de conocimientos sobre dichos temas implica que quienes formulan políticas y toman decisiones sobre salud, así como los profesionales del mismo ramo, y el público en general, no sean especialmente conscientes de la magnitud y la gravedad de los problemas de salud mental en niños y adolescentes (172).

De igual manera, el consumo de drogas constituye una de las conductas más ampliamente percibidas como problema por la sociedad, afectando especialmente a los adolescentes. La prevalencia del uso y abuso de drogas en la etapa adolescente es relativamente alta, esto se debe principalmente a que en la actualidad la disponibilidad es muy alta por lo que los adolescentes tienen que aprender a convivir con las drogas, tomando decisiones sobre su consumo o la abstinencia de las mismas (173, 174). La creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentarse a situaciones y conductas de riesgo, que pueden presentar una grave amenaza para su desarrollo. La necesidad de sentirse especial puede llevarle a creer que es invulnerable y que no sufrirá las consecuencias más probables de los riesgos en los que incurre. Los jóvenes que fuman y beben de forma regular tienen una alta prevalencia de experimentación con otras drogas y tienen una actitud más positiva hacia el consumo de drogas ilegales (175, 176).

La experimentación con alcohol, tabaco y otras sustancias durante la adolescencia es común, a menudo esta conducta comienza entre

los 13 y 16 años de edad. La mayoría de los adolescentes solamente experimentará con una o varias sustancias o las consumirán ocasionalmente sin que ello genere problemas psicosociales significativos. No obstante, un grupo de adolescentes generará un patrón regular de consumo y reunirán criterios para un trastorno por abuso o dependencia de una o más sustancias, con todas las implicaciones desfavorables para el individuo y para la sociedad (177, 178).

En este sentido, el consumo de sustancias psicoactivas representa un problema socio-sanitario de primera magnitud, no sólo por la elevada prevalencia y por los riesgos para la salud física y psíquica de los adolescentes consumidores, sino por las implicaciones psicosociales y comunitarias derivadas de tales usos/abusos, por esto la población adolescente, es considerada la más vulnerable a consumir drogas(178-180). Las motivaciones ligadas al consumo en la adolescencia son, en primer lugar, la curiosidad y, luego, el placer. Los que continúan el consumo indican una tercera gran motivación, la del “soporte artificial”, fenómeno que se presenta en jóvenes que no encuentran en su vida personal o relacional los medios para relajarse, y solo lo hacen mediante un producto químico que les aporta los espacios y los recursos necesarios, ausentes en sus vidas de forma natural (181).

8.2.1 Factores asociados

- **Factores de riesgo**

“La prevención es el mejor tratamiento”, generalmente se acepta que las personas que no abusan de las sustancias durante la etapa decisiva, antes de cumplir 25 años, probablemente nunca desarrollen un problema severo relacionado con consumo de sustancias. Es de gran importancia prevenir el avance desde el uso experimental temprano de droga, al uso regular, el abuso y la adicción(182).

Con base en lo anterior instituciones importantes(183) han propuesto en forma urgente programas de investigación para identificar los

factores de riesgo y protección asociados con el consumo de sustancias con el fin de integrar el conocimiento generado a los programas de prevención.

La promoción de la salud mental se inserta dentro del contexto más amplio de la salud pública y propone un enfoque diferente al curativo, haciendo hincapié en la protección de los atributos positivos de la salud y el fomento del estado de bienestar(184). Los factores de riesgo y de protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida y muchos de ellos pueden modificarse. También hay pruebas de que los programas dirigidos a la infancia y las intervenciones tempranas en la vida son eficaces(185).

En el estudio sobre salud mental del adolescente en Colombia al analizar los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SP) se encontraron los siguientes factores de riesgo:

- **Antecedentes familiares**

Se observó como la ansiedad en el padre y la madre ocupan el primer lugar como factores asociados al abuso de sustancias en la vida, seguidos por el trastorno de personalidad y el abuso de sustancias en la figura paterna; la depresión y el intento de suicidio en la madre con una razón de disparidad de 2,73 y de 2,52 también son un indicador de incremento de la probabilidad de encontrar adolescentes con abuso de sustancias en la vida. Al analizar la interacción entre los antecedentes familiares se encontró un comportamiento dosis-respuesta con una RD para uno cualquiera de los factores de 2,08 incrementándose abruptamente a una razón de disparidad de 48,69, para tres o más factores, lo cual se puede interpretar como resultado de un modelo de interacción exponencial.

- **Antecedentes de maltrato**

Según los hallazgos del mismo estudio, la negligencia es entendida como la falta de atención, abandono temporal y no cumplimiento de las necesidades básicas de los adolescentes tales como alimentación,

salud y vestido como factor de riesgo, se encontró una fuerte asociación con una RD de 4,15; seguida del maltrato físico entre los padres, el cual se considera como una factor pre disponente para el abuso de sustancias. Al analizar los factores como la presencia de uno o más de estos factores también se encontró tendencia al aumento del riesgo. Con relación a los eventos vitales se estudiaron 12 y se analizo como positiva la presencia de uno o más, la RD para este factor fue de 4,05.

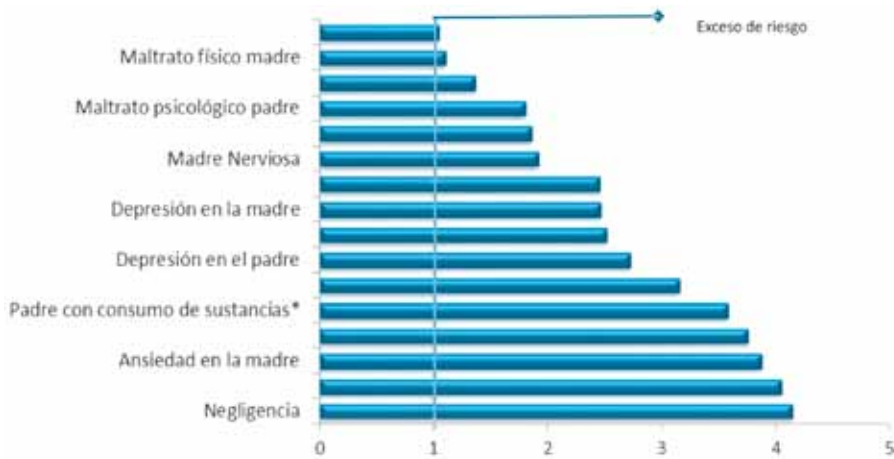


Gráfico 39. Factores asociados al abuso de sustancias
- Adolescentes en Colombia

Fuente: Torres de Galvis Y. Posada Villa J. Berbesi Fernandez D. Bareño Silva J. Factores asociados con abuso y dependencia de sustancias en adolescentes Colombianos: con base en los resultados del WMH-CIDI. Rev. Col Psiq. Dic. 2010

- **Factores de protección**

Se incluyó el análisis de los factores de protección como un importante aporte al conocimiento sobre la posibilidad de intervención preventiva sobre el problema estudiado.

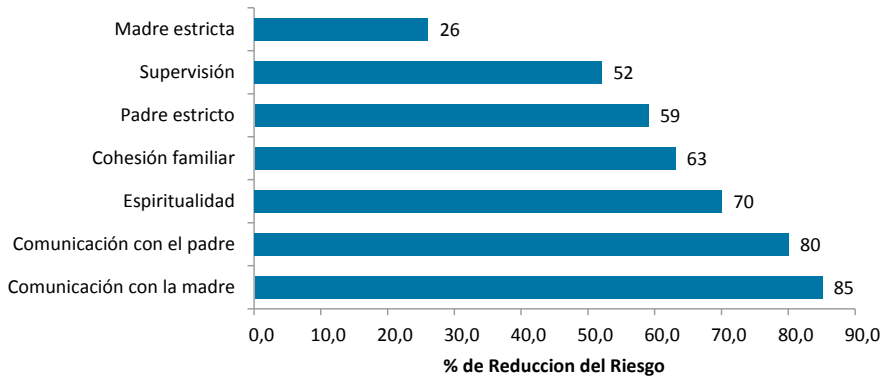


Gráfico 40. Factores de protección para abuso de sustancias
- Adolescentes Colombia

Fuente: Torres de Galvis Y. Posada Villa J. Berbesi Fernandez D. Bareño Silva J. Factores asociados con abuso y dependencia de sustancias en adolescentes Colombianos: con base en los resultados del WMH-CIDI. Rev. Col Psiq. Dic. 2010

Para una mejor comprensión en el caso de la RD aplicada a los factores de protección se considera su aporte a la reducción del riesgo en la siguiente forma: Porcentaje de Reducción del riesgo = $1 - RD \times 100$.

Según el comportamiento de los factores estudiados: la buena comunicación con la madre es el factor de protección más fuerte, presentando un porcentaje de reducción del riesgo de 85,0%, seguido por la buena comunicación con el padre con un 80,0%, la espiritualidad y la cohesión familiar con 70,0% y 63,0% de reducción del riesgo. La buena supervisión de los padres, así como un ejercicio estricto de la autoridad también se comportaron como importantes factores de protección.

- **Otros importantes aportes sobre factores asociados**

Los trastornos afectivos y del estado de ánimo ocupan un lugar importante entre los factores vinculados al uso de sustancias, ya sea como factores de riesgo, trastornos concomitantes o efectos residuales y de abstinencia (186). Newcomb y Earleywine sitúan los trastornos afectivos entre los factores intrapersonales que aumentan el efecto

de la exposición a factores de riesgo externos, contribuyendo no sólo al inicio del consumo sino también a un tránsito al uso regular de sustancias. En particular, la relación del consumo de drogas con la depresión ya sea como factor antecedente, trastorno concurrente o efecto derivado del propio uso de sustancias, ha sido ampliamente estudiada y documentada, lo mismo se ha llevado a cabo con la asociación del consumo con el estrés y la tensión psicosocial (187,188).

Estudios llevados a cabo en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) indican que el uso de sustancias se asocia también con la pertenencia a redes sociales disfuncionales, trastornos de conducta, trastornos afectivos y psicológicos entre los que sobresalen la depresión y la ansiedad, además para identificar a los adolescente que consumen sustancias se partió de la hipótesis que este representa una forma inadaptable de afrontamiento y en particular un medio para aliviar la ansiedad y la depresión, formas básicas de dolor psicológico. Sobre esta base, se estudio la relación del abuso y dependencia de drogas con la exposición a factores y situaciones potencialmente estresores con el efecto percibido de esta exposición y con signos y síntomas de depresión. Con lo cual se observó que la intensidad del uso de drogas es mayor conforme hay una mayor exposición a situaciones y hechos estresores, indicando claramente que la distimia y la depresión se relacionan con el mantenimiento y escalamiento del uso de sustancias. Encontrando similitudes con otros estudios en lo que se refiere a la mayor prevalencia de la ideación o intento suicida asociada con la intensidad del consumo (174, 189, 190).

La alta comorbilidad entre patología psiquiátrica y dependencia a las drogas tiene gran trascendencia desde el punto de vista neurobiológico, diagnóstico y terapéutico, esto implica que cada vez que se encuentre a un paciente que abusa de drogas es conveniente preguntarse si esa adicción no está acompañada de otro trastorno psicopatológico(191). Depresión, trastornos de ansiedad, fobias, psicosis y por supuesto trastornos fronterizos o narcisistas son moneda corriente cuando se trata la patología adictiva. Los estudios epidemiológicos muestran en este caso que los adolescentes que padecen alguna de las patologías

mencionadas tienen una alta prevalencia de abuso de drogas, por lo que es importante que tanto las hipótesis explicativas como las formas transferenciales y la estrategia terapéutica global se estudie no solamente desde la adicción sino de la estructura que la sustenta(192).

De igual manera, una investigación desarrollada en 124 adolescentes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clinic de Barcelona, con edades comprendidas entre los 12 y 17 años, identificó que el 68% de los adolescentes estudiados eran consumidores de sustancias psicoactivas, considerando como tales aquellos que presentaban consumo al menos regular de nicotina (diario) o episódico de alcohol o de cannabis. En relación al sexo, entre los varones la tasa de consumidores era del 74,0%, mientras que entre las mujeres, las consumidoras constituían el 66,0%. Además reveló que entre los individuos que padecían un trastorno ansioso-depresivo, el 52,0% eran consumidores de sustancias. Asimismo, entre los jóvenes con trastorno de conducta y/o un trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el porcentaje ascendía hasta el 84,0%. En los sujetos diagnosticados de trastorno bipolar el porcentaje de consumidores era del 81,0% y del 68,0% entre los que padecían trastornos de conducta alimentaria(193).

Así mismo, según los datos analizados, aproximadamente uno de cada diez de los adolescentes entre 12 y 17 años entrevistados, admitía haber consumido cannabis a diario durante el último año, siendo la edad media de inicio en el consumo de cannabis los 13,4 años. Esto supone un adelanto en la edad de inicio respecto a la última Encuesta Escolar realizada por el Plan Nacional sobre Drogas que la situaba en 14,6 años. Igualmente el estudio identificó tasas especialmente elevadas de consumo de cannabis entre algunos pacientes. El 84,0% de los jóvenes diagnosticados de trastorno de conducta y/o trastorno por déficit de atención admitían haber consumido cannabis en el último año y el 38,0% habían consumido a diario durante el mes previo al ingreso. Entre los pacientes con trastorno bipolar el 50,0% admitían haber consumido cannabis en el último año, y el 20,0% habían consumido a diario durante el mes previo al ingreso(193).

8.3 Resultados

8.3.1 Alcohol

- Abuso de alcohol
- Comportamiento según sexo

Tabla 42. Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	3,02% (1,8 - 4,3)	0,53% (0,2 - 0,9)	1,37% (0,9 - 1,9)	0,2
Prevalencia últimos 12 meses	7,02% (5,1 - 8,9)	1,93% (1,2 - 2,6)	3,64% (2,8 - 4,4)	0,3
Prevalencia de vida	24,21% (21,1 - 27,4)	7,07% (5,7 - 8,4)	12,84% (11,4 - 14,3)	0,3

Los indicadores de frecuencia para el abuso de alcohol muestran como de cada cien personas estudiadas casi 13 presentan el trastorno con IC95% entre 11,4% y 14,3%, lo que muestra su importancia para la orientación de los programas de prevención, como una de las mayores prioridades. Especial problema se presenta para las personas del sexo masculino con uno de cuatro hombres que cumplen los criterios diagnósticos para este problema, con una razón por sexo de 0,3, lo anterior no le quita la importancia a la prevalencia de vida encontrada (7,1%) para el sexo femenino.

La prevalencia del último año para el total de la población fue de 3,64% con IC95% entre 2,8% y 4,4%, nuevamente tres hombres por cada mujer.

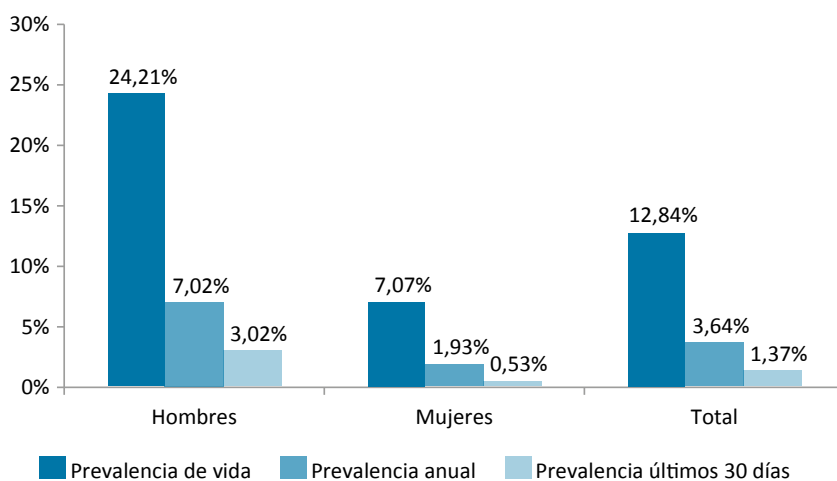


Gráfico 41. Prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

En el Gráfico se visualizan los resultados y se confirma la severidad del problema, así como su diferente comportamiento por la variable sexo.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 43. Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	4,08%	3,29%	1,74%
19 a 29 años	19,92%	7,99%	2,66%
30 a 44 años	11,55%	3,02%	1,28%
45 a 65 años	12,60%	1,75%	0,56%
Total	12,84%	3,64%	1,37%

El análisis por edad presenta el grupo de 19 a 29 años como el de mayor riesgo para los tres indicadores de prevalencia para el trastorno por abuso de alcohol, este hallazgo se considera fundamental por la fuerte asociación que representa con muertes por causa externa como violencia y accidentes de tránsito, y con igual importancia si se considera su asociación con el consumo de sustancias psicoactivas ilegales.

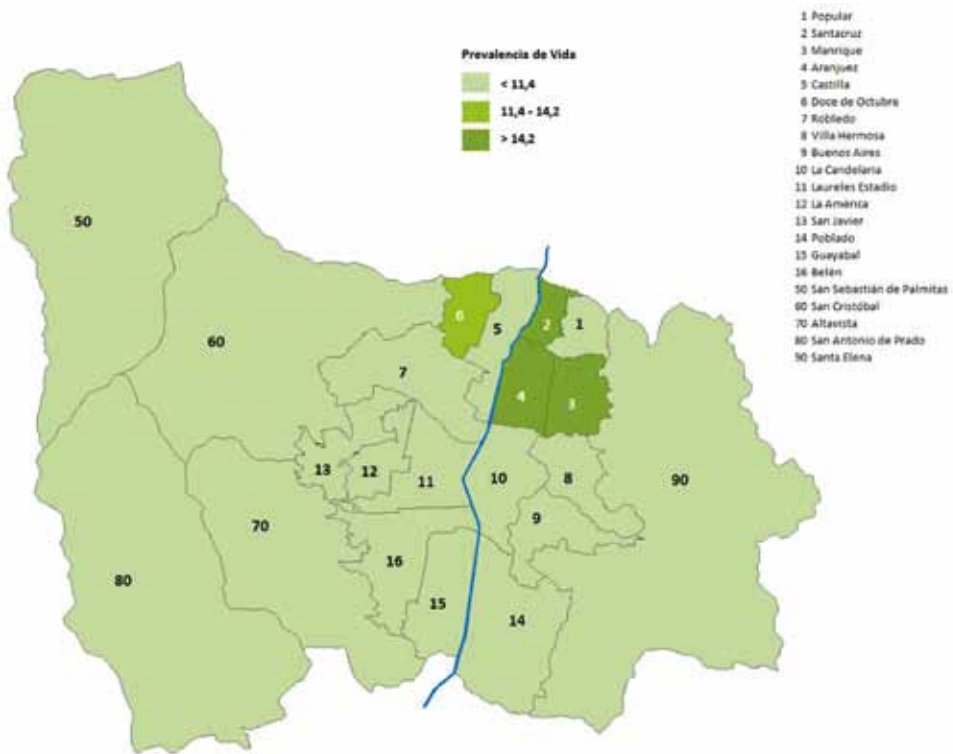
Es doloroso encontrar jóvenes de 13 a 15 años que cumplen los criterios para este trastorno.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

El alto riesgo para abuso de bebidas alcohólicas con una prevalencia de vida mayor de 14,4%, según lugar de residencia, sólo se presentó en las comunas de Santa Cruz, Manrique y Aranjuez.

Con riesgo medio entre 11,4% y 14,2%, se clasificó la comuna Doce de Octubre, el resto de las comunas y corregimientos estuvieron por debajo de 11,4%, pero para total de las áreas geográficas se encontró presencia del trastorno por abuso de bebidas alcohólicas.

Mapa 19. Distribución para trastorno abuso alcohol en la vida según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



- Dependencia de alcohol
- Comportamiento según sexo

Tabla 44. Indicadores de prevalencia para trastorno de dependencia al alcohol por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	1,90% (0,9 - 2,9)	0,19% (0,01 - 0,4)	0,77% (0,4 - 1,1)	0,1
Prevalencia últimos 12 meses	4,09% (2,6 - 5,5)	0,82% (0,3 - 1,3)	1,92% (1,3 - 2,5)	0,2
Prevalencia de vida	9,54% (7,4 - 11,7)	2,11% (1,4 - 2,9)	4,61% (3,7 - 5,5)	0,2

El trastorno de dependencia es más severo que el anterior y en el estudio se encontró una frecuencia de casi dos personas del sexo masculino de cada cien, que cumplen los criterios con un IC95% entre 0,9% y 2,9%, también se encontró con una prevalencia para los últimos 30 días de 0,19% para el sexo femenino.

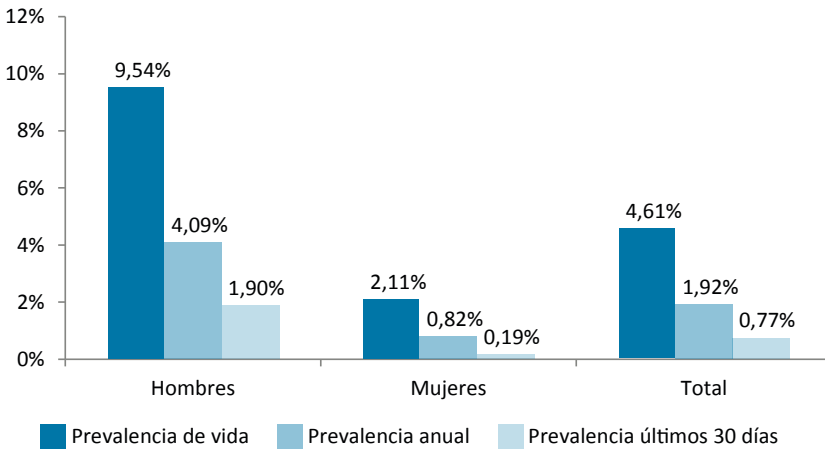


Gráfico 42. Prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Al analizar el resultado para la prevalencia de vida se presentan casi 10 hombres de cada cien con los criterios para la dependencia de alcohol y 2,11% para las mujeres. De la población total 4,61% con un IC95% entre 3,7% y 5,5% presentan el trastorno en cualquier momento de la vida.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 45. Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

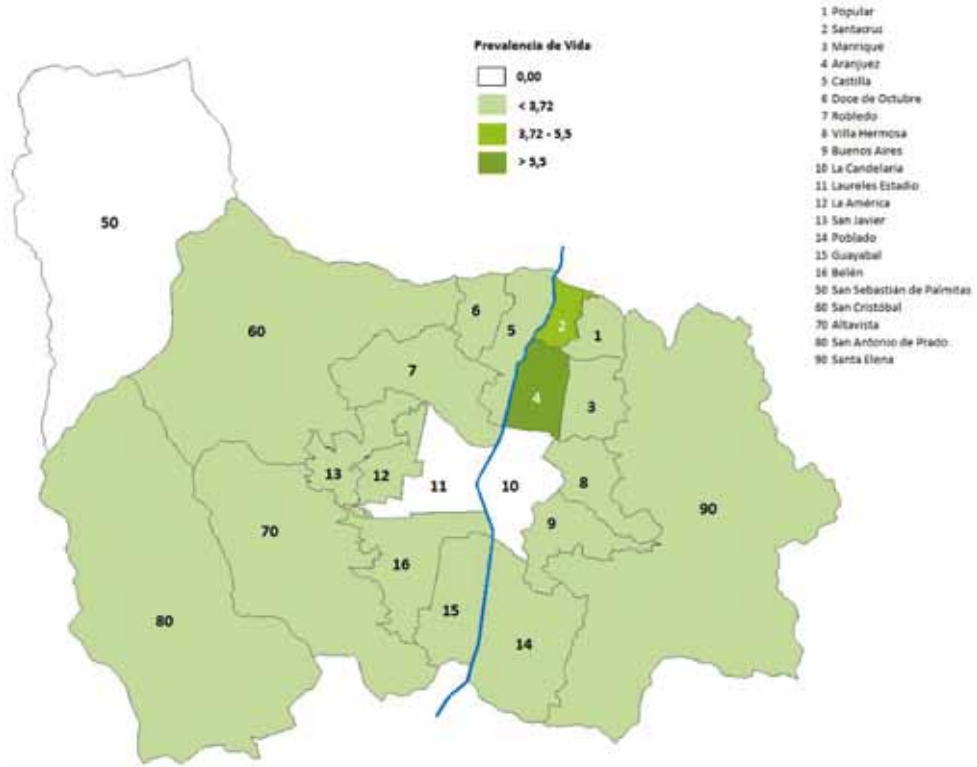
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	1,70%	1,70%	0,46%
19 a 29 años	5,22%	4,04%	1,82%
30 a 44 años	4,39%	2,02%	0,70%
45 a 65 años	5,12%	0,59%	0,33%
Total	4,61%	1,92%	0,77%

En forma consistente con los hallazgos anteriores, en la tabla se puede observar que según grupo de edad, la prevalencia de vida más alta con 5,22% se encontró para el grupo de 19 a 29 años, e igual hallazgo se puede observar para los otros dos indicadores con 4,04% para la prevalencia anual y 1,82% para la reciente (últimos 30 días)

- **Comportamiento según lugar de residencia**

El comportamiento del trastorno de dependencia al alcohol, según lugar de residencia presentó a la comuna de Aranjuez como la de mayor riesgo, con una prevalencia mayor de 5,5%, seguida de la de Santacruz. que presento prevalencia promedio. Las demás comunas se clasificaron con una prevalencia por debajo de 3,72%, con excepción de las de Laureles Estadio y La Candelaria que no presentaron casos. Los corregimientos con excepción de Santa Elena (con cero casos) se clasificaron como de bajo riesgo.

Mapa 20. Distribución para trastorno dependencia alcohol en la vida según lugar de residencia.
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



8.3.2 Drogas

Se presentan los resultados de uso de sustancias psicoactivas con los siguientes indicadores:

- Prevalencia de consumo durante la vida
- Prevalencia de abuso
- Prevalencia de adicción

- **Uso de drogas**

Tabla 46. Prevalencia de consumo de sustancias en la vida según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Comunas / Corregimientos	Consumo en la vida				
	Alcohol	Marihuana	Cocaína y sus derivados	Medicamentos no recetados	Heroína y otros
Popular	58,9%	15,4%	4,6%	2,5%	2,6%
Santa Cruz	59,8%	23,6%	7,8%	3,2%	2,9%
Manrique	65,2%	19,4%	6,2%	4,9%	3,2%
Aranjuez	59,5%	19,6%	10,4%	8,1%	7,0%
Castilla	55,1%	14,0%	3,3%	0,7%	0,5%
Doce de octubre	51,2%	12,3%	4,0%	0,9%	0,4%
Robledo	33,0%	2,7%	0,7%	0,7%	0,7%
Villa Hermosa	52,7%	18,9%	7,2%	3,3%	2,4%
Buenos Aires	53,2%	13,0%	3,9%	0,0%	0,0%
La Candelaria	53,7%	20,4%	2,7%	0,8%	2,1%
Laureles Estadio	36,0%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%
La América	53,8%	6,9%	1,3%	0,2%	0,2%
San Javier	55,0%	11,0%	3,9%	1,1%	0,8%
Poblado	36,4%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Guayabal	44,2%	6,5%	1,6%	2,5%	0,0%
Belén	54,9%	10,8%	2,4%	1,1%	0,4%
San Sebastián de Palmitas	42,5%	7,9%	3,7%	0,3%	0,0%
San Cristóbal	56,1%	8,2%	4,4%	0,6%	1,2%
AltaVista	55,2%	17,2%	3,0%	1,9%	1,8%
San Antonio de Prado	53,6%	12,9%	1,2%	0,0%	0,0%
Santa Elena	39,2%	7,5%	1,6%	2,1%	1,0%

En la tabla anterior se encuentran los resultados de la prevalencia de vida para consumo de las sustancias según lugar de residencia. La prevalencia en su orden se da para las bebidas alcohólicas, sólo las comunas de Laureles y Poblado, junto con el Corregimiento de Santa Elena, presentan frecuencias menores del 40,0%, la de mayor frecuencia es Manrique, seguida por Aranjuez, Santa Cruz y Popular.

El segundo lugar lo ocupa el consumo de marihuana, las comunas de Santa Cruz, Aranjuez y Manrique presentan el mayor riesgo de consumo con 23,6% 19,6% y 19,4% respectivamente. De los corregimientos el de más alto consumo es el de Alta Vista con el 17,2%.

La cocaína ocupa el tercer lugar y la comuna con más alto riesgo para el consumo es Aranjuez con el 10,4%

- **Abuso de drogas**
- **Comportamiento según sexo**

Tabla 47. Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	2,18% (1,1 - 3,3)	0,41% (0,1 - 0,7)	1,01% (0,6 - 1,4)	0,2
Prevalencia últimos 12 meses	3,66% (2,3 - 5,0)	0,84% (0,4 - 1,3)	1,79% (1,2 - 2,4)	0,2
Prevalencia de vida	12,95% (10,5 - 15,4)	2,69% (1,8 - 3,5)	6,15% (5,1 - 7,2)	0,2

Los indicadores de riesgo para el trastorno de abuso de drogas diferentes al alcohol, son un hallazgo no esperado, el 6,15% de la población presentó los criterios para el diagnóstico de abuso de drogas en la vida con IC95% entre el 5,1% y el 7,2%, por cada mujer se presentan cinco hombres con el trastorno de abuso de drogas.

Los indicadores de prevalencia anual, son de 3,66% y 0,84% respectivamente para el sexo masculino y el femenino. Los de prevalencia durante los últimos 30 días con una proporción de 2,18% y 0,41% para hombres y mujeres respectivamente y con una razón de cinco hombres por cada mujer.

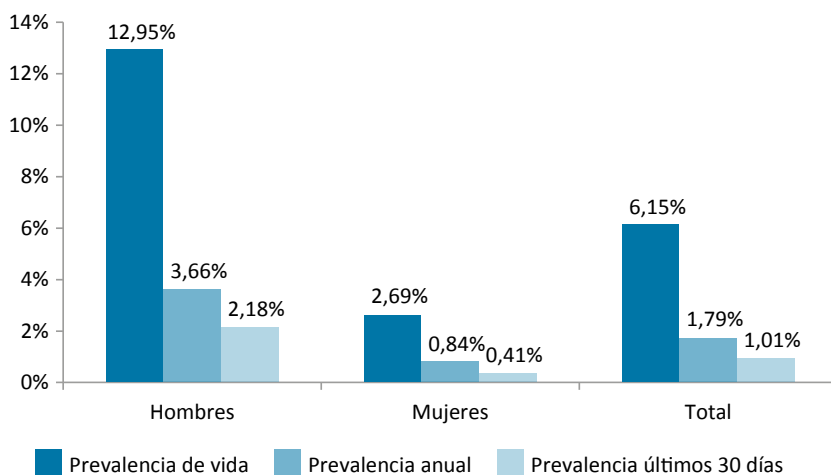


Gráfico 43. Prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

- **Comportamiento según edad**

Tabla 48. Indicadores de prevalencia para trastorno
abuso de drogas por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	4,98%	3,73%	1,38%
19 a 29 años	12,05%	4,71%	2,73%
30 a 44 años	5,04%	0,36%	0,36%
45 a 65 años	3,87%	0,61%	0,48%
Total	6,15%	1,79%	1,01%

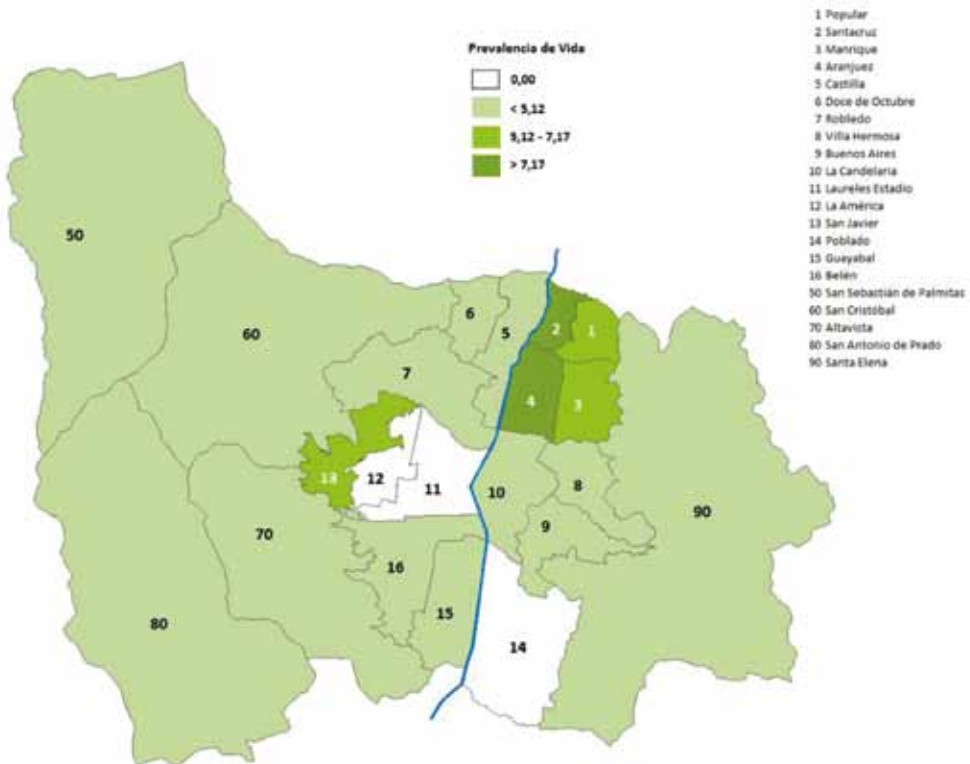
El análisis por grupos de edad en forma consistente con los resultados para los trastornos por alcohol presentan como grupo de mayor riesgo al de 19 a 29 años, podría lanzarse la hipótesis de la presencia de una cohorte de edad con alguna exposición especial a factores de riesgo asociados, posiblemente ligados a estilos de vida más permisivos o diferentes.

El grupo de 45 a 65 años presentó la frecuencia más baja para el indicador de prevalencia de vida y llama la atención como alerta la presentación del trastorno el estrato de 13 a 18 años.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

La prevalencia de vida para el trastorno por abuso de drogas según lugar de residencia, presento el mayor riesgo para las comunas de Santa Cruz y Aranjuez con una frecuencia de 7,17%. Con un comportamiento promedio se encontraron las comunas Popular, Manrique y San Javier, y riesgo bajo menor del 5,12% para el resto de comunas y corregimientos, con excepción de las comunas que no presentaron casos La América, Laureles Estadio y Poblado.

Mapa 21. Distribución para trastorno abuso drogas en la vida según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



- Dependencia de drogas
- Comportamiento según sexo

Tabla 49. Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,61% (0,01 - 1,2)	0,24% (0,01 - 0,5)	0,36% (0,1 - 0,6)	0,4
Prevalencia últimos 12 meses	1,51% (0,6 - 2,4)	0,29% (0,01 - 0,6)	0,70% (0,3 - 1,1)	0,2
Prevalencia de vida	4,54% (3,0 - 6,1)	0,88% (0,4 - 1,4)	2,11% (1,5 - 2,7)	0,2

El indicador, representa una mayor severidad para el problema que se inicia con el consumo de sustancias, es muy posible que aquí se presente comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y también con problemas de salud del ámbito físico.

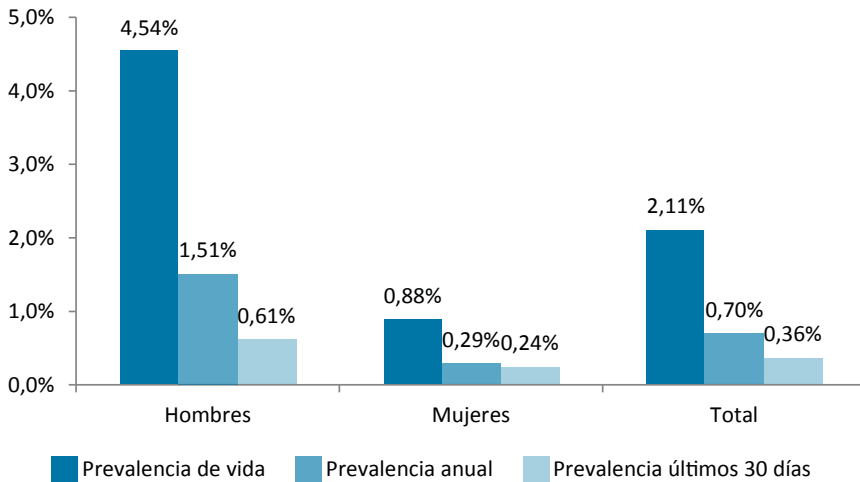


Gráfico 44. Prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia de vida para el total de la población llega a 2,11%, con una relación de cinco hombres por cada mujer. La frecuencia del indicador anual también se presenta mayor para el sexo masculino con una prevalencia de 1,51% e igual relación hombre mujer (5 hombres por cada mujer).

- **Comportamiento según edad**

Tabla 50. Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	1,77%	1,26%	0,48%
19 a 29 años	3,60%	1,86%	0,95%
30 a 44 años	1,90%	0,36%	0,36%
45 a 65 años	1,39%	0,13%	0,00%
Total	2,11%	0,70%	0,36%

Por edad, en forma consistente con los hallazgos anteriores, el grupo de 19 a 29 años se comporta como el grupo de más alto riesgo para los cuatro grupos estudiados con 3,6% para la prevalencia de vida, 1,86% la anual y 0,95% para los últimos 30 días o reciente.

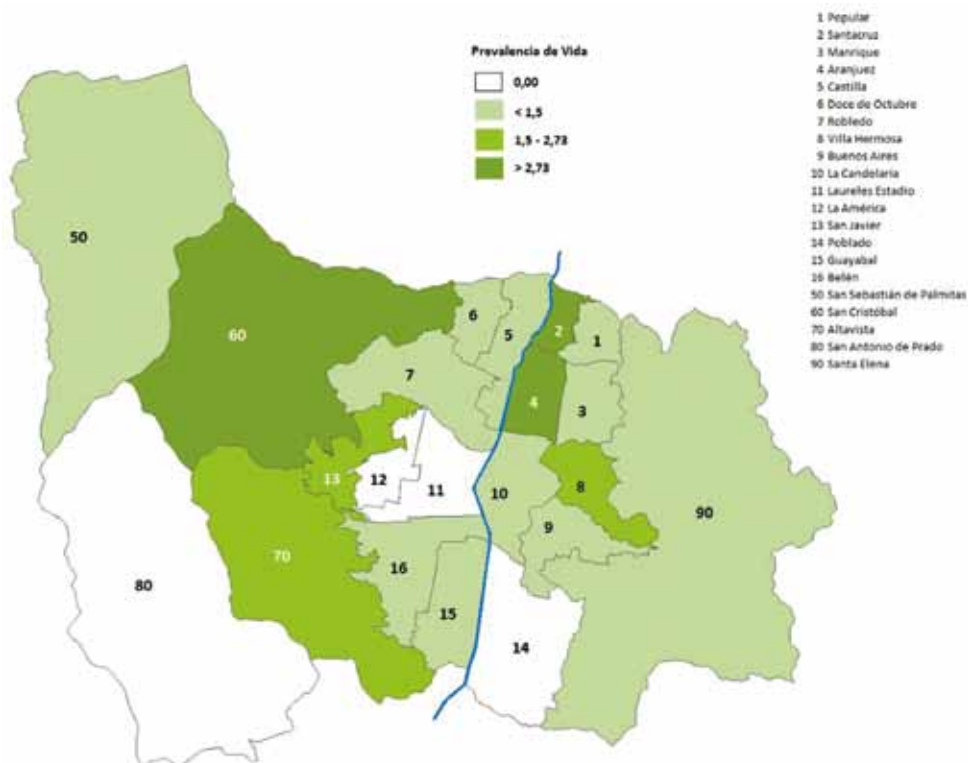
Al tomar el cuadro general sobre estos hallazgos, no cabe duda de la necesidad de priorizar el hallazgo como base para el trabajo en los campos de la prevención hasta el tratamiento.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

La prevalencia de vida para el trastorno por dependencia de drogas según lugar de residencia, presento el mayor riesgo para las comunas de Santa Cruz y Aranjuez y el corregimiento de San Cristóbal con una frecuencia mayor de 2,73%. Con un comportamiento promedio se encontraron las comunas Villa Hermosa, San Javier y el corregimiento de Altavista.

Con un riesgo bajo menor del 1,5% para el resto de comunas y corregimientos, con excepción de las comunas que no presentaron casos La América, Laureles y Poblado y el corregimiento de San Antonio de Prado.

Mapa 22. Distribución para trastorno dependencia drogas en la vida según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



8.3.3 Cualquier trastorno por uso de sustancias

- **Comportamiento según sexo**

Aceptando la probabilidad de que se presenten en la misma persona uno o más de los cuatro trastornos estudiados la prevalencia de vida para el total de la población llegó a 15,77% con IC95% entre 14,2% y 17,3%, para el sexo masculino llegó a 29,20% y para el femenino a 8,95%, con una razón de 3 hombres por cada mujer.

Tabla 51. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	5,08% (3,5 - 6,7)	0,95% (0,4 - 1,5)	2,34% (1,7 - 3,0)	0,2
Prevalencia últimos 12 meses	10,34% (8,1 - 12,6)	2,65% (1,8 - 3,5)	5,24% (4,3 - 6,2)	0,3
Prevalencia de vida	29,20% (25,9 - 32,5)	8,95% (7,5 - 10,4)	15,77% (14,2 - 17,3)	0,3

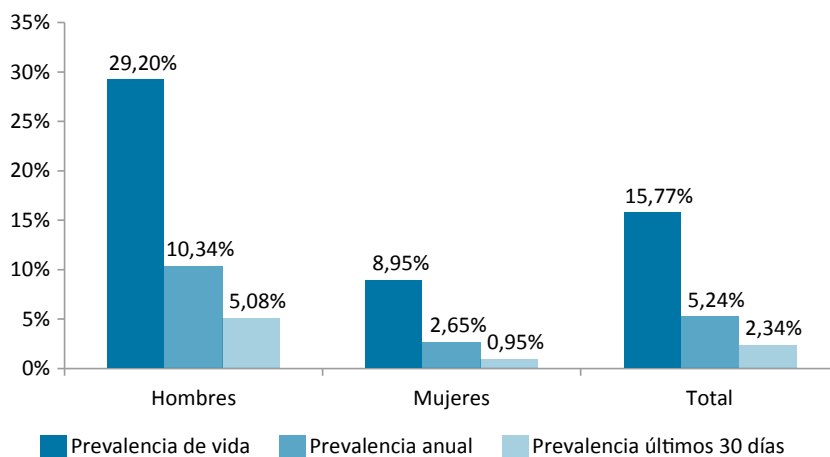


Gráfico 45. Prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia anual para el total de la población llega a 5,24%, con una relación de cuatro hombres por cada mujer. La frecuencia del indicador para los últimos 30 días también se presenta mayor para el sexo masculino con una prevalencia de 5,08% y la relación hombre mujer (5 hombres por cada mujer).

- **Comportamiento según edad**

Tabla 52. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

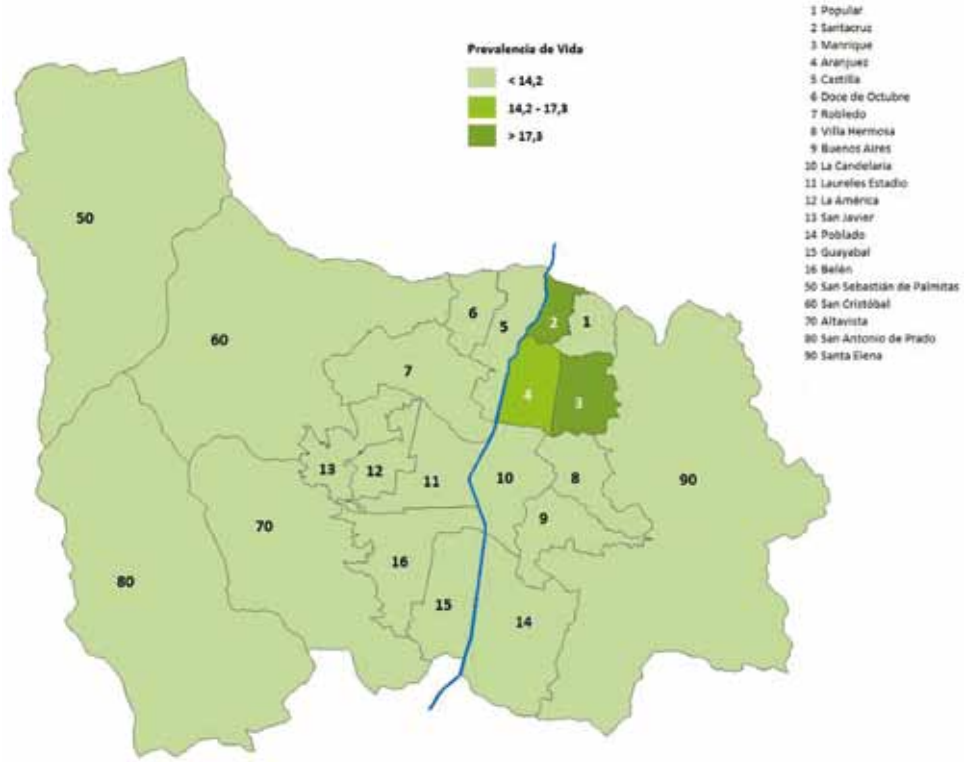
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	8,13%	6,68%	3,00%
19 a 29 años	24,96%	11,96%	5,29%
30 a 44 años	13,91%	3,56%	1,76%
45 a 65 años	14,26%	2,19%	0,89%
Total	15,77%	5,24%	2,34%

Por grupo de edad, se confirma el alto riesgo para la presentación de uno o más de los cuatro trastornos por uso de sustancias para el de 19 a 29 años para los tres indicadores de vida 24,96%, anual 11,96% y reciente 5,29%.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

Al analizar el resultado del grupo de trastornos por uso de sustancias en forma consistente con la severidad y alta frecuencia que se ha informado, las comunas con mayor riesgo fueron Santa Cruz y Manrique con una prevalencia mayor de 17,3%, con un riesgo entre 14,2% y 17,3%, Aranjuez se comporto con una prevalencia media y el resto de comunas y corregimientos con una frecuencia menor del 14,2%.

Mapa 23. Distribución para cualquier trastorno en el último año según lugar de residencia
 Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

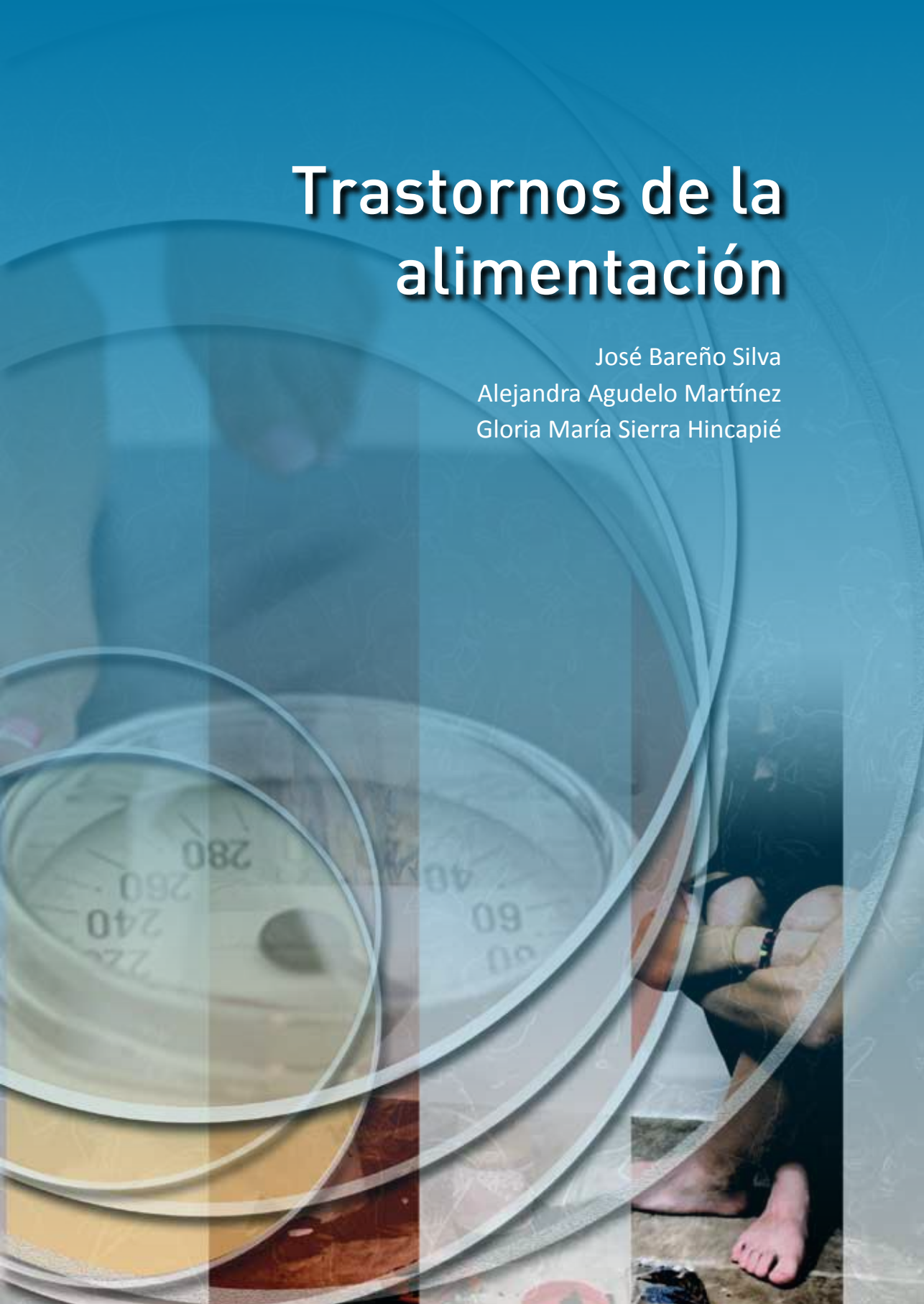


Trastornos de la alimentación

José Bareño Silva

Alejandra Agudelo Martínez

Gloria María Sierra Hincapié



9. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

9.1 Antecedentes

Diferentes investigaciones indican que los Trastornos de la Alimentación (TA) ocurren comúnmente en adolescente y en adultos jóvenes(194); si bien es cierto que este tipo de trastornos han sido llamados “de la abundancia” y parecen mayoritariamente en países desarrollados, en zonas urbanas y en estratos socioeconómicos altos, no son exclusivos de ellos y la tendencia parece mostrar su expansión hacia otros países, regiones y sectores sociales. En este sentido, pueden constituir una vía de desnutrición cualitativamente diferente a la tradicional, relacionada ésta con la pobreza y la extrema pobreza(195).

9.1.1 Definiciones

Se entiende por trastornos de la alimentación (TA): “aquellas alteraciones en las cuales la conducta alimentaria esta perturbada; fundamentalmente, como consecuencia de los dramáticos intentos reiterados que las personas hacen para controlar su cuerpo y su peso corporal(196). Se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etc. (197).

Aunque los trastornos alimenticios se padecen individualmente y tienen causas psicológicas, el entorno cultural y familiar marcan su aparición y sus orígenes son, por lo tanto, multicausales. Además, su expansión social los ubica como un problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido de manera específica con urgencia cada vez mayor(198).

Alrededor del 95,0% de los sujetos con TA son adolescentes de sexo femenino, por lo que es evidente la influencia del género femenino en su génesis, pero no así en su etiopatogenia lo que es más compleja. Varios autores han sugerido que la orientación del rol de género y particularmente la socialización vinculada a la identidad genérica

femenina, coloca a las mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, principalmente durante el período de adolescencia y adultez temprana. A la edad escolar aparece la preocupación por la imagen corporal, la que se asocia con popularidad, inteligencia y éxito y se rechaza la gordura. Esta situación se observa con mayor frecuencia en las mujeres, las que centran su ideal en un cuerpo delgado, en la prevalente focalización en la apariencia externa y la trascendencia de esta figura en el éxito social, tendencia que se acentúa durante la adolescencia. Por otro lado, los hombres también muestran aversión por el sobrepeso, pero con menos preocupación por engordar y no expresan tanta insatisfacción con algunas partes de su cuerpo como lo hacen las mujeres(199).

Tomando en cuenta que esta enfermedad compromete aspectos fundamentales del desarrollo psíquico a estas edades, como la autoestima, la autonomía y las habilidades sociales, además de las consecuencias potencialmente graves que produce en la salud física del adolescente, se puede deducir la importancia que tiene el apropiado conocimiento y manejo de estas patologías.

9.1.2 Clasificación del grupo de trastornos de la alimentación según el DSM-IV

En un intento por delimitar mejor las distintas entidades nosológicas y unificar los criterios diagnósticos, se han usado distintos manuales de diagnóstico. Uno de ellos es la clasificación DSM-IV, que define las siguientes patologías: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, desorden alimentario no especificado de otra manera (ED-NOS) y desorden de ingesta excesiva (BED)(200).

- **Anorexia nerviosa**

La anorexia nerviosa (AN), es una condición de desnutrición profunda, se caracteriza por la incesante auto inanición y pérdida de peso potencialmente mortales esto a causa de alteraciones en múltiples ejes neuroendocrinos, lo que conlleva a graves efectos negativos en múltiples órganos y sistemas del cuerpo humano, dentro

de estas anomalías se incluye la amenorrea/oligomenorrea, retraso de la pubertad, el hipertiroidismo (201), hipercortisolismo, alteraciones de la hormona de crecimiento (GH) y la baja densidad ósea, lo que desencadena las principales consecuencias patológicas de este trastorno alimentario(202-204).

En este sentido y sobre la base de criterios DSM-IV, las características de diagnóstico para AN incluyen pérdida de peso, la falta de aumento de peso o mantener el peso, una imagen alterada del cuerpo, un miedo profundo de ganar peso, y en las mujeres, la amenorrea de al menos 3 meses. La condición es frecuente entre las mujeres jóvenes, entre el 0,2 - 4,0% de las adolescentes y las mujeres en edad universitaria al parecer sufren de este desorden alimenticio. Este trastorno también puede ocurrir en mujeres de edad avanzada, y, la desnutrición y sus anormalidades hormonales asociados puede agravar la pérdida de masa ósea en el grupo de edad de las peri-posmenopáusicas; aunque es menos común, los hombres también pueden desarrollar la AN, sin embargo a menudo no se diagnostica ya que en comparación con las mujeres con el trastorno, y el impacto en los ejes neuroendocrinos y hueso es mucho menos estudiado (205, 206).

- **Bulimia nerviosa**

Aunque la bulimia nerviosa (BN) comparte algunos rasgos con la AN, el principal rasgo patológico que distingue estos dos trastornos de la conducta alimentaria es la impulsividad o falta de control. La característica central de la BN es la presencia de grandes atracones de comida durante un intervalo relativamente corto de tiempo, que se produce acompañado de pérdida de control sobre la ingesta alimentaria y fuertes sentimientos de culpabilidad posteriores al atracón (207); según el DSM IV, los atracones se definen como el consumo, a lo largo de un periodo de tiempo corto, de una cantidad excesiva de comida, y se acompaña de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta. Estos episodios suelen desencadenarse por el hambre intensa secundaria a una dieta severa; la preocupación excesiva acerca del peso, la figura o los alimentos, y también a los estados de ánimo disforicos o las situaciones interpersonales estresantes, en

cuanto a las conductas inadecuadas dirigidas a compensarlos destaca, por su mayor frecuencia, el vomito autoinducido, pero también se utiliza el uso de laxantes y diuréticos, los enemas, diversos fármacos o sustancias, el ejercicio excesivo y el ayuno(208).

Como en el caso de la AN, más del 90,0% de los casos de BN son mujeres, con una proporción de 10 mujeres afectadas por cada hombre. Sin embargo, la prevalencia de BN entre las mujeres es superior a la de AN, se estima que entre un 1,1% y un 4,2% de la población femenina padece este trastorno. No obstante, uno de los problemas que plantea el diagnóstico de la BN frente al de la AN es la dificultad para detectar el problema. En la mayoría de los casos la BN, al no existir un síntoma evidente como en AN (un marcado bajo peso) el trastorno puede pasar totalmente desapercibido durante años y si bien es una enfermedad que inicia en la adolescencia a veces después de una década de sintomatología puede resultar evidente (209). Las personas con BN se encuentran habitualmente dentro del rango de peso considerado normal ya que, entre atracón y atracón, generalmente restringen su ingesta calórica y seleccionan alimentos bajos en calorías, a la vez que evitan comer alimentos que perciben como altos en grasas o que puedan desencadenar un atracón. Por otro lado, es frecuente que las personas que presentan BN se avergüencen de su propio comportamiento, llegando a realizar notables esfuerzos para mantener oculto el trastorno. Estas circunstancias hacen que sea muy complicado obtener datos fiables de prevalencia que reflejen la magnitud real de este trastorno alimentario(210).

En un estudio realizado por Soundy y col, la incidencia de bulimia nerviosa por año en mujeres fue de 26,5/100.000 habitantes, mientras que en varones fue de 0,8/100.000, con un promedio total de 13,5/100.000 personas por año. Se observó una relación mujer-hombre de 33:1. En otro estudio realizado por Turnbull y col, se observó una incidencia de 23,3/100.000 habitantes en mujeres y de 0,5/100.000 habitantes en hombres, con un promedio total de 12,2/100.000 habitantes por año y una relación mujer-hombre de

47:1. Los vómitos autoinducidos pueden o no ser parte del cuadro clínico de la bulimia nerviosa(209).

- **Comorbilidad de los trastornos de alimentación**

En cuanto a la comorbilidad, los TA se asocian a un importante número de otros trastornos psiquiátricos: depresión(211), fobia social, trastornos de personalidad, etc. La comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad es muy alta, puede oscilar del 20,0% al 80,0% de los casos. Esta frecuente comorbilidad entre ambos trastornos hace más difícil la detección temprana del problema, dificulta el tratamiento y ensombrece el pronóstico terapéutico(212, 213). Otra de las asociaciones más interesantes es la que ocurre entre anorexia nerviosa y fenomenología obsesiva compulsiva. Toda anorexia nerviosa cursa con síntomas obsesivos constituidos por cogniciones intrusivas relacionadas específicamente con silueta, cuerpo, peso y alimentos. Además, muchas de las conductas alimentarias extravagantes, junto con el exceso de actividad física, constituyen otros tantos síntomas compulsivos.

Estudios y datos muy recientes han venido a subrayar esta estrecha relación entre anorexia nerviosa –y los TA en general– y la enfermedad obsesiva. Es bien sabido que en las familias de pacientes con estos trastornos, comparadas con familias de controles, hay una mayor frecuencia de antecedentes de depresión y alcoholismo. No obstante, se ha podido verificar que el riesgo de presentar trastornos del espectro obsesivo compulsivo en familiares de primer grado de pacientes anoréxicos también es muy superior al constatado en familiares de controles (9,69 frente al 0%)(214, 215).

9.2 Resultados

9.2.1 Anorexia

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 53. Indicadores de prevalencia para trastorno anorexia por cien según sexo y razón hombre/mujer

Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,00% (0,0 - 0,0)	0,00% (0,0 - 0,0)	0,00% (0,0 - 0,0)	NC
Prevalencia últimos 12 meses	0,00% (0,0 - 0,0)	0,00% (0,0 - 0,0)	0,00% (0,0 - 0,0)	NC
Prevalencia de vida	0,00% (0,0 - 0,0)	0,13% (0,01 - 0,4)	0,09% (0,01 - 0,3)	NC

Como se observa en la tabla anterior, el comportamiento de la prevalencia de vida para la anorexia fue de 0,09% con IC de 95% entre (0,01 y 0,3). Con una prevalencia para el sexo femenino de 0,13%.

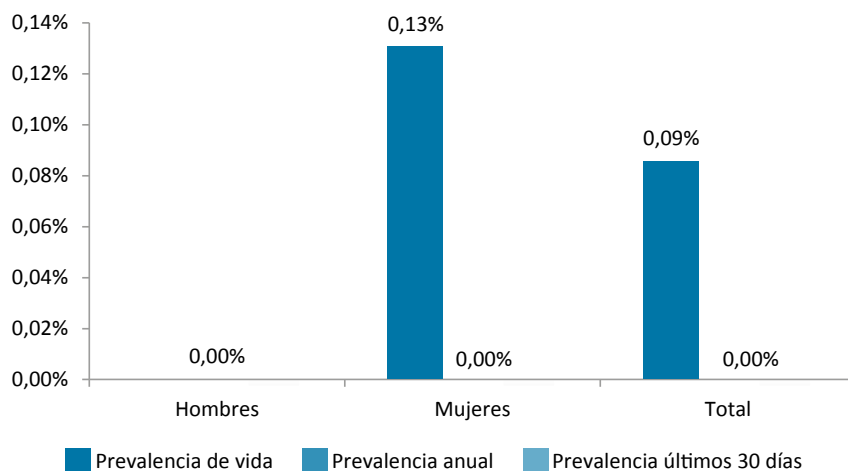


Gráfico 46. Prevalencia para trastorno anorexia por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

- **Comportamiento según edad**

Tabla 54. Indicadores de prevalencia para trastorno anorexia por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	0,00%	0,00%	0,00%
19 a 29 años	0,39%	0,00%	0,00%
30 a 44 años	0,00%	0,00%	0,00%
45 a 65 años	0,00%	0,00%	0,00%
Total	0,09%	0,00%	0,00%

Según edad, solo se presentó una prevalencia en la vida de 0,39% en el grupo de edad de 19 a 29 años.

9.2.2 Bulimia

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 55. Indicadores de prevalencia para trastorno bulimia por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,00% (0,0 - 0,0)	0,13% (0,01 - 0,4)	0,09% (0,01 - 0,3)	NC
Prevalencia últimos 12 meses	0,00% (0,0 - 0,0)	0,36% (0,01 - 0,8)	0,24% (0,01 - 0,5)	NC
Prevalencia de vida	0,00% (0,0 - 0,0)	0,43% (0,01 - 0,9)	0,28% (0,01 - 0,6)	NC

La prevalencia para los últimos 30 días fue de 0,09% para el total de la población estudiada con IC de 95% entre 0,01% y 0,3%, lo que demuestra una alta precisión en la estimación del indicador. La prevalencia anual y de vida presentó 0,24% y 0,28% respectivamente para el total de la población.

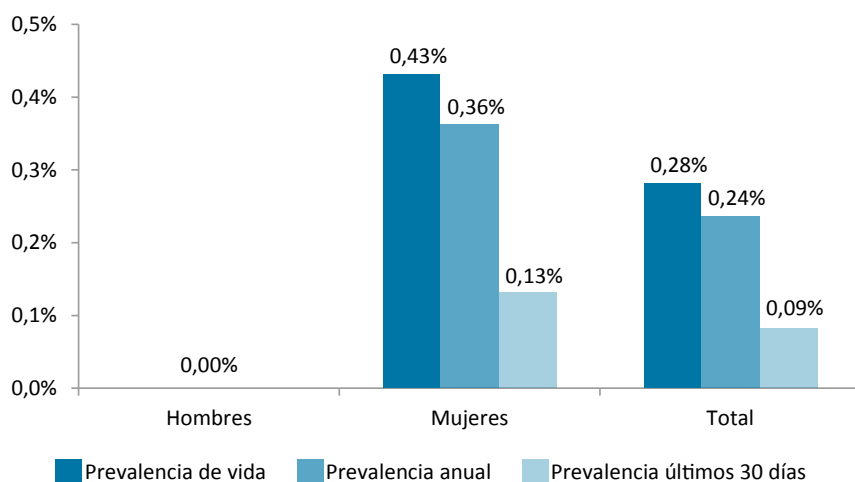


Gráfico 47. Prevalencia para trastorno bulimia por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Al analizar los resultados por género se encontró una prevalencia en las mujeres, para los últimos 30 días de 0,13%, prevalencia anual 0,36% y prevalencia de vida 0,43%, en los hombres no se encontró prevalencia para ninguno de los indicadores.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 56. Indicadores de prevalencia para trastorno bulimia por cien según edad. Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	0,30%	0,00%	0,00%
19 a 29 años	0,69%	0,69%	0,00%
30 a 44 años	0,32%	0,32%	0,32%
45 a 65 años	0,00%	0,00%	0,00%
Total	0,28%	0,24%	0,09%

En los tres indicadores estudiados para los cuatro grupos de edad, no se presenta una clara tendencia con relación a los grupos de edad, para la prevalencia de vida y anual la tendencia aumenta en los dos primeros grupos de edad, en cuanto a la prevalencia para los últimos 30 días solo se presenta prevalencia en el grupo de 30 a 44 años con 0,32%.

9.2.3 Cualquier trastorno de la alimentación

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 57. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de la alimentación por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,00% (0,0 - 0,0)	0,13% (0,01 - 0,4)	0,09% (0,01 - 0,3)	NC
Prevalencia últimos 12 meses	0,00% (0,0 - 0,0)	0,36% (0,01 - 0,8)	0,24% (0,01 - 0,5)	NC
Prevalencia de vida	0,00% (0,0 - 0,0)	0,56% (0,01 - 1,1)	0,37% (0,01 - 0,7)	NC

Para el año anterior, últimos 12 meses, el 0,09% de la población presentó una prevalencia total de 0,09% con un IC de 95% entre 0,01% y 0,3%; para el sexo femenino esta proporción fue 0,13%. La prevalencia anual para el total de la población estudiada fue de 0,24% con un IC de 95% entre 0,01% y 0,5%; para el sexo femenino esta proporción fue 0,36%.

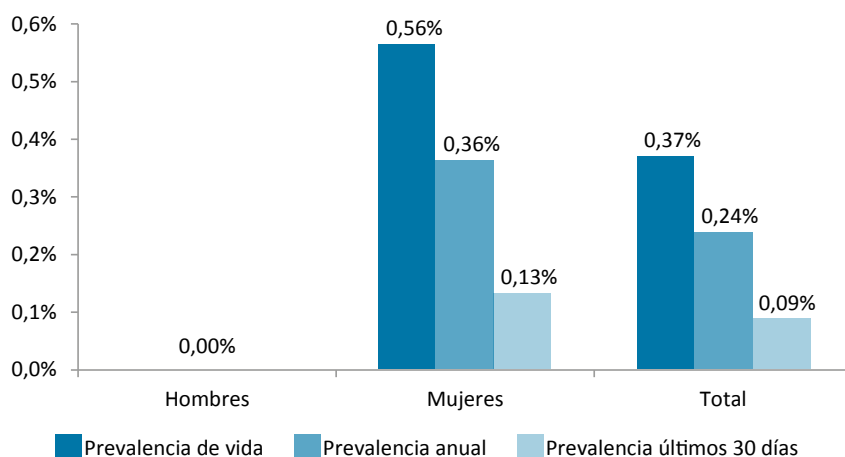


Gráfico 48. Prevalencia para cualquier trastorno de la alimentación por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia de vida para el total de la población estudiada fue de 0,37% con intervalos de confianza con 95% entre 0,01% y 0,7%, para el sexo femenino esta proporción fue 0,56%. No se presentan prevalencias en ninguno de los trastornos de alimentación en el sexo masculino.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 58. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de la alimentación por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

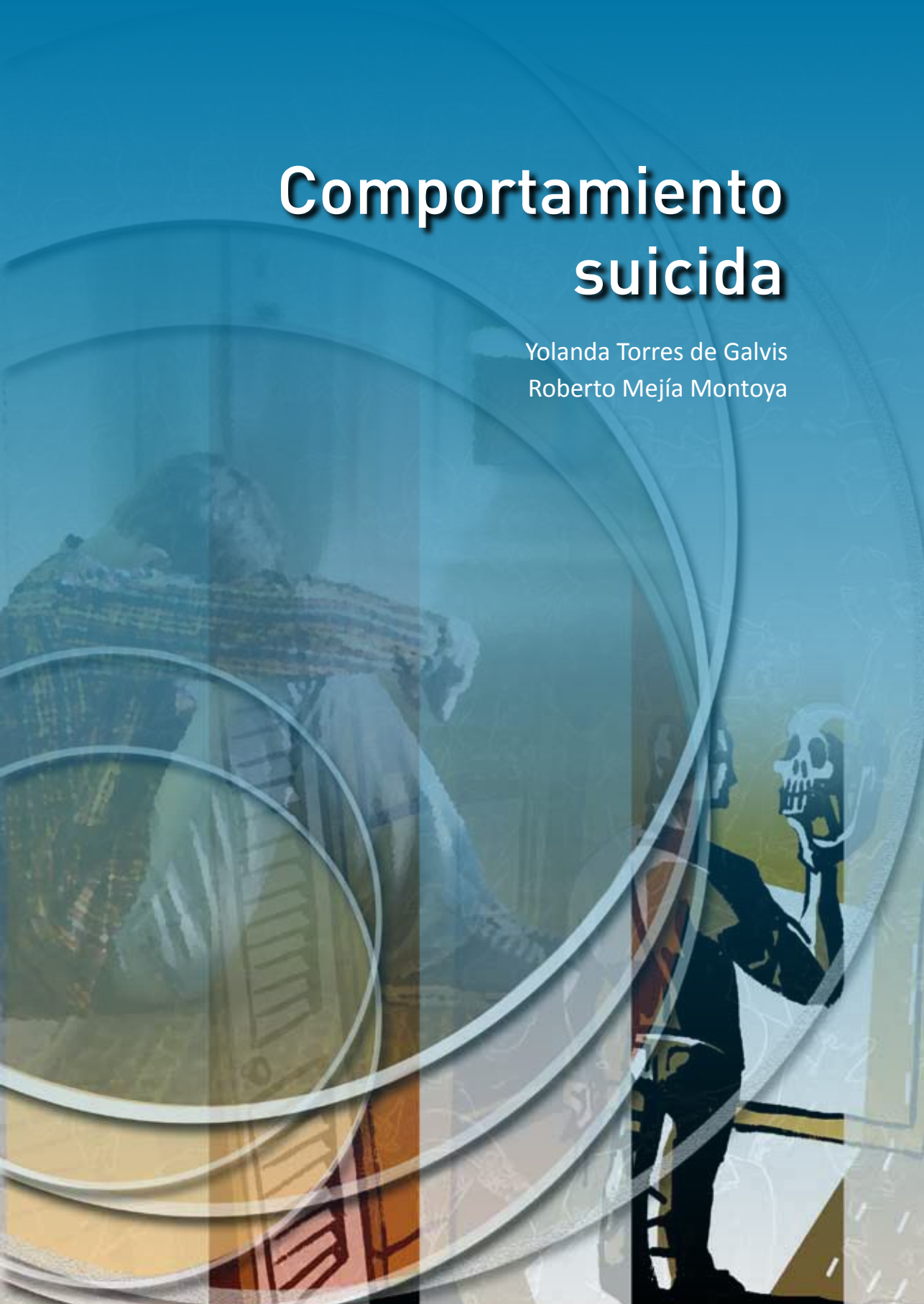
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	0,30%	0,00%	0,00%
19 a 29 años	1,07%	0,69%	0,00%
30 a 44 años	0,32%	0,32%	0,32%
45 a 65 años	0,00%	0,00%	0,00%
Total	0,37%	0,24%	0,09%

En los tres indicadores estudiados para los cuatro grupos de edad, no se presenta una clara tendencia con relación a los grupos de edad, para la prevalencia de vida y anual se presenta tendencia en aumento para los dos primeros grupos de edad y disminución en los dos últimos, en cuanto a la prevalencia para los últimos 30 días solo se presenta prevalencia en el grupo de 30 a 44 años con 0,32%.

Comportamiento suicida

Yolanda Torres de Galvis

Roberto Mejía Montoya



10. COMPORTAMIENTO SUICIDA

10.1 Antecedentes

El suicidio es un problema importante y evitable de salud pública, la OMS estima que para el año 2020, su magnitud crecerá en un 50 por ciento y lo que se considera más grave aún, las tasas de suicidio entre los jóvenes están en aumento hasta el punto que ahora son considerados como el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo.

10.1.1 Definiciones

- **Conducta suicida**

La conducta suicida es un proceso continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, gestos, intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos elementos debe considerarse como signo de alto riesgo en el individuo que los presenta.

- **Ideación suicida:** Es el paso anterior a la actuación aun cuando no siempre se da su manifestación. Se expresa a través de las amenazas por medio de verbalizaciones o escritos. En los análisis de autopsias psicológicas(216, 217) se puede observar cómo en algunos casos en donde no se encuentran notas suicidas o no hay claridad sobre manifestaciones verbales, sí se evidencian otras conductas previas al suicidio que mostraron el proceso de planeación y deliberación, es decir, la ideación suicida.

- **Conducta suicida no letal:** O los llamados intentos o gestos suicidas, en donde la persona ya ha realizado una acción concreta que ha generado un daño o lesión pero que no finaliza con su muerte. Diremos que cualquier intento de suicidio, por leve que parezca (tomarse un frasco de vitaminas) reviste de suma gravedad. Nuevamente, en los procedimientos investigativos con autopsias psicológicas (218)en muchos casos se conoce la existencia de intentos previos de suicidio antes del fatal desenlace.

• **Suicidio consumado:** La muerte se ha logrado, es cuando se cumple propiamente del concepto clásico del suicidio: “La palabra suicidio procede del latín, y se compone de dos términos: sui, de sí mismo, y caedere, matarse a sí mismo”.

La definición de suicidio más ampliamente conocida es la del sociólogo francés Emile Durkheim:

“... se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”.

La OMS define el intento suicida, como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, este debe verse a la luz de los conocimientos actuales como falla de los mecanismos adaptativos del individuo a su medio ambiente, provocado por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional, o como consecuencia a diversas causas, concepto que aporta una valoración integral y dialéctica de los factores que intervienen en el hecho.

Otra definición de suicidio lo plantea como el acto de quitarse la vida en forma voluntaria, el comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta (219).

- **Comportamiento autodestructivo**

El **comportamiento autodestructivo** puede ser directo o indirecto. Los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado son ejemplos de comportamiento autodestructivo directo. El

comportamiento autodestructivo indirecto implica la participación, generalmente de modo repetido, en actividades peligrosas sin que exista una intención consciente de morir. Ejemplos de comportamiento autodestructivo indirecto incluyen el abuso del alcohol y de las drogas, el abuso del tabaco, el comer con exceso, el descuido de la propia salud, la automutilación, el conducir un vehículo de modo temerario y el comportamiento criminal. Las personas con comportamiento autodestructivo indirecto pueden tener “deseo de muerte”, pero generalmente existen muchas razones para este comportamiento.

- **Factores asociados**

En el 2006, la OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (AIPS) indicaron que según investigaciones realizadas sobre el tema, el factor que más predispone es la depresión, pero hay otros muchos que aumentan la propensión al suicidio, como el trastorno bipolar, abuso de drogas y alcohol, esquizofrenia, antecedentes familiares, contextos socio-económicos y educacionales pobres o una débil salud física, entre otros(220).

En el estudio sobre Salud Mental del Adolescente en Colombia(221) se encontraron como factores asociados al intento de suicidio durante la vida y en los últimos 12 meses, el maltrato físico de la madre hacia el adolescente como el factor de riesgo más importante en especial para intento de suicidio en el último año con una OR de 6,4 y planeación suicida durante el mismo periodo con una OR de 5,3. Otros hallazgos importantes son aquellos factores de riesgo del entorno familiar como la presencia de trastornos de personalidad en la madre con una OR de 11,4 para ideación suicida en la vida, llegando a 29,74 para el intento de suicidio en el mismo periodo. También se encontró asociación para el antecedente de madre ansiosa, e intento de suicidio. Con relación a los antecedentes paternos, solo se encontró asociación con los indicadores estudiados en el caso de padre con consumo de sustancias psicoactivas o con trastorno de personalidad.

- **Magnitud del problema**

Al conmemorarse el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, en el 2010 la Organización mundial de la Salud (OMS) señaló que este se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en las personas de 15 a 44 años y que para 2020 alcanzará 1,5 millones de muertes anuales. Según la (OMS), cada 30 segundos se suicida una persona en el mundo y cada día hay en promedio casi 3000 que ponen fin a su vida, y al menos 20 intentan suicidarse por cada una que lo consigue.

La OMS agregó con motivo de la Jornada Mundial de Prevención del Suicidio, que el porcentaje de suicidios en el mundo ha aumentado un 60,0% durante los últimos 50 años y el aumento más fuerte se registró en los países en desarrollo,

La OMS señala que el trauma emocional que causa un suicidio en el entorno del suicida, fallido o realizado, “puede durar numerosos años”.

Para luchar contra el suicidio y poner en marcha estrategias de prevención es importante, según la misma organización, acabar con los tabúes y abordar el tema abiertamente. “Hace falta que el suicidio no sea considerado como un tabú o el resultado de crisis personales o sociales sino como un indicador de salud que ponga de manifiesto los riesgos psicosociales, culturales y medioambientales susceptibles de prevención”, añadió la OMS.

En el ámbito mundial, la conducta suicida es de alta frecuencia. Los países desarrollados notifican elevadas tasas de mortalidad por esta conducta y ofrecen datos que se elevan por encima de 30 suicidios por cada 100.000 habitantes y en algunos sobrepasan los 40. A pesar de que Canadá, Estados Unidos, Cuba y Venezuela registran las tasas más altas(222). En América Latina, la mayor incidencia de suicidio se presenta en jóvenes entre 15 y 19 años de edad.

- **Comportamiento en Colombia**

Colombia se encuentra entre los países con tasas medias de suicidio, con una frecuencia de 5,02 por 100 mil habitantes, siendo ésta la cuarta causa de muerte violenta en el país. En el país la tasa de suicidios corresponde a un suicidio cada cuatro horas, siendo el principal mecanismo la intoxicación (31,0%), seguido por las heridas por arma de fuego (30,0%) y el ahorcamiento (27,3 %)(223).

Según información aparecida en Forensis (2009), desde el año 2000 se nota una ligera disminución en la tasa de suicidios del país, siendo la más alta de 5,13 (en el año 2000), y la más baja de 4,03 (en los años 2006-2007). Sin embargo el número de casos ha mostrado un incremento desde el 2006 hasta la fecha.

Para el año 2009, se presentaron 1.845 suicidios por posibles problemas dentro de las relaciones de pareja o con su ex pareja, por desmotivación frente a circunstancias económicas o por la presencia de enfermedades tanto físicas como mentales, según la clasificación de la variable razón del suicidio que se registra en la base de datos del Instituto. De este total, 365 eran mujeres y 1.480 eran hombres. El promedio de edad para ambos sexos, fue de 36 años.

El grupo que reportó mayor número de casos es el de 20–24 años. Las frecuencias más altas se presentaron en los grupos de 20 a 24; 25 a 29 y 70 a 74 años, es decir son estas las edades con mayor riesgo para suicidarse. Por sexo se observó que es más en los hombres, por cada cuatro hombres que se quitan la vida, una mujer lo hace.

En ese año se destacó la adolescencia y la adultez tardía como los grupos de alerta epidemiológica para la atención y prevención del suicidio. Lo anterior no se debe interpretar como disminución de la tasa en adultos mayores, sino un incremento en los adolescentes, presentando a ambas poblaciones como vulnerables ante este tipo de violencia auto infligida.

- **Comportamiento por edad y sexo(218).**

Al analizar los resultados del informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para el 2009, llama la atención que desde el grupo de 10 a 14 años, se presentaron casos de suicidio consumado, tanto en hombres como en mujeres, con 26 casos en mujeres versus 39 en hombres, lo cual presenta concordancia con la literatura sobre el tema, que informa mayor frecuencia en el sexo masculino.

Al contrario de lo reportado con la literatura sobre el tema en el ámbito internacional, en Colombia el suicidio es un problema principalmente de las personas más jóvenes, concretamente ubicadas en una franja de edad entre los 15 y 24 años, con especial preocupación con lo que ocurre específicamente entre los 20 y 24 años de edad.

En cuanto a los mecanismos causales, en el artículo citado se encontró que a lo largo de estos 13 años analizados, se hicieron evidentes tres tendencias predominantes, pasando primero de las armas de fuego a las intoxicaciones y posteriormente a la asfixia mecánica.

El comportamiento por sexo es muy diferente y siempre con indicadores menores para el femenino. Se sigue conservando la proporción clásica de cuatro muertes de hombres por cada mujer, lo cual muestra que el suicidio sigue siendo un problema primordialmente de los hombres.

Haciendo referencia al año 2009 con respecto a los mecanismos empleados para el suicidio, hay una clara diferencia en las preferencias existentes entre hombres y mujeres; los primeros emplean más la asfixia mecánica en tanto que las segundas se inclinan más por las intoxicaciones.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental informó que el 12,3% de los colombianos ha presentado ideación suicida, en cualquier momento de su vida 4,1% ha realizado planes suicidas y 4,9% ha hecho intentos suicidas. Al diferenciar los datos por grupos de edad, se observó que la mayor prevalencia de conductas suicidas durante toda la vida se encuentran entre el grupo de 30-44 años, pero

si se tiene en cuenta sólo el último año, la prevalencia es mayor en los jóvenes de 18-29 años de edad (4).

10.2 Resultados

10.2.1 Ideación suicida

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 59. Indicadores de prevalencia ideación suicida por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 12 meses	3,01% (2,2 - 3,9)	3,94% (3,2 - 4,7)	3,59% (3,0 - 4,2)	1,3
Prevalencia de vida	12,49% (10,8 - 14,1)	15,09% (13,7 - 16,5)	14,13% (13,1 - 15,2)	1,2

Para el año anterior, últimos 12 meses, el 3,59% de la población informó haber pensado en la posibilidad de suicidarse; para el sexo femenino esta proporción fue 3,94%, y 3,01% la reportada para el sexo masculino.

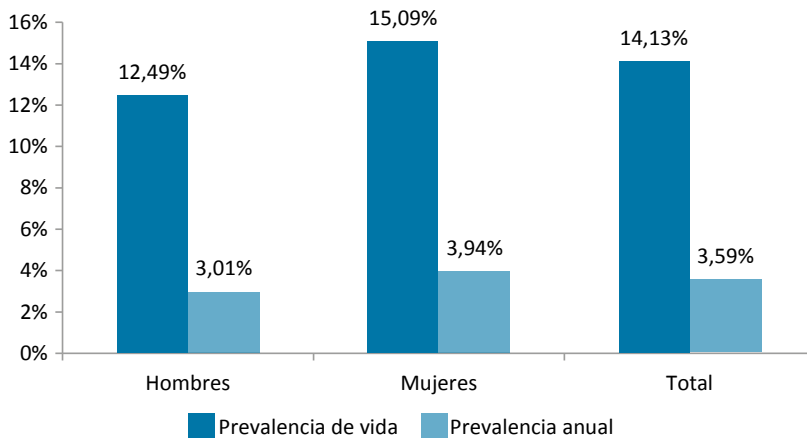


Gráfico 49. Prevalencia ideación suicida por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia de vida de ideación suicida, para el total de la población estudiada fue de 14,1% con intervalos de confianza con 95% entre 13,1% y 15,2%, lo que indica que 15 de cada cien personas en algún momento de su vida presentaron esta tendencia. Por sexo es más alta para el femenino con 15,1% versus 12,49% para el masculino.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 60. Indicadores de prevalencia Ideación suicida por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

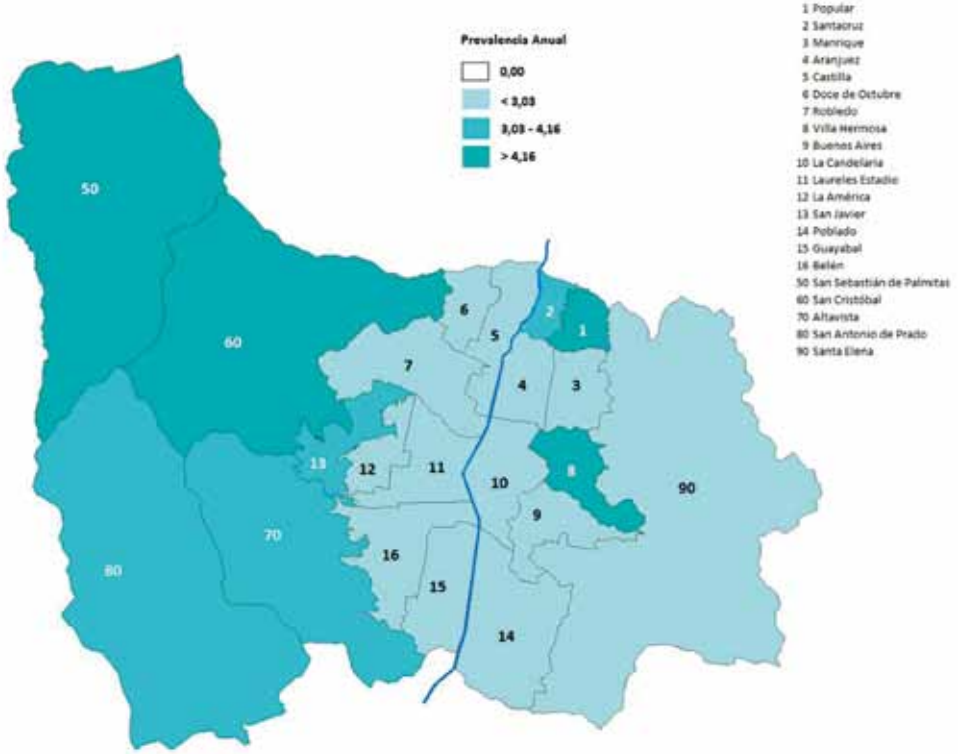
Edad	En la vida	Últimos 12 meses
13 a 18 años	15,20%	6,92%
19 a 29 años	13,61%	3,61%
30 a 44 años	16,01%	3,96%
45 a 65 años	12,58%	1,97%
Total	14,13%	3,59%

Con relación a la variable edad el grupo de 13 a 18 años presentó la prevalencia anual más alta, con 6,92%, y la más baja el de 45 a 65 años con una proporción del 1,97%. El indicador de prevalencia de vida presenta un comportamiento variable por grupo, las proporciones mayores se encuentran para el grupo de 30 a 44 años con 16,0% y el de 13 a 18 años con 15,2%.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

La ideación suicida presenta un comportamiento por lugar de residencia con el mayor riesgo, con una prevalencia mayor del 4,0%, para los residentes de las comunas Popular y Villa Hermosa y para los corregimientos de San Sebastián Palmitas y San Cristóbal. Con riesgo medio (prevalencia entre 3,03% y 4,16%) se comportaron las comunas de San Javier y Santa Cruz junto con los corregimientos de Altavista y San Antonio de Prado, el grupo de menor riesgo con prevalencias menores a 3,03% se ubica en el corregimiento de Santa Elena y el resto de las comunas de la ciudad. Para este indicador no se presentó ninguno de los corregimientos, ni de las comunas sin casos.

Mapa 24. Distribución para ideación suicida en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



10.2.2 Planeación suicida

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 61. Indicadores de prevalencia planeación suicida por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 12 meses	0,49% (0,1 - 0,8)	1,71% (1,2 - 2,2)	1,26% (0,9 - 1,6)	3,5
Prevalencia de vida	3,33% (2,4 - 4,2)	4,87% (4,1 - 5,7)	4,30% (3,7 - 4,9)	1,5

Para el año anterior, últimos 12 meses el 1,26% de la población informó haber presentado planeación de suicidio, menos de la mitad de los que informaron ideación durante el mismo periodo; para el sexo femenino esta proporción fue 1,71%, y para el masculino 0,49%. La razón por sexo muestra como por cada 10 hombres lo informan 15 mujeres, lo cual es concordante con el conocimiento sobre el tema.

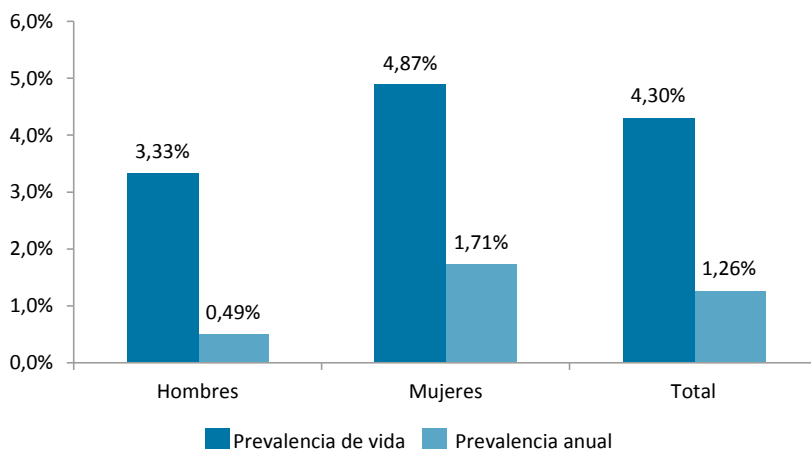


Gráfico 50. Prevalencia para Planeación suicida por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia de vida de planeación suicida, para el total de la población estudiada fue de 4,3% con intervalos de confianza con 95% entre 3,7% y 4,9%, lo que indica que más de 4 de cada cien personas en algún momento de su vida presentaron esta tendencia. Por sexo es más alta para el femenino con 4,87% versus 3,33% para el masculino.

- **Comportamiento según edad**

Tabla 62. Indicadores de prevalencia para Planeación suicida por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

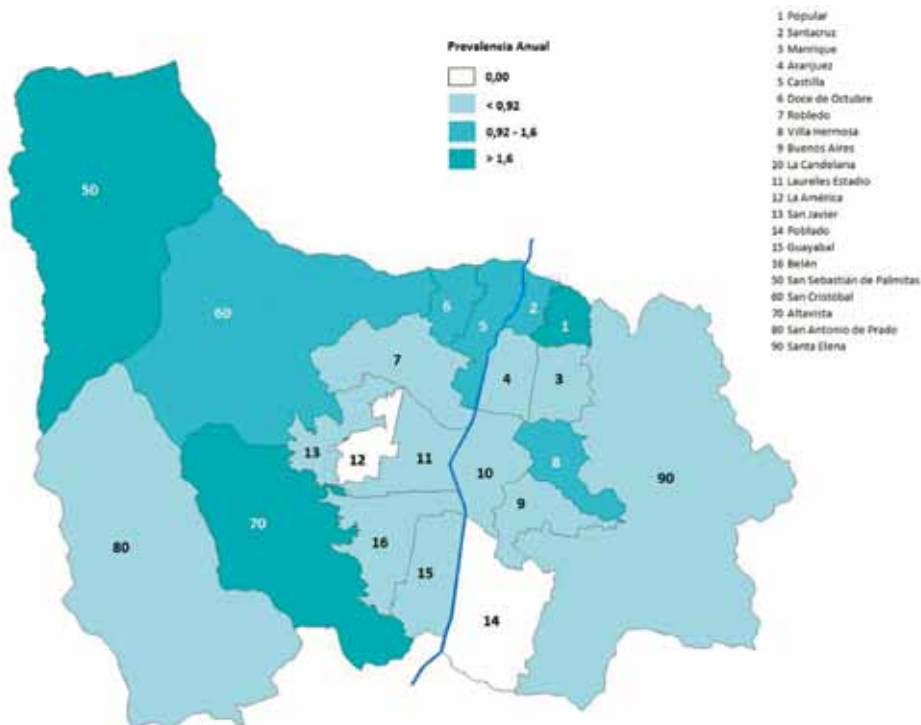
Edad	En la vida	Últimos 12 meses
13 a 18 años	5,22%	2,48%
19 a 29 años	3,25%	1,08%
30 a 44 años	5,94%	1,34%
45 a 65 años	3,24%	0,77%
Total	4,30%	1,26%

Los grupos de más alto riesgo durante la vida son los de 13 a 18 años con 5,22% y el de 5,94% para el grupo de 30 a 44 años. Para la prevalencia en los 12 meses el mayor riesgo se encuentra para el grupo de adolescentes con, 2,48% y el grupo de menor riesgo para el de 45 a 65 años con 0,77%.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

El más alto riesgo para planeación de suicidio con una prevalencia mayor de 1,6% se encontró para los residentes de la comuna Popular y los corregimientos de San Sebastián de Palmitas y Altavista; riesgo medio con prevalencias entre 0,92% y 1,6% para las comunas de Santa Cruz, Castilla, Doce de Octubre y Villa hermosa y el corregimiento de San Cristóbal. Riesgo bajo con prevalencia menor de 0,92% para el resto de comunas y corregimientos, con excepción de las comunas la América y Poblado en las cuales no se encontraron casos.

Mapa 25. Distribución para planeación suicida en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



10.2.3 Intento de suicidio

- **Comportamiento según sexo**

Tabla 63. Indicadores de prevalencia Intento de suicidio por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 12 meses	0,36% (0,1 - 0,7)	1,03% (0,6 - 1,4)	0,78% (0,5 - 1,0)	2,9
Prevalencia de vida	3,04% (2,2 - 3,9)	5,52% (4,6 - 6,4)	4,60% (4,0 - 5,2)	1,8

El tercer indicador de comportamiento suicida, “el intento de suicidio”, presenta una prevalencia de vida de 0,78% con IC95% entre 0,5% y 1,0%, mayor para el sexo femenino, por cada hombre casi 3 mujeres lo informaron.

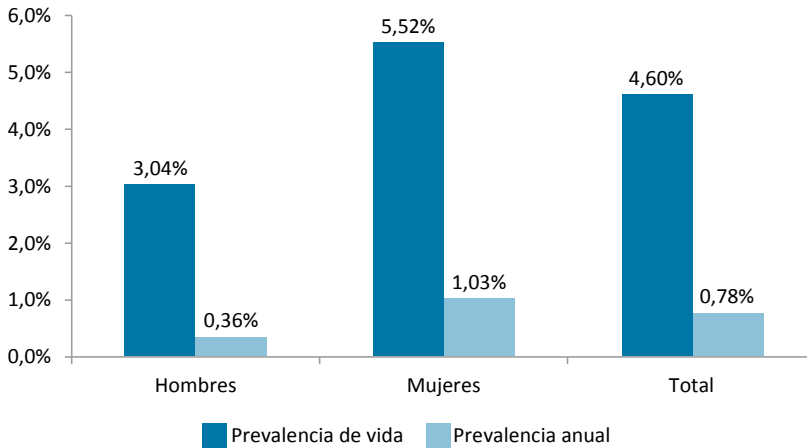


Gráfico 51. Prevalencia para intento de suicidio por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La prevalencia de vida para el total de la población fue de 4,60% y mayor para el sexo femenino con 5,52% versus 3,04%.

- **Comportamiento según edad**

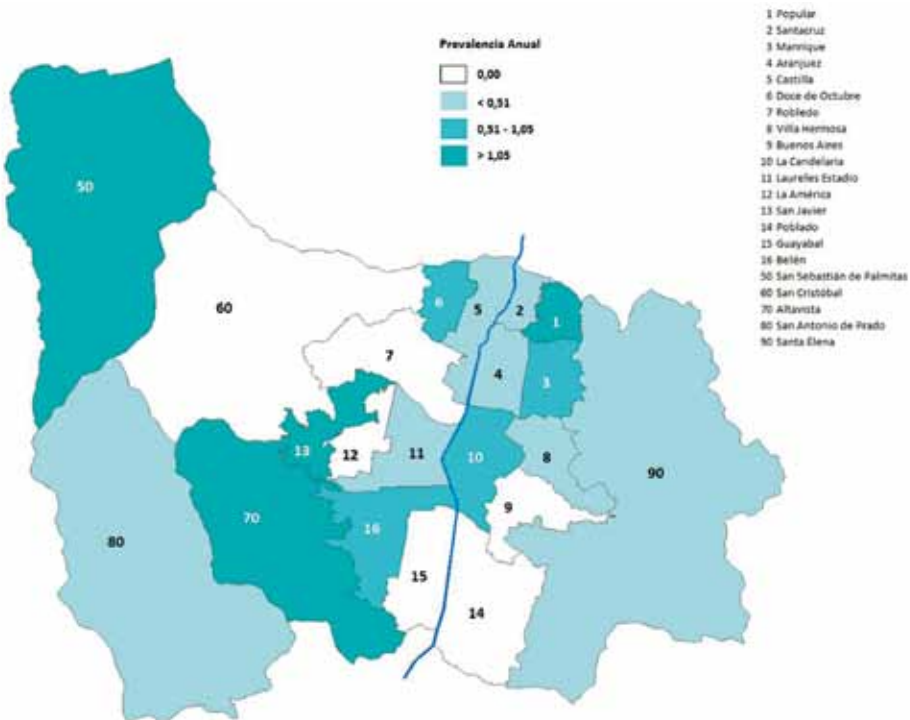
Tabla 64. Indicadores de prevalencia para Intento de suicidio por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
13 a 18 años	5,79%	1,55%
19 a 29 años	4,06%	0,13%
30 a 44 años	5,83%	1,45%
45 a 65 años	3,45%	0,32%
Total	4,60%	0,78%

Según edad se presenta el mayor riesgo para los grupos de 30 a 44 años con 5,83% y el de 13 a 18 años con 5,79%. Para la prevalencia anual se presenta la misma tendencia.

- **Comportamiento según lugar de residencia**

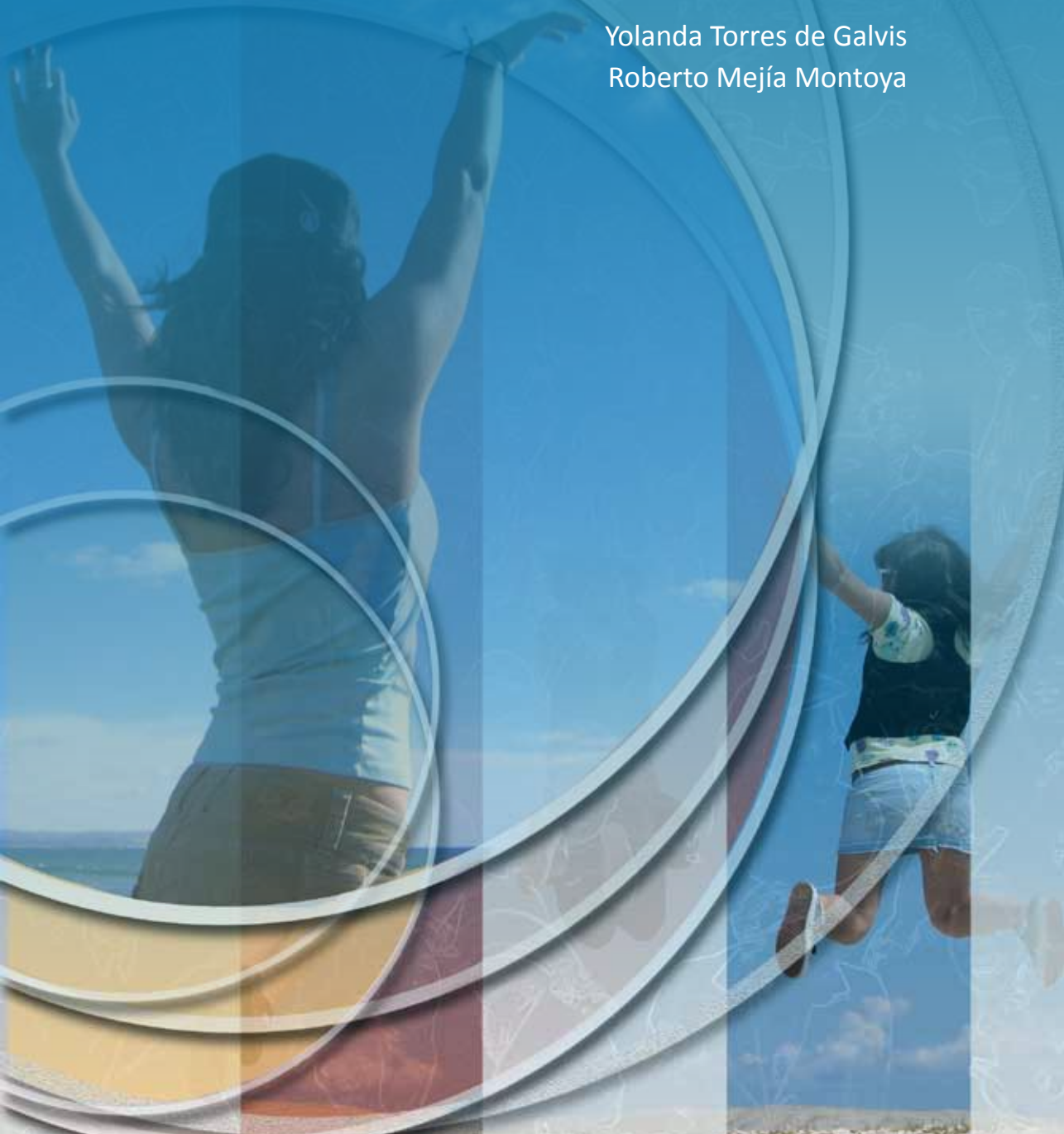
Mapa 26. Distribución para intento de suicidio en el último año
según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



La distribución del intento de suicidio según lugar de residencia presenta el más alto riesgo para los que viven en las comunas Popular y San Javier y para los corregimientos de San Sebastián de Palmitas y Altavista, por el contrario no se presentó ningún caso en las comunas del Poblado, Guayabal Buenos Aires, La América y Robledo y en el corregimiento de San Cristóbal.

Discusión y Recomendaciones

Yolanda Torres de Galvis
Roberto Mejía Montoya



11. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

El Estudio de Salud Mental Medellín Población General de 13 a 65 años, realizado como parte del Estudio Mundial liderado por el Consorcio Harvard-OMS, le permite a los encargados de la formulación de políticas públicas y toma de decisiones, contar con el diagnóstico actualizado con la más alta confiabilidad, como línea de base para la evaluación de las intervenciones tendientes a mejorar la salud mental de la población.

El Estudio tuvo una característica muy positiva y fue el casi nulo rechazo por parte de las personas seleccionadas en la muestra, lo cual se considera la respuesta al gran esfuerzo que el grupo inter-institucional dedicó a la etapa de preparación de la comunidad. Finalmente se entrevistaron 4.176 personas, con una distribución por sexo de 41,5% para el masculino y 58,5% para el femenino.

A continuación se presentan los hallazgos más importantes comparados con otros estudios que comparten igual metodología.

11.1 Magnitud del problema

11.1.1 Prevalencia de vida

Tabla 65. Indicadores de prevalencia de vida para uno o más trastornos psiquiátricos por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Prevalencia Vida	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Un trastorno	11,30%	14,67%	13,28%	1,3
Dos trastornos	6,21%	5,90%	6,03%	1,0
Tres o más trastornos	8,93%	8,03%	8,40%	0,9
Uno o más trastornos	24,84%	27,70%	26,64%	1,1

Al analizar la prevalencia de uno o más trastornos mentales durante la vida, (tabla 65) se observa que de cada 100 personas en las edades estudiadas, aproximadamente 27, han padecido uno o más trastornos

mentales durante la vida. Con una razón por sexo de 1,1 mujeres por cada hombre.

Al comparar este hallazgo con el encontrado para la población colombiana en el Estudio Nacional de 2003 que presentó una prevalencia de 36,4%, la de Medellín es inferior.

11.1.2 Prevalencia últimos doce meses(160)

El indicador más importante como base para la toma de decisiones es el de la prevalencia de año anterior al estudio (12 meses).

Tabla 66. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para uno o más trastornos por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Trastorno	Prevalencia por cien últimos 12 meses			Razón por sexo F:M
	Masculino	Femenino	Total	
Uno	7,2%	10,6%	9,2%	1,5
Dos	3,4%	3,3%	3,3%	1,0
Tres o mas	2,8%	3,5%	3,2%	1,2
Cualquier trastorno mental	12,4%	16,1%	14,7%	1,3

Con base en la tabla 66, la prevalencia anual muestra que el 14,7% de la población de Medellín sufrió de uno o más trastornos mentales en los 12 meses anteriores al estudio, lo cual sustenta la necesidad de considerar a los trastornos mentales como una importante prioridad de salud pública.

Es importante hacer énfasis en el hecho de que 14 o más personas presentaron uno o más de los trastornos estudiados y más de 6 de cada cien, sufrieron dos o más trastornos, lo cual se comporta como indicador de severidad, con la probable explicación de alta comorbilidad psiquiátrica, lo cual es posible dados las primeras causas encontradas como son los trastornos de ansiedad, trastornos del estado del ánimo y trastornos por uso de sustancias, para los cuales existe evidencia, sobre su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como la encontrada a partir de los datos del Estudio Nacional de Adolescentes de Colombia(145).

El hallazgo sobre la prevalencia anual de uno o más trastornos en el Estudio de Medellín con 14,7%, se puede comparar con la encontrada en el primer informe del Estudio Mundial CIDI-OMS, que incluyó a Colombia (17,8%), y con los resultados extremos para la prevalencia anual, entre los 14 países incluidos, en el primer reporte del estudio, según los cuales la menor prevalencia se presentó en Shanghái con 4,3% y la más alta con 26,4% en Estados Unidos.

Igualmente en el mhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OMS(224), se informa sobre una prevalencia anual de trastornos neuro-psiquiátricos que alcanzan entre el 8,4% y el 29,1%.

Lo anterior se complementa con la estimación del número de casos esperados para Medellín en el 2012 que permite concluir que las personas afectadas por algún trastorno mental llega a 282.068, de las cuales el 16,1% corresponde al sexo femenino y 12,4% al masculino.

Informe de la Secretaría de la OMS, lunes 20 de febrero de 2012
“Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de respuesta integral y coordinada a escala de país” “En todo el mundo, la brecha entre la necesidad de tratamiento para los trastornos mentales y su prestación es grande. Por ejemplo, entre el 76,0% y el 85,0% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento alguno en los países de ingresos bajos y de ingresos medios; los países de ingresos altos también presenta valores elevados: entre el 35,0% y el 50,0%, de pacientes sin tratamiento.

1. Como consecuencia los trastornos mentales no tratados cobran un alto precio, ya que representan el 13,0% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad. Según las predicciones actuales, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial”.

2. Cuando solo se toma en cuenta el componente de discapacidad al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el **25,3%** y el **33,5%** de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente.

11.1.3 Comportamiento por grupo de trastornos

- **Trastornos de Ansiedad**

Tabla 67. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Trastorno	Prevalencia por cien últimos 12 meses			Razón por sexo F:M
	Masculino	Femenino	Total	
Trastorno de pánico	0,4%	1,0%	0,8%	2,5
Ansiedad generalizada	0,2%	1,6%	1,1%	8,0
Fobia Social	2,5%	3,4%	3,0%	1,4
Fobia específica	3,7%	7,1%	5,8%	1,9
Agorafobia	0,8%	1,0%	0,9%	1,3
Estrés postraumático	0,4%	1,5%	1,2%	3,8
Ansiedad por separación	1,2%	0,9%	1,0%	0,8
Obsesivo compulsivo	2,8%	5,7%	4,6%	2,0
Cualquier trastorno ansiedad	7,3%	12,0%	10,3%	1,6

Al analizar el comportamiento de los resultados según grupos de trastornos, los de ansiedad, presentaron el primer lugar con prevalencia anual (10,3%), para el total de la población, al compararla con los resultados del Estudio Nacional de Colombia que aplicó la misma metodología en el cual este indicador presentó una prevalencia 11,7%, los resultados son concordantes a pesar de ser diferentes en el tiempo y el Estudio Nacional haber sido aplicado a la población de 18 a 65 años.

Al comparar el comportamiento de la prevalencia anual por sexo 12,0% para el femenino y 7,3% para el masculino, es menor a la prevalencia

encontrada para el mismo periodo en el Estudio de Colombia que presentó 13,7% y 9,1% respectivamente para mujeres y hombres.

Los resultados en la población total de este grupo de trastornos, 10,3% para la población estudiada, se pueden comparar con los de otros países dentro del Estudio Mundial de Salud Mental: para México la prevalencia para el mismo periodo (12 meses) fue de 6,8%, para Estados Unidos 18,2%, España 5,9%, Francia 12,0% y Líbano 11,2%(225).

- **Trastornos del estado del ánimo**

Tabla 68. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos del ánimo por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Trastorno	Prevalencia por cien últimos 12 meses			Razón por sexo F:M
	Masculino	Femenino	Total	
Depresión mayor	1,6%	5,6%	4,1%	3,5
Distimia	0,2%	0,7%	0,5%	3,5
Bipolar I, II	0,9%	0,7%	0,8%	0,8
Cualquier trastorno afectivo	2,5%	6,3%	4,9%	2,5

El segundo lugar como grupo, lo comparten los trastornos del estado del ánimo y los trastornos por abuso de sustancias.

La prevalencia anual para el grupo de los trastornos del ánimo, para el total de la población fue de 4,9% siguiendo la misma tendencia por sexo que la presentada por los trastornos de ansiedad con 6,3% para el sexo femenino y 2,5% para el masculino.

Al comparar los resultados de la prevalencia anual encontrada en Medellín con 4,9%, con los del Estudio Nacional de Colombia en el cual este indicador presentó 6,8% es más baja. El indicador de Medellín es igual con respecto al de México (4,8%) y al de España (4,9%) y más baja que la informada para Estados Unidos (9,6%).

- **Trastornos de inicio en la infancia, niñez y la adolescencia**

Tabla 69. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos del impulso o de inicio en la infancia, niñez y la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Trastorno	Prevalencia por cien últimos 12 meses			Razón por sexo F:M
	Masculino	Femenino	Total	
Oposicionista (Negativista) desafiante	2,4%	1,8%	2,0%	0,8
Trastorno de conducta	1,1%	0,4%	0,7%	0,4
Déficit de Atención con o sin hiperactividad	2,1%	1,0%	1,4%	0,5
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, niñez y la adolescencia	4,4%	2,8%	3,3%	0,6

Los trastornos de inicio en la infancia, niñez y la adolescencia, también clasificados como trastornos del impulso, presentan una prevalencia global de 3,3% y cambian la orientación de la prevalencia por sexo encontrada para otros grupos de trastorno; junto con los trastornos por uso de sustancias presentan la mayor frecuencia para el sexo masculino en este caso con 4,4% versus 2,8% para el femenino.

En el Estudio Nacional de Colombia, el grupo presentó una prevalencia anual de 3,9%, muy cercana a la presentada en el presente estudio (3,3%).

Comparada con la de otros países que hacen parte del Estudio Mundial de Salud Mental, y como ya se expuso comparten los criterios diagnósticos, mediante la aplicación del CIDI-OMS, como México con una prevalencia anual de 1,3%, la de Medellín es mayor y a la vez se encuentra por debajo de la encontrada para Estados Unidos con 6,8%.

Dentro de los países europeos que hacen parte del mismo Estudio, la prevalencia encontrada en Medellín, para este grupo de trastornos, es superior a la de España (0,5%), Italia (0,3%), Bélgica (1,0%), Francia

(1,4) y Alemania (0,3%), entre otros, sin olvidar que se comparten los mismos criterios diagnósticos.

Los trastornos del grupo en estudio presentan la mayor prevalencia anual en los adolescentes con 10,4% versus 2,2% en los adultos. La prevalencia del trastorno opositor desafiante es de 6,43% en los adolescentes versus 1,21% en el grupo de adultos. Igual tendencia por edad presenta el déficit de atención, con una prevalencia de 4,77% y 0,86% respectivamente.

Es de anotar que las etapas de la infancia y la adolescencia son transitorias en la vida de los individuos y poseen sus propios trastornos, por lo que algunos de estos trastornos varían al entrar en la adultez sin que hayan sido tratados, y aunque no es clara la causa de este cambio se dice que la población acepta un poco más las restricciones de la sociedad o del medio y aunque muchas veces no desaparece por completo este trastorno si cambia su presentación dejando ver otro tipo de enfermedades mentales que requiere de un enfoque diferente.

- **Trastornos por uso de sustancias**

Los trastornos por uso de sustancias, abuso y dependencia para alcohol y otras drogas diferentes, presentan una situación que impone la necesidad de dar la máxima prioridad a un trabajo serio y continuo para la búsqueda de soluciones, de cada 100 personas 5,2% del total, más de 10 hombres y 2,6 mujeres presentaron durante el año anterior al estudio cualquier trastorno por uso de sustancias.

Estos trastornos comparten el segundo lugar en frecuencia con los trastornos del ánimo.

En este grupo ocupa el primer lugar el abuso de alcohol con 3,6%, presentándose significativamente más alto para el sexo masculino con una prevalencia de 7,0%, versus 1,9% para el femenino. La dependencia a otras drogas (ilícitas) es de 1,5% para los hombres versus 0,3% para las mujeres, también con diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 70. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Trastorno	Prevalencia por cien últimos 12 meses			Razón por sexo F:M
	Masculino	Femenino	Total	
Abuso de alcohol	7,0%	1,9%	3,6%	0,3
Dependencia de Alcohol	4,1%	0,8%	1,9%	0,2
Abuso de drogas	3,7%	0,8%	1,8%	0,2
Dependencia de drogas	1,5%	0,3%	0,7%	0,2
Cualquier trastorno por uso de sustancias	10,3%	2,6%	5,2%	0,3

Para cualquier de los trastornos por uso de sustancias se presentó una prevalencia anual de 5,2%, siendo significativamente mayor para el sexo masculino con 10,3% versus 2,60% para el femenino. Por cada mujer con este diagnóstico, se encuentran casi 4 hombres.

En la tabla 70 se observa que los trastornos por abuso y dependencia de alcohol, son los que mayor proporción de prevalencia presentan, siendo más alta la frecuencia para el sexo masculino.

Al comparar los indicadores de prevalencia para cualquier trastorno del grupo por consumo de sustancias psicoactivas 5,2%, con los generados en el Estudio Nacional de Colombia con 3,0% para el total son más altos los del presente Estudio. La comparación con los resultados de algunos de los países que hacen parte del Estudio Mundial, son más bajos para la mayoría con excepción Ucrania.

En el informe de la OMS para el 2011(226) sobre el estado del consumo de alcohol y su impacto sobre la salud, se da la siguiente información basada en la evidencia: “El uso nocivo del alcohol es uno de los riesgos más importantes para la salud del mundo, se comporta como factor causal para más de 60 de las principales de enfermedades y lesiones que afectan a la humanidad y para aproximadamente 2,5 millones de muertes cada año.

Tabla 71. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según grupos de adolescentes y adultos
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Ultimo año	Adolescentes	Adultos
Abuso de Alcohol	3,29%	3,63%
Dependencia de Alcohol	1,70%	1,91%
Abuso de Drogas	3,73%	1,43%
Dependencia de Drogas	1,26%	0,60%
Cualquier Trastorno por consumo de sustancias	6,68%	4,89%

Los trastornos por uso de alcohol no presentan diferencias estadísticamente significantes entre los dos grupos estudiados (adolescentes y adultos), para el abuso de alcohol, ni para la dependencia. Lo anterior es muy importante no solo por el impacto que representan para el individuo que los sufre, su familia y la sociedad en general, igualmente son una evidencia del poco cumplimiento de la legislación sobre la venta y consumo de bebidas alcohólicas en menores de 18 años.

Tabla 72. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Trastornos en la Vida	Comunas	Corregimientos
Abuso de alcohol	4,0%	2,7%
Dependencia de Alcohol	1,9%	1,7%
Abuso de drogas	3,0%	1,2%
Dependencia de drogas	0,6%	1,6%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	6,4%	4,6%

Las comunas presentan un comportamiento más acorde con al área urbana al compararlos con los corregimientos, a pesar de que algunos de éstos van dejando atrás las condición de ambiente rural.

Pero a pesar de lo anterior se presentan diferencias estadísticamente significantes en el comportamiento de su población para el grupo de trastornos por uso de sustancias. Para cualquier trastorno la prevalencia anual de los residentes en las comunas fue de 6,4% mayor

que la encontrada en los corregimientos con 4,6%. De los cuatro trastornos estudiados solo el de dependencia de drogas, presentó una mayor prevalencia anual en los residentes en los corregimientos.

El impacto de estos hallazgos es muy grave, como se puede deducir de la información recientemente presentada por la Organización Mundial de la Salud:

En el informe de la OMS para el 2011(226) sobre el estado del consumo de alcohol y su impacto sobre la salud, se da la siguiente información basada en la evidencia:

“El uso nocivo del alcohol es uno de los riesgos más importantes para la salud del mundo, se comporta como factor causal para más de 60 de las principales de enfermedades y lesiones que afectan a la humanidad y para aproximadamente 2,5 millones de muertes cada año.

Si se compara con el impacto benéfico del bajo riesgo el consumo de alcohol sobre la morbilidad y mortalidad de algunas enfermedades y en algunos grupos de población, el total de muertes atribuibles al consumo de alcohol se estima en 2,25 millones en 2004 (OMS, 2009a); lo cual representa más muertes que las ocurridas por el VIH / SIDA o la tuberculosis.

El 4,0% de todas las muertes en el mundo son atribuibles al alcohol, siendo su uso nocivo especialmente fatal para los grupos de edad más jóvenes y comportándose como el principal factor de riesgo de muerte entre los varones de 15 a 59 años. Aproximadamente el 4,5% de la carga mundial de las enfermedades y lesiones es atribuible al alcohol. Se estima que su consumo causa del 20,0% al 50,0% de la cirrosis hepática, epilepsia, intoxicaciones, accidentes de tráfico en carreteras, de la violencia y varios tipos de cáncer.

Ocupa después del bajo peso en la infancia y el sexo inseguro, el tercer lugar como factor de riesgo para enfermedad y discapacidad. El alcohol contribuye a los resultados traumáticos que llevan a la

muerte o incapacidad de las personas a una edad relativamente joven, lo que resulta en la pérdida de muchos años de vida, la muerte y la discapacidad.

Principales categorías de enfermedades y lesiones con relación causal con el alcohol(227).

Los trastornos neuropsiquiátricos, están entre los más importantes trastornos causados por el alcohol. La epilepsia se encuentra causalmente asociada con el alcohol, más allá de las convulsiones inducidas por el síndrome de abstinencia (Samokhvalov et al., 2010)(227). Muchos otros trastornos neuropsiquiátricos están asociados con el alcohol, pero si son o no causados o la medida en que son causados por el consumo de alcohol, aún no está claro.

Enfermedades gastrointestinales: La cirrosis hepática y la pancreatitis (aguda y crónica) pueden ser causadas por el consumo de alcohol. Los niveles más altos de consumo de alcohol aumentan el riesgo de forma exponencial. El impacto del alcohol es tan grande para ambas categorías de enfermedad que hay subcategorías etiquetadas como “alcohólico” o “inducido por el alcohol-”

Cáncer: El consumo de alcohol se ha identificado como carcinógeno para las categorías siguientes (Baan et al., 2007) (228): Cáncer de colon y recto, mama en la mujer, laringe, hígado, esófago, cavidad oral y faringe. Cuanto mayor sea el consumo de alcohol, mayor es el riesgo para estos tipos de cáncer: incluso el consumo de dos copas al día provoca un aumento del riesgo de algunos tipos de cáncer, como el cáncer de mama (Hamajima et al, 2002)(229).

Lesiones intencionales: El consumo de alcohol, especialmente el “Consumo fuerte”, se ha asociado con el suicidio y la violencia. Para este informe, las lesiones intencionales incluyen lesiones auto- infligidas.

Lesiones no intencionales: casi todas las categorías de lesiones no intencionales son afectadas por el consumo de alcohol. El efecto está estrechamente relacionado con el nivel de concentración de alcohol en la sangre y los efectos resultantes sobre las habilidades psicomotoras. Los niveles más altos de consumo aumentan el riesgo en forma exponencial. En este informe se incluyen las lesiones no intencionales por carretera, los accidentes de tránsito, caídas, ahogamientos, intoxicaciones y otros traumatismos no intencionales.

Enfermedades cardiovasculares: La relación entre el consumo de alcohol y las enfermedades cardiovasculares es compleja. El consumo moderado puede tener un impacto benéfico sobre la morbilidad y la mortalidad por cardiopatía isquémica y el ictus isquémico. Sin embargo, el efecto benéfico cardioprotector del consumo de alcohol desaparece al presentarse consumo excesivo ocasional. (Roerecke y Rehm, 2010)(230) han demostrado, con base en meta-análisis, que, en promedio, los bebedores ligeros y moderados no experimentan ningún efecto protector si se da al menos una ocasión, consumo excesivo por mes. Por otra parte, el consumo de alcohol tiene efectos perjudiciales sobre la hipertensión, arritmias cardíacas e ictus hemorrágico, sin importar el patrón de consumo de alcohol (Rehm et al., 2010)(231).

El síndrome de alcoholismo fetal y parto pre-término: El consumo de alcohol durante el embarazo pueden causar estas afecciones, que son perjudiciales tanto para la salud de la madre como para el desarrollo de los recién nacidos.

Diabetes mellitus: Existe una relación dual entre el consumo de alcohol y la diabetes mellitus, el consumo moderado puede ser benéfico, mientras que beber en exceso es perjudicial (Baliunas et al., 2009a).

Además del Informe de la OMS, debe tenerse en cuenta la fuerte asociación entre los accidentes de tránsito, el comportamiento violento que se ha encontrado en nuestro país, con la presencia del uso, abuso y dependencia de alcohol de lo cual se cuenta con evidencia generada en el primer Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 1993. (Torres de G. Y., Posada Villa J. et al.) Así como de otras sustancias psicoactivas y en el caso de estas últimas el grave daño que genera en la seguridad ciudadana la presencia de su consumo y del microtráfico.

- **Trastornos de la alimentación**

Tabla 73. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos de la alimentación por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Trastorno	Prevalencia por cien últimos 12 meses			Razón por sexo F:M
	Masculino	Femenino	Total	
Bulimia nerviosa	0,0%	0,4%	0,2%	0,0
Anorexia nerviosa	0,0%	0,0%	0,0%	0,0
Cualquier trastorno de la alimentación	0,0%	0,4%	0,2%	0,0

Se incluyeron los trastornos de la alimentación y su diagnóstico se llevó a cabo mediante los criterios de DSM-IV, para cualquier trastorno se encontró una prevalencia de 0,4% para el sexo femenino y 0,2% para el total de la población de estudio. Los casos fueron encontrados para el trastorno de bulimia nerviosa en el sexo femenino.

En el Estudio Nacional de Colombia tampoco se encontró prevalencia para la anorexia nerviosa, la prevalencia anual para bulimia fue de 0,2% para el total de la población y 0,3% para el sexo femenino.

La no concordancia entre los hallazgos de los estudios de epidemiología psiquiátrica, con la percepción clínica puede explicarse a que los pocos casos presentados necesariamente llegan a tratamiento por su severidad.

- **Comportamientos suicidas**

El suicidio es un problema importante y evitable de salud pública, la OMS estima que para el año 2020, su magnitud crecerá en un 50 por ciento y lo que se considera más grave aún, las tasas de suicidio entre los jóvenes están en aumento hasta el punto que ahora son considerados como el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo.

Colombia se encuentra entre los países con tasas medias de suicidio, con una frecuencia de 5,02 por 100 mil habitantes, siendo ésta la cuarta causa de muerte violenta en el país.

En el país la tasa de suicidios corresponde a un suicidio cada cuatro horas, siendo el principal mecanismo la intoxicación (31,0%), seguido por las heridas por arma de fuego (30,0%) y el ahorcamiento (27,3 %) (223).

Tabla 74. Indicadores por cien para comportamientos suicidas según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Categorías	Masculino		Femenino		Total	
	Medellín 2011-2012	Colombia 2003	Medellín 2011-2012	Colombia 2003	Medellín 2011-2012	Colombia 2003
Frecuencia en la vida						
Ideación suicida	12,5%	12,1%	15,1%	12,5%	14,1%	12,3%
Plan suicida	3,3%	3,8%	4,9%	4,9%	4,3%	4,6%
Intento de suicidio	3,0%	4,9%	5,5%	4,9%	4,6%	4,9%
Frecuencia anual						
Ideación suicida	3,0%	4,0%	3,9%	3,1%	3,6%	3,5%
Plan suicida	0,5%	1,3%	1,7%	0,8%	1,3%	1,0%
Intento de suicidio	0,4%	1,7%	1,0%	0,9%	0,8%	1,3%

Fuente: Estudio Salud Mental Medellín 2011-2012 y Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.

En el Estudio de Medellín, la ideación suicida durante la vida presentó una prevalencia de 14,1%, por sexo, el femenino 15,1% y el masculino 12,5% respectivamente. En los últimos 12 meses la ideación tuvo una frecuencia de 3,6% para el total de la población y 3,0% y 3,9% respectivamente para el sexo masculino y femenino, con una razón de 13 mujeres por cada 10 hombres, sin diferencia estadísticamente significativa.

Al comparar los resultados con los del estudio de Colombia realizado en el 2003 con igual metodología, en el Estudio Nacional para Colombia para el total de población se presentó una proporción de ideación suicida de 3,5% para el año anterior al compararlo con el dato para Medellín 3,6% es similar y 12,3% durante la vida versus 14,13% para Medellín.

Al analizar la prevalencia de vida del plan suicida, con 4,3% para el total de la población y por sexo con 4,9% para el femenino y 3,3% para el masculino, los cuales presentan una tendencia muy cercana con el intento de suicidio. Estos indicadores para el año anterior, con 1,3% para el total presentan una razón de 13 a 43 al comparar la frecuencia en la vida con la del último año.

Al comparar los resultados del Estudio para intento de suicidio durante el último año, con los nacionales, para el total de la población la incidencia nacional es de 1,3% más alta que la de Medellín con 0,8% y según sexo para el masculino la frecuencia encontrada en Medellín, es menor con 0,4 % que para Colombia que presentó 1,7%.

En el Estudio Nacional para Colombia para el total de población se presentó una proporción de planeación suicida de 1,0% para el año anterior al compararlo con el dato para Medellín 1,3% y 4,6% durante la vida versus 4,3% para Medellín.

Tabla 75. Indicadores por cien para comportamiento suicida según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012 - 2012

Categorías	13 a 18	19 a 29	30 a 44	45 a 65	Total
Prevalencia en la vida					
Ideación suicida	15,2%	13,6%	16,0%	12,6%	14,1%
Plan suicida	5,2%	3,3%	5,9%	3,2%	4,3%
Intento de suicidio	5,8%	4,1%	5,8%	3,5%	4,6%
Prevalencia anual					
Ideación suicida	6,9%	3,6%	4,0%	2,0%	3,6%
Plan suicida	2,5%	1,1%	1,3%	0,8%	1,3%
Intento de suicidio	1,6%	0,1%	1,5%	0,3%	0,8%

Como puede observarse en la tabla 75 la proporción de ideación suicida más alta para el último año, se encontró en el grupo de adolescentes (6,9%) y la más baja en el de 45 a 65 años (2,0%). El plan de suicidio y el intento presentaron igual tendencia que la ideación.

Con base en los resultados anteriores y la percepción social sobre el suicidio consumado en especial en jóvenes se considera prioritario el trabajo preventivo y la atención especial que viene dando la Secretaría de Salud de Medellín a esta problemática.

11.2 Síntesis de hallazgos globales

A continuación se presentan las tablas síntesis del comportamiento de los trastornos por las variables más importantes, con el fin de apoyar análisis de interés en diferentes grupos y con diferentes propósitos.

11.2.1 Trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos

Tabla 76. Prevalencia anual de Trastornos Mentales por grupo de adolescentes y adultos
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Ultimo año	Adolescentes	Adultos
I. Trastornos de Ansiedad		
Trastorno de Pánico	0,61%	0,81%
Ansiedad Generalizada	0,41%	1,27%
Fobia Específica	4,99%	6,02%
Fobia Social	2,12%	3,20%
Agorafobia	0,67%	0,95%
Estrés Postraumático	1,76%	1,05%
Ansiedad por separación	0,81%	1,09%
Obsesivo Compulsivo	1,75%	5,18%
Cualquier trastorno de Ansiedad	8,18%	10,70%
II. Trastornos del estado del animo		
Depresión Mayor	2,65%	4,39%
Distimia	0,35%	0,55%
Bipolar I y II	0,93%	0,72%
Cualquier trastorno del estado de animo	3,67%	5,14%
III. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia		
Negativista Desafiante	6,43%	1,21%
Trastorno de Conducta	2,34%	0,40%
Déficit de Atención	4,77%	0,86%
Cualquier trastorno de la infancia, niñez y adolescencia	10,38%	2,19%
IV. Trastornos por uso de sustancias		
Abuso de Alcohol	3,29%	3,63%
Dependencia de Alcohol	1,70%	1,91%
Abuso de Drogas	3,73%	1,43%
Dependencia de Drogas	1,26%	0,60%
Cualquier Trastorno por consumo de sustancias	6,68%	4,89%
V. Trastornos de la alimentación		
Bulimia	0,00%	0,28%
Anorexia	0,00%	0,00%
Cualquier trastorno de la alimentación	0,00%	0,28%

Al analizar la Tabla 76 se observan los indicadores de prevalencia anual y las tendencias en el comportamiento de los trastornos según grupo. Las prevalencias entre los dos grupos son menores en adolescentes con relación a los adultos para los trastornos de ansiedad, 8,18% y 10,70% respectivamente; por cada 8 adolescentes se presentaron casi 11 adultos en el indicador de prevalencia anual. Igual tendencia se observa para el grupo de trastornos del estado del ánimo, siendo en adolescentes 3,67% y 5,14% en adultos o sea que se presentan 5 adultos por cada 4 adolescentes.

La mayor diferencia se presenta en el indicador de prevalencia anual, como puede apreciarse en la tabla para los trastornos de inicio en la infancia y en la adolescencia, donde se observan 2 adultos por cada 10 adolescentes, con una diferencia de proporciones de 8,19%; mientras que para el grupo de trastornos de la alimentación los casos se presentaron solo en el grupo de adultos.

Con relación a los trastornos por uso de sustancias se observa una preocupante situación con 6,68% en los adolescentes versus 4,89% en los adultos y una diferencia de proporciones de 1,79% a favor de los adolescentes.

11.2.2 Por área geográfica

Tabla 77. Prevalencia de vida de trastornos mentales por áreas geográficas
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Trastornos en la Vida	Comunas	Corregimientos
I Trastornos de ansiedad		
Trastorno de pánico	1,3%	0,3%
Ansiedad generalizada	2,2%	1,7%
Fobia Social	4,2%	3,6%
Fobia específica	10,0%	8,0%
Agorafobia	1,3%	1,1%
Estrés postraumático	5,6%	6,8%
Ansiedad por separación	3,3%	2,9%
Obsesivo compulsivo	4,8%	2,9%
Cualquier trastorno ansiedad	17,3%	14,8%

Trastornos en la Vida	Comunas	Corregimientos
II Trastornos del estado del animo		
Depresión mayor	9,8%	10,2%
Distimia	0,9%	0,5%
Bipolar I, II y Sub	1,6%	0,8%
Cualquier trastorno afectivo	11,5%	11,0%
III Trastornos de inicio en la infancia o la adolescencia		
Negativista desafiante	6,1%	5,8%
Trastorno de conducta	3,4%	2,8%
Déficit de Atención e hiperactividad	3,8%	3,7%
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	9,7%	9,1%
IV Trastornos por uso de sustancias		
Abuso de alcohol	13,9%	8,8%
Dependencia de Alcohol	5,1%	2,4%
Abuso de drogas	7,3%	5,4%
Dependencia de drogas	2,1%	2,4%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	17,7%	11,8%
V. Trastornos de la alimentación		
Bulimia	0,4%	0,0%
Anorexia	0,1%	0,0%
Cualquier trastorno de la alimentación	0,5%	0,0%

El hallazgo sobre, las diferencias en las prevalencias de vida por grupos de trastorno llama la atención y da las bases para profundizar en el análisis de dicho comportamiento. En el grupo I de trastornos de ansiedad, sale de ésta tendencia la prevalencia del estrés postraumático que es más alta para los que viven en los corregimientos.

Con igual tendencia, pero con mayores diferencias de proporciones, se comportan los trastornos de grupo por uso de sustancias psicoactivas en el cual la proporción de prevalencia en las comunas es de 17,7% versus 11,8% en los corregimientos.

Tabla 78. Prevalencia anual de Trastornos Mentales por áreas geográficas
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

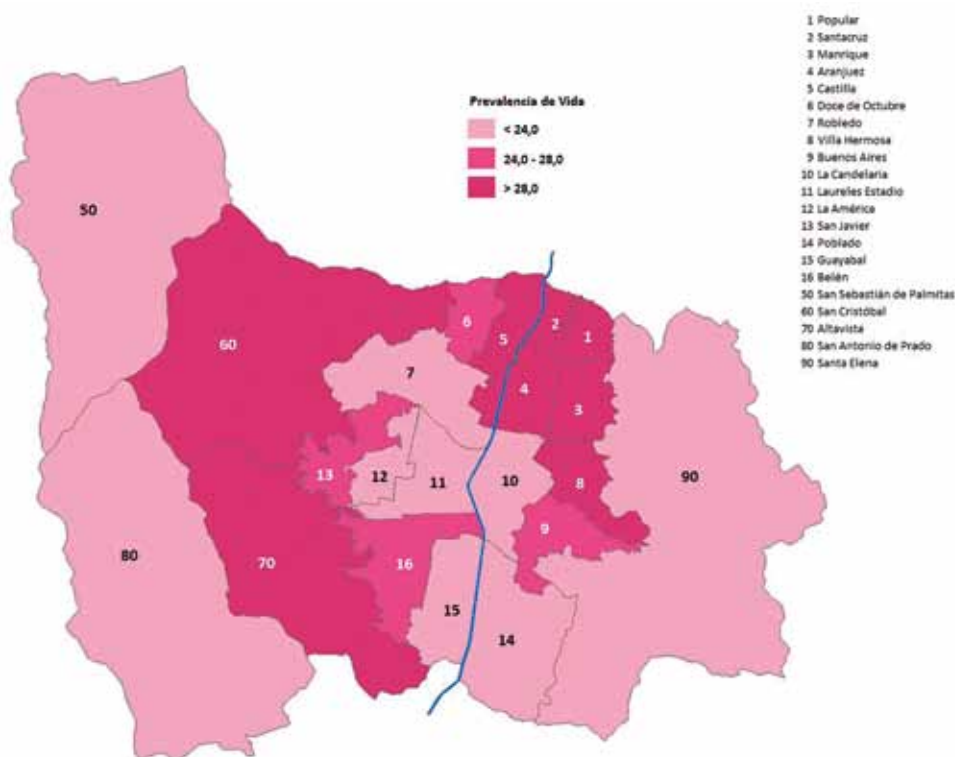
Trastornos en el último año	Comunas	Corregimientos
I Trastornos de ansiedad		
Trastorno de pánico	1,0%	0,2%
Ansiedad generalizada	1,1%	1,0%
Fobia Social	3,1%	2,8%
Fobia específica	6,1%	4,9%
Agorafobia	1,0%	1,0%
Estrés postraumático	1,3%	0,8%
Ansiedad por separación	0,9%	1,5%
Obsesivo compulsivo	4,8%	2,9%
Cualquier trastorno ansiedad	10,6%	9,2%
II Trastornos del estado del animo		
Depresión mayor	4,1%	3,9%
Distimia	0,6%	0,3%
Bipolar I, II y Sub	0,9%	0,5%
Cualquier trastorno afectivo	5,0%	4,4%
III Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia		
Negativista desafiante	2,1%	1,8%
Trastorno de conducta	0,7%	0,9%
Déficit de Atención e hiperactividad	1,4%	1,1%
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	3,6%	2,6%
IV Trastornos por uso de sustancias		
Abuso de alcohol	4,0%	2,7%
Dependencia de Alcohol	1,9%	1,7%
Abuso de drogas	3,0%	1,2%
Dependencia de drogas	0,6%	1,6%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	6,4%	4,6%
V. Trastornos de la alimentación		
Bulimia	0,3%	0,0%
Anorexia	0,0%	0,0%
Cualquier trastorno de la alimentación	0,3%	0,0%

Para la prevalencia anual, disminuyen las diferencias de proporciones, pero a diferencia de la prevalencia de vida aquí se observa mayor riesgo para los que viven en las comunas. En el grupo de trastornos

de ansiedad cambia la dirección del estrés pos traumático, siendo mayor con una razón de uno a dos para los que viven en las comunas.

Para el grupo por uso de sustancias el mayor riesgo para todos los indicadores (de abuso y dependencia se encuentra para los residentes de las comunas, exceptuando la dependencia de drogas que es más alta en los corregimientos.

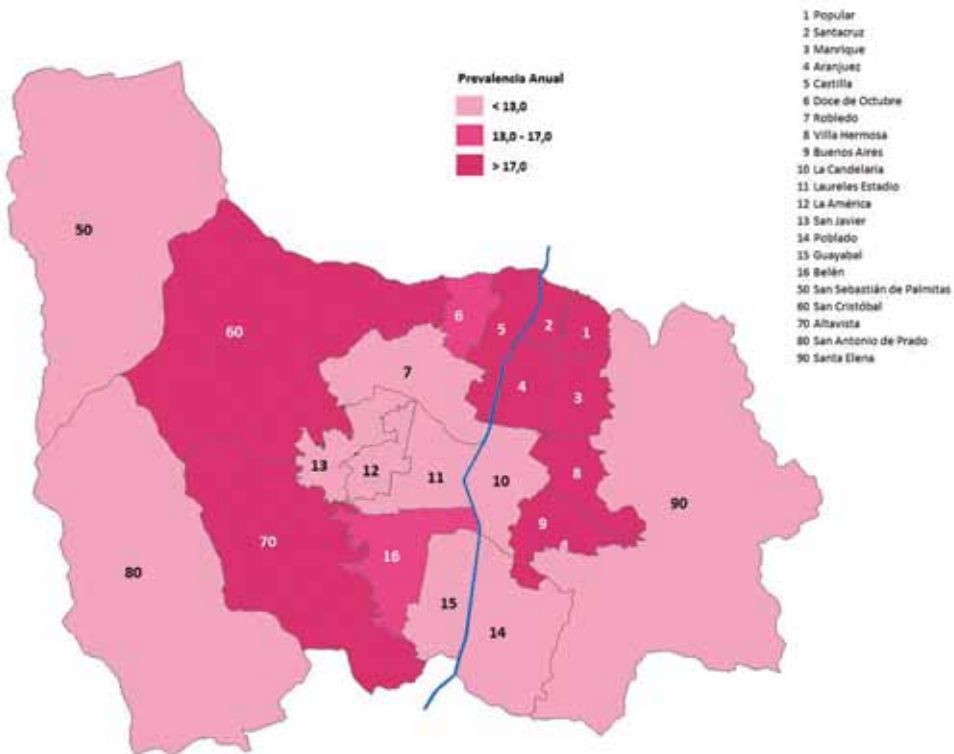
Mapa 27. Prevalencia de vida para cualquier trastorno, según comuna - corregimiento
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



En el mapa anterior se observa el comportamiento según nivel de riesgo de padecer cualquier trastorno durante la vida. El grupo por lugar de residencia con mayor riesgo es para los residentes de las comunas Popular, Santacruz, Manrique, Aranjuez, Castilla y Villa Hermosa; así como los corregimientos de Altavista y San Cristóbal; el grupo de menor riesgo se encontró para las comunas de Robledo,

La Candelaria, Laureles Estadio, La América, Poblado y Guayabal y los corregimiento de Santa Elena, San Sebastián de Palmitas y San Antonio de Prado. Las demás unidades de análisis presentan un riesgo medio.

Mapa 28. Prevalencia anual para cualquier trastorno, según comuna - corregimiento
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012



Como puede observarse en el mapa el comportamiento de la prevalencia del último año y de vida es muy similar con excepción de los cambios del nivel de riesgo presentados para la comuna San Javier en la cual disminuye el nivel de riesgo pasando de riesgo medio a leve y Buenos Aires que incremento el nivel de riesgo pasando de medio a alto.

Tabla 79. Consumo de sustancias en el último año por área geográfica.
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Comunas / Corregimientos	Consumo ultimo año				
	Alcohol	Marihuana	Cocaína y sus derivados	Medicamentos no recetados	Heroína y otros
Popular	33,2%	3,3%	1,3%	1,3%	1,1%
Santacruz	38,0%	10,6%	1,7%	0,0%	0,6%
Manrique	36,7%	5,0%	1,3%	1,9%	0,9%
Aranjuez	41,8%	7,2%	1,9%	4,5%	2,4%
Castilla	27,8%	3,4%	1,3%	0,0%	0,2%
Doce de octubre	24,1%	6,5%	2,0%	0,0%	0,0%
Robledo	9,5%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Villa Hermosa	32,3%	4,6%	2,9%	1,5%	0,0%
Buenos Aires	17,6%	4,1%	0,3%	0,0%	0,0%
La Candelaria	23,0%	3,1%	1,0%	0,0%	0,9%
Laureles Estadio	17,9%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
La América	16,4%	1,5%	0,2%	0,0%	0,0%
San Javier	31,1%	4,8%	0,4%	0,0%	0,0%
Poblado	19,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Guayabal	28,0%	1,3%	0,4%	1,9%	0,0%
Belén	27,8%	2,2%	0,3%	0,0%	0,0%
San Sebastián de Palmitas	15,5%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
San Cristóbal	25,6%	3,0%	2,4%	0,0%	0,0%
AltaVista	28,4%	4,9%	0,5%	0,0%	0,0%
San Antonio de Prado	21,1%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Santa Elena	15,1%	2,6%	0,2%	1,0%	0,0%

Los principales hallazgos que se observan en la tabla anterior son: el consumo de bebidas alcohólicas como el mayor problema presentado entre el grupo de consumo de sustancias psicoactivas, con el mayor riesgo para Aranjuez con el 41,8% y el menor en Robledo con el 9,5%. Como segunda sustancia en cuanto a frecuencia de consumo se encuentra la marihuana con la prevalencia más alta para Santacruz con 10,6% y las más bajas para las comunas de Poblado (0,0%) y Laureles Estadio (0,2%). Con relación al consumo de cocaína la mayor

prevalencia anual se encontró para la comuna de Villa Hermosa con 2,9% y la menor en las comunas del Poblado, Laureles Estadio y la América y en el corregimiento de San Antonio de Prado.

Tabla 80. Prevalencia de trastornos de sustancias en el último año con alcohol y sin alcohol según comuna, datos sin ponderar.
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Comuna / corregimiento	Trastornos por uso de sustancias con alcohol			Trastornos por uso de sustancias sin alcohol		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Popular	12,2%	3,5%	7,0%	3,0%	0,8%	1,7%
Santacruz	31,6%	5,5%	16,3%	19,6%	1,8%	9,1%
Manrique	19,0%	5,4%	10,9%	7,1%	1,4%	3,7%
Aranjuez	12,0%	3,7%	7,1%	4,3%	3,7%	3,9%
Castilla	6,4%	1,6%	3,4%	4,0%	0,5%	1,8%
Doce de octubre	16,8%	0,3%	6,3%	7,9%	0,3%	3,0%
Robledo	7,4%	2,8%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Villa Hermosa	14,9%	5,7%	9,9%	7,8%	0,6%	3,9%
Buenos Aires	6,9%	1,7%	3,5%	6,2%	0,0%	2,1%
La Candelaria	1,9%	1,9%	1,9%	0,9%	0,0%	0,4%
Laureles Estadio	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
La América	8,6%	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%
San Javier	14,0%	3,5%	7,6%	3,2%	3,5%	3,4%
Poblado	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Guayabal	11,8%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Belén	19,7%	0,3%	7,7%	10,5%	0,3%	4,2%
San Sebastián de Palmitas	9,7%	1,5%	3,9%	9,7%	1,5%	3,9%
San Cristóbal	16,5%	5,4%	9,8%	7,8%	2,3%	4,5%
AltaVista	11,7%	2,7%	6,3%	7,5%	0,4%	3,2%
San Antonio de Prado	11,9%	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Santa Elena	21,6%	0,0%	10,1%	3,7%	0,0%	1,7%
Total Medellín	13,1%	2,4%	6,5%	5,6%	0,9%	2,7%

Debe tenerse en cuenta que los indicadores presentados en la tabla anterior son los de los últimos 12 meses, lo cual aumenta su gravedad,

se observa claramente el peso del alcohol en el total del grupo de trastornos por uso de sustancias, para el promedio de Medellín con 13,1% de prevalencia para el sexo masculino, por los trastornos en estudio, los relacionados con alcohol aportan 7,5%.

Por comunas Santacruz presentó la prevalencia más alta de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas para el sexo masculino con **31,6%** incluyendo los debidos al alcohol y **19,6%** para los trastornos por otras drogas diferentes, también presenta la más alta para el total y para el sexo femenino; la sigue Belén con 19,7% y sin alcohol 10,5% en el sexo masculino.

El comportamiento de este indicador de prevalencia para los trastornos por uso de sustancias en el sexo femenino lo presenta como de menor severidad con 2,4% para el promedio incluyendo bebidas alcohólicas y 0,9% sin estas.

Tabla 81. Prevalencia en el último año e IC 95% de grupos de trastornos según área geográfica
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Comuna	Grupo de trastornos en el último año					Nivel de Riesgo
	Ansiiedad	Afectivos	Impulsivos	Sustancias	Cualquier Trastorno	
Popular	18,2 (12,9 - 23,5)	7,9 (4,2 - 11,7)	3,9 (0,5 - 7,3)	3,4 (0,2 - 6,5)	23,3 (17,5 - 29,1)	Muy alto
Santacruz	15,8 (10,7 - 20,8)	5,9 (2,6 - 9,1)	2,8 (0,0 - 5,8)	10,0 (4,7 - 15,3)	22,2 (16,4 - 27,9)	Muy alto
Manrique	16,4 (11,3 - 21,6)	7,9 (4,1 - 11,6)	1,4 (0,0 - 3,5)	7,2 (2,9 - 11,6)	22,9 (17,1 - 28,8)	Muy alto
Aranjuez	14,7 (9,7 - 19,7)	7,4 (3,7 - 11,2)	7,6 (2,6 - 12,6)	4,9 (0,8 - 9,0)	18,6 (13,0 - 24,1)	Muy Alto
Castilla	10,3 (6,1 - 14,5)	9,4 (5,4 - 13,4)	0,4 (0,0 - 1,5)	1,6 (0,0 - 3,9)	16,4 (11,3 - 21,5)	Alto
Doce de octubre	9,8 (6,0 - 13,6)	5,0 (2,24 - 7,8)	1,5 (0,0 - 3,6)	2,3 (0,0 - 5,0)	15,9 (11,2 - 20,5)	Alto
Robledo	1,6 (0,0 - 3,3)	1,4 (0,0 - 3,1)	1,4 (0,0 - 4,3)	2,1 (0,0 - 5,7)	3,7 (1,0 - 6,3)	Bajo
Villa Hermosa	11,9 (7,4 - 16,3)	6,0 (2,8 - 9,3)	3,9 (0,4 - 7,4)	4,8 (1,0 - 8,7)	16,9 (11,7 - 22,1)	Alto
Buenos Aires	11,2 (6,9 - 15,6)	6,0 (2,7 - 9,4)	2,0 (0,0 - 4,6)	1,8 (0,0 - 4,3)	14,5 (9,6 - 19,5)	Medio Alto
La Candelaria	4,6 (1,9 - 7,3)	3,7 (1,3 - 6,1)	0,9 (0,0 - 2,6)	0,8 (0,0 - 2,5)	7,6 (4,2 - 11,0)	Medio
Laureles Estadio	3,2 (0,9 - 5,5)	2,3 (0,4 - 4,3)	0,0 (0,0 - 0,0)	0,0 (0,0 - 0,0)	3,7 (1,2 - 6,1)	Bajo
La América	4,2 (1,5 - 6,9)	1,3 (0,0 - 2,8)	0,9 (0,0 - 2,7)	0,7 (0,0 - 2,4)	5,7 (2,6 - 8,8)	Bajo
San Javier	6,8 (3,5 - 10,2)	2,2 (0,6 - 4,2)	1,6 (0,0 - 3,9)	4,5 (0,6 - 8,4)	10,3 (6,3 - 14,4)	Medio
Poblado	1,7 (0,0 - 4,1)	0,8 (0,0 - 2,4)	2,3 (0,0 - 6,4)	0,0 (0,0 - 0,0)	2,3 (0,0 - 5,1)	Bajo
Guayabal	4,8 (1,9 - 7,8)	1,5 (0,0 - 3,2)	0,3 (0,0 - 1,4)	1,3 (0,0 - 3,8)	6,2 (2,9 - 9,6)	Medio
Belén	5,6 (2,4 - 8,76)	3,7 (1,0 - 6,3)	1,7 (0,0 - 4,1)	2,5 (0,0 - 5,4)	11,6 (7,1 - 16,0)	Bajo
San Sebastián de Palmitas	4,6 (1,3 - 7,9)	3,6 (0,7 - 6,5)	0,7 (0,0 - 2,6)	1,1 (0,0 - 3,5)	6,8 (2,9 - 10,8)	Bajo
San Cristóbal	9,8 (5,7 - 13,9)	5,7 (2,5 - 8,8)	2,9 (0,0 - 6,1)	4,2 (0,4 - 8,1)	14,9 (10,0 - 19,8)	Alto
Alta Vista	11,4 (6,7 - 16,1)	6,6 (2,9 - 10,2)	2,7 (0,0 - 5,8)	2,8 (0,0 - 5,9)	15,7 (10,4 - 21,1)	Alto
San Antonio de Prado	7,9 (4,4 - 11,5)	3,1 (0,8 - 5,4)	2,2 (0,0 - 5,0)	1,3 (0,0 - 3,5)	11,4 (7,2 - 15,6)	Medio Alto
Santa Elena	5,4 (2,3 - 8,5)	1,8 (0,0 - 3,6)	1,2 (0,0 - 3,5)	4,3 (0,0 - 8,8)	9,5 (5,4 - 13,5)	Bajo
Total Medellín	10,3 (9,3 - 11,2)	4,9 (4,3 - 5,6)	3,3 (2,6 - 4,1)	5,2 (4,3 - 6,2)	14,7 (13,7 - 15,8)	

Dada la alta prevalencia se propone la clasificación para el nivel de riesgo de acuerdo a los quintiles de la prevalencia anual.

Al analizar el comportamiento de la prevalencia de trastornos por área geográfica se puede observar, en términos generales, un riesgo muy alto para trastorno mental en el último año para las comunas de Popular, Manrique, Aranjuez y Santacruz, se destacan las de menor riesgo Laureles Estadio y Poblado.

Tabla 82. Número de casos estimados de trastornos mentales por índice de corrección intercensal para los últimos doce meses
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Trastorno	Prevalencia 12 meses	Total Casos Estimados 2011	Total Casos Estimados 2012
I Trastornos de ansiedad			
Trastorno de pánico	0,8%	14233	14391
Ansiedad generalizada	1,1%	19571	19788
Fobia Social	3,0%	53374	53967
Fobia específica	5,8%	103191	104336
Agorafobia	0,9%	16012	16190
Estrés postraumático	1,2%	21350	21587
Ansiedad por separación	1,0%	17791	17989
Obsesivo compulsivo	4,6%	81841	82749
Cualquier trastorno ansiedad	10,3%	183252	185286
II Trastornos del estado del animo			
Depresión mayor	4,1%	72945	73755
Distimia	0,5%	8896	8994
Bipolar I, II y Sub	0,8%	14233	14391
Cualquier trastorno afectivo	4,9%	87178	88146
III Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (del impulso)			
Negativista desafiante	2,0%	35583	35978
Trastorno de conducta	0,7%	12454	12592
Déficit de Atención e hiperactividad	1,4%	24908	25185
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	3,3%	58712	59364

Trastorno	Prevalencia 12 meses	Total Casos Estimados 2011	Total Casos Estimados 2012
IV Trastornos por uso de sustancias			
Abuso de alcohol	3,6%	64049	64760
Dependencia de Alcohol	1,9%	33804	34179
Abuso de drogas	1,8%	32025	32380
Dependencia de drogas	0,7%	12454	12592
Cualquier trastorno por uso de sustancias	5,2%	92516	93543
V. Trastornos de la alimentación			
Bulimia	0,2%	3558	3598
Anorexia	0,0%	0	0
Cualquier trastorno de la alimentación	0,2%	3558	3598
VI. Cualquier trastorno mental			
Uno	9,2%	163148	164959
Dos	3,3%	58890	59544
Tres o mas	3,2%	56933	57565

Se completa el análisis con la estimación del número de casos esperados, al aplicar los indicadores de prevalencia anual a la población de referencia a la cual se aplicó el índice de corrección inter-censal. Estos datos son de gran importancia para la toma de decisiones y la formulación de metas, así como para la estimación de recursos para lograr el aumento de la cobertura de atención a los diferentes niveles.

En el análisis global se encuentra que 164.959 personas están afectadas por uno de los trastornos estudiados, 59.544 por dos trastornos y 57.565 por tres o más, para un total de 282.068 personas. Con necesidad de ser atendidas por trastorno mental.

El resultado anterior confirma la alta comorbilidad que se encuentra y a la vez orienta hacia las patologías con mayor importancia para la salud pública, por ejemplo el caso de estrés postraumático con 21.587 personas afectadas durante los 12 meses anteriores al estudio y la posibilidad de que se presente como trastorno crónico, o el trastorno bipolar con 14.391 afectados.

Como trastorno individual el trastorno de depresión mayor ocupa un lugar importante con 73.755 casos.

Los cerca de sesenta mil afectados por trastornos del impulso deben tenerse como prioridad dado el conocimiento sobre su comportamiento como asociados con otros trastornos mentales como los ocasionados por consumo de sustancias y los comportamientos de alto riesgo, como el suicidio, la violencia y los accidentes de tránsito.

Mención especial se debe hacer para los trastornos por consumo de sustancias con 93.543 personas afectadas en una gran mayoría en grupo de edad productiva, recordando que gran parte están afectadas por los trastornos de abuso y dependencia al alcohol, con las patologías asociadas tanto el campo psiquiátrico como en el físico y el grave daño para la sociedad que representa.

- **Banco de ADN**

El estudio de Medellín es uno de los estudios, al interior del Consorcio Mundial de Salud Mental que está colaborando en la importante iniciativa para investigar la **epidemiología genética del estrés post-traumático**, por lo cual se recolectaron muestras de saliva para extraer el ADN de los participantes, las cuales serán comparadas con muestras de otros países, incluyendo ciudad de México y Sao Paulo, en Latino América y otras partes del mundo.

Esto permitirá identificar marcadores biológicos del riesgo de desarrollar **ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO** en personas expuestas a trauma. Lo cual ayudara en el futuro para canalizar esfuerzos para su prevención oportuna.

11.3 Recomendaciones

- **Aspectos introductorios**

La salud mental tiene una importancia fundamental en lo relativo al bienestar personal, las relaciones familiares y el éxito

en las contribuciones a la sociedad. Se relaciona con el desarrollo de las sociedades y los países. La mala salud mental y la pobreza interactúan en un ciclo negativo: la mala salud mental supone una traba a la capacidad de aprender y de ocuparse productivamente de la propia economía; por su parte, la pobreza aumenta el riesgo de contraer trastornos mentales y reduce la capacidad de la gente de obtener acceso a los servicios de salud.

El número de personas afectadas, la discapacidad asociada a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (MNS), y el hecho de que haya tratamientos eficaces disponibles destaca la importancia de abordar estos trastornos en la atención primaria. Nuestra meta es velar porque la salud mental se integre en los sistemas de atención de salud de todo el mundo.

Es necesario realizar un esfuerzo mucho mayor para cambiar las políticas, prácticas y los sistemas de prestación de servicios a fin de garantizar que se asigne a las necesidades y las preocupaciones en materia de salud mental el grado de prioridad necesario para reducir la carga asociada a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. No debería haber más excusas para marginar el financiamiento dedicado a la prestación de los servicios de salud mental. Tenemos que velar por que el área de la salud mental reciba la proporción justa de los recursos de salud pública.

Dr. Ala Alwan

Subdirector general

Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental - OMS

Por primera vez se cuenta con el Estudio sobre la situación de Salud Mental en la Población general de Medellín, mediante la investigación realizada como parte del Estudio Mundial de Salud Mental y con el apoyo de su Director el Dr. Ronald Kessler y el equipo del Consorcio de Epidemiología Psiquiátrica Harvard-OMS.

Esto se constituye en una fortaleza y a la vez en un reto para los encargados de la toma de decisiones y la orientación de los programas de Salud Mental en la ciudad.

A partir de lo anterior se recomienda, la urgente utilización de los resultados coincidiendo con la iniciación de un nuevo periodo del Equipo como parte del desarrollo del Plan de Salud Mental para la ciudad. Se recomienda con base en sus hallazgos, orientar los programas de prevención hacia las prioridades encontradas de acuerdo con:

- Trastornos con mayor prevalencia y severidad
- Grupos de riesgo según variables socio demográficas
- Ubicación espacial, según comunas y corregimientos
- Necesidades de actualización en salud mental, del recurso humano de atención primaria.
- El fortalecimiento de la atención primaria en salud, con elementos complementarios:

Seleccionar y validar instrumentos de tamización para ser utilizados en la detección y diagnóstico tempranos de los casos por el equipo de atención primaria incluyendo la participación de la comunidad.

Dar capacitación al mismo equipo con el fin de que conozca y aplique los tratamientos oportunos y basados en la evidencia.

Lo anterior apoyado por medio de telemedicina.

Fortalecimiento del sistema de información que permita el monitoreo continuo y la evaluación de las intervenciones.

Programar desde ya, la realización del Segundo Estudio de Salud Mental que permitirá la evaluación de las intervenciones propuestas.

En síntesis los encargados de la formulación de políticas de salud, disponen de la evidencia sobre la magnitud de los problemas de salud mental en nuestra población y la posibilidad de orientar las intervenciones con programas basados en las propias realidades y con la línea de base que da la posibilidad de evaluar su impacto.

Igualmente coincide con la reformulación del POS y el establecimiento a nivel nacional de la salud mental como una de las prioridades en la atención de salud.

Lo anterior se convierte en una responsabilidad histórica para lograr disminuir la inequidad con la que hemos convivido hacia las personas afectadas por trastornos mentales y sus familias.

11.3.1 Recomendaciones basadas en las prioridades encontradas

En octubre del 2008, la OMS presentó el Programa de acción para superar las brechas en salud mental, mejorar y ampliar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias(224). El programa se basa en las mejores evidencias científicas disponibles y ofrece un conjunto de estrategias y actividades para ampliar y mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

Para reducir la carga que significan los trastornos mentales resulta esencial prestar atención a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos psíquicos. La promoción de la salud mental se inserta dentro del contexto más amplio de la salud pública y propone un enfoque diferente al curativo, que hace hincapié en la protección de los atributos positivos de la salud mental y el fomento del estado de bienestar(232). Los factores de riesgo y de protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida, y muchos de ellos pueden modificarse. Hay pruebas de que los programas dirigidos a la infancia y las intervenciones tempranas en la vida son eficaces(233).

Hoy se recomienda aprovechar lo que se denomina “ventanas claras de oportunidades” ya que se cuenta con evidencia disponible para prevenir los trastornos y problemas relacionados con los trastornos psiquiátricos (TP) antes de que ellos ocurran. Los factores de riesgo cada vez están mejor establecidos con base en la investigación, lo mismo que las intervenciones preventivas disponibles; igualmente se sabe que los primeros síntomas de los trastornos suelen aparecer de

los 2 a 4 años de edad. Igualmente los problemas de la salud mental y los problemas de salud física se entrelazan, lo que lleva a reconocer como las mejoras en la salud mental, sin duda, también mejoran la salud física. Sin embargo, el enfoque que muchos países del mundo, incluyendo a Colombia ha dado a los trastornos TP, ha sido en su mayoría, esperar a intervenir solo cuando la enfermedad está bien establecida y ya ha producido un daño considerable.

Con demasiada frecuencia, se pierden oportunidades de utilizar los enfoques basados en la evidencia para prevenir la aparición del trastorno, establecer el apoyo a la construcción de políticas públicas e intervenciones para el desarrollo saludable de toda la población priorizando a los jóvenes, y limitar la exposición a factores ambientales que aumentan los riesgos para la presentación de los trastornos. No cabe duda que en el largo plazo es más costo-efectivo abordar los trastornos de TP, con enfoque hacia la prevención temprana.

Las intervenciones antes de que el trastorno se manifieste, ofrecen la mejor oportunidad para proteger a la población. Estas intervenciones se deben integrar a la atención médica de rutina y la promoción de bienestar, así como los programas de las escuelas, las familias y las comunidades. Las políticas y prácticas dirigidas a los jóvenes con factores de riesgo específicos, la promoción del desarrollo emocional positivo, y la creación de recursos en la familia, la escuela y la comunidad han demostrado ser eficaces en la reducción y prevención de los trastornos TP, haciendo uso de las intervenciones basadas en la evidencia ya disponibles se podría ahorrar miles de millones de dólares al evitar o mitigar los trastornos que de otro modo requerirían un tratamiento costoso.

- **Intervenciones ya probadas**

Un estudio reciente realizado por el National Research Council y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, revisó las investigaciones sobre la prevención de los trastornos mentales y abuso de sustancias entre los jóvenes y con base en sus resultados se recomendaron múltiples estrategias para mejorar el bienestar emocional y psicológico de los jóvenes. Las recomendaciones son:

- Fortalecimiento de las familias dirigido a la solución de problemas como el consumo de sustancias o conductas agresivas; la enseñanza de habilidades para mejorar la comunicación entre padres e hijos así como ayudar a las familias a hacer frente a los eventos negativos (por ejemplo, divorcio) o a las adversidades como una enfermedad mental o la situación de pobreza.
- Fortalecimiento de las habilidades y cualidades personales para aumentar la resiliencia y las aptitudes para mejorar los procesos cognitivos y del comportamiento.
- Prevención de los trastornos específicos, como la ansiedad o la depresión, mediante la aplicación de programas de tamización para hacer el diagnóstico y ofrecer tratamiento a los grupo de personas en situación de alto riesgo, a través de entrenamiento cognitivo o de otras intervenciones preventivas.
- Promover la salud mental en las escuelas, ofreciendo apoyo a los niños que afrontan tensiones serias; modificar el entorno escolar para promover la conducta pro-social y el desarrollo de habilidades en los estudiantes para la toma de decisiones, conciencia de sí mismo y autoestima, habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales y la orientación hacia la prevención de la violencia, la conducta agresiva, y el consumo de sustancias.
- Fortalecer los programas sobre manejo de los riesgos psicosociales en las empresas orientadas al mejoramiento de la salud mental del trabajador.
- Promover la salud mental a través de la atención de salud (aplicando las políticas nacionales en el caso de Colombia la atención primaria en salud mental) y los programas de la comunidad mediante la promoción y el apoyo de comportamientos pro-sociales, la enseñanza de habilidades de afrontamiento, y dirigidas a los factores modificables del estilo de vida que pueden afectar el comportamiento y la salud emocional, como el sueño, la dieta saludable, actividad física.

- La clave del éxito para la mayoría de estos enfoques es la identificación oportuna de los riesgos biológicos, psicológicos y sociales – o sea la exposición a los factores que pueden aumentar el riesgo de un niño de padecer los trastornos de TP, algunos de estos riesgos están asociados a las características específicas de cada persona o el medio ambiente familiar, (como la presencia de enfermedad mental de los padres, abuso de sustancias o trastornos graves de la familia), pero también pueden estar en el medio ambiente social, como las tensiones, la pobreza, la violencia, la falta de escuelas seguras, y la falta de acceso a la atención de salud. La mayoría de los factores de riesgo tienden a presentarse en forma múltiple y a la vez pueden estar asociados a más de un trastorno. (Modelo de causa múltiple - efecto múltiple).

Las intervenciones tienden a intervenir un solo problema, pero existe cada vez más amplia evidencia que demuestra como las intervenciones de prevención y tratamiento bien diseñadas se pueden orientar a reducir a al mismo tiempo, varios problemas y trastornos y que su efecto se mantendrá en el largo plazo.

Una intervención preventiva bien diseñada puede reducir un amplio rango de problemas y el beneficio alcanzado ser a largo tiempo.

Estos programas cuando se orientan a la edad escolar, a menudo ayudan a los niños y adolescentes, a las familias y a las escuelas a construir fortalezas que apoyan el bienestar y su beneficio se extienden más allá de un solo trastorno

- **Prevención del suicidio**

A pesar de que el suicidio no se presenta con indicadores fuera de lo esperado, es un problema de salud pública, y se reconoce su asociación con varios de los trastornos estudiados como los relacionados con uso de sustancias, los trastornos del ánimo y los de trastornos por impulsividad

Al 41 por ciento de las personas atendidas por intento de suicidio en salas de urgencia en Estados Unidos, estuvo relacionado con drogas, y les fue diagnosticado un trastorno psiquiátrico predominando como diagnóstico la depresión. Las enfermedades mentales están vinculadas a la mortalidad por suicidio.

Las principales causas de mortalidad para los adolescentes son las externas, que incluyen accidentes, homicidios y suicidios(234).

El índice de suicidios entre los jóvenes se ha triplicado en los últimos 30 años. Las encuestas muestran como el 40,0% de los estudiantes de secundaria en algún momento han pensado en la posibilidad de quitarse la vida. El Segundo Estudio de Salud Mental del Adolescente en Medellín- 2009 (Torres de Galvis, Yolanda et al. 2009) se encontró que casi uno de cada cuatro adolescentes alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse, el 13,3% Alguna vez ha realizado un plan para suicidarse, 14,4% ha intentado suicidarse y 3,5% alguna vez ha intentado suicidarse y requirió atención médica o atención en salud por este evento.

Los hallazgos del presente estudio muestran que el 3,6% de la población estudiada informa haber tenido ideación suicida. El 1,3% ha hecho un plan para suicidarse y el 0,8% ha intentado suicidarse el año anterior al estudio.

Con base en la juiciosa revisión de las recomendaciones basadas en la evidencia, y a los resultados del presente estudio se priorizan como problema de salud mental el suicidio y se recomiendan dos intervenciones propuestas por la OMS mediante la implementación del programa SUPRA, dirigidas al personal docente y al médico general.

- **Trastornos por uso de sustancias**

Una de las prioridades que se propone con base en los resultados, es la relacionada con los trastornos por uso, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas, para esta problemática,

también se realizó una extensa revisión sobre los programas que se han venido aplicando en el ámbito internacional y como hallazgo importante el llevado a cabo por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), la revisión sobre la evidencia sobre el tema que logró presentar una de las más importantes publicaciones sobre programas de prevención.

Con base en dicha recopilación y propuesta sobre programas exitosos basados en la evidencia, es posible la conformación de un grupo de expertos, con la participación activa de académicos con experiencia sobre la temática y los encargados de su implementación, que estudien, analicen y recomienden las intervenciones, más afines con nuestra cultura y recursos, para hacer su adaptación en tal forma que permitan una reorientación de los programas del PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN DE LA CIUDAD DE MEDELLIN, sin olvidar el proponer los indicadores de evaluación más adecuados.

Articular y potenciar los esfuerzos que los diferentes actores sociales realizan en torno a la Salud Mental con el fin de obtener respuestas coordinadas y con direccionamiento común a las problemáticas identificadas en el diagnóstico.

- **Direcciones futuras para la prevención de los trastornos psiquiátricos de alta prioridad para la ciudad de Medellín**

Con base en el estado actual de la prevalencia anual de los principales trastornos psiquiátricos para la ciudad, es necesario desarrollar programas de prevención con un componente innovador y que busque impactar múltiples niveles del ambiente de los individuos y las familias. Esto requiere lograr un impacto no solo a nivel individual si no también a nivel de los determinantes sociales en las comunas con las prevalencias más altas. Para contextualizar las recomendaciones que pueden ser utilizadas como estrategias dentro del Plan de Salud Mental de la ciudad de Medellín, particularmente la prevención de problemas psicosociales y trastornos mentales y/o

del comportamiento, proponemos utilizar la pirámide de impacto en salud, propuesta por Thomas Frieden, director de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC), 2010(235).



Figura 4. Pirámide del impacto en salud

Fuente: La Pirámide del Impacto en Salud; Thomas R. Frieden, MD, MPH. Director de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2010).

Este modelo conceptual interviene los determinantes sociales de la salud en la base de la pirámide, seguido por intervenciones preventivas que buscan modificar el contexto de los factores de riesgo o protección; intervenciones que busquen una protección a largo plazo, intervenciones clínicas o de tratamiento y en la punta de la pirámide, intervenciones enfocadas a la educación y consejería. Como se observa en el Gráfico, es necesario llegar a tener un balance en las intervenciones preventivas a nivel individual de aquellas que intervienen los determinantes de la salud mental a nivel estructural (base de la pirámide).

Para lograr cambios estructurales, es necesario llevar a cabo programas de prevención basados en “mercadeo social” con el fin de mejorar la toma de decisiones a nivel individual. Para esto, deben incluirse medios masivos como las redes sociales, prensa, televisión, lo cual fortalecería no solo los esfuerzos para llegar a poblaciones con

trastornos mentales más severos si no también la capacidad de las instituciones para evaluar la implementación de estos programas que atienden poblaciones vulnerables al deterioro de la salud mental.

Es importante redireccionar la atención hacia las múltiples consecuencias sociales que trae la enfermedad mental. Por ejemplo, según los resultados del presente estudio, se proponen intervenciones a gran escala en las comunas con más alto riesgo, para las cuales se podría orientar el diseño y evaluación de una campaña específica para modificar la aceptación que se tiene en la ciudad frente a conductas como la impulsividad y el uso de sustancias psicoactivas.

A su vez, las intervenciones sensibles a las diferencias cognitivas según sexo son importantes al momento de diseñar el currículo preventivo de los programas ya que los trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada, y el estrés postraumático, se presentan con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Esta tendencia debe explorarse con mayor detenimiento en futuros análisis en el presente estudio.

Para lograr determinar el alcance hacia el futuro de la prevención de la enfermedad mental en Medellín:

Primero, es necesario identificar y adaptar las intervenciones que han mostrado evidencia de efectividad con programas que hayan sido evaluados apropiadamente con un grupo de comparación.

Segundo, se deben crear los mecanismos de transferencia de tecnología necesarios para replicar o adaptar estos programas en poblaciones con diferentes determinantes de la salud mental a la del programa original. Los Investigadores académicos y profesionales de la salud mental de la Secretaría de Salud de Medellín, al igual que los funcionarios que trabajan en salud mental a nivel de otras instituciones, deben hacerse nuevas preguntas de investigación dirigidas a identificar las barreras (ejemplo, acceso a tratamiento), procesos (ejemplo, observación y

monitoreo del protocolo de la intervención), y facilitadores de la difusión de estos programas de salud mental y su implementación y sostenibilidad institucional (asistencia técnica y construcción de capacidad organizacional).

Finalmente, si la voluntad política lo permite, se debe pensar en programas concomitantes a los de promoción de la salud mental, que permitan disminuir la pobreza, impactar los bajos niveles educativos y la deserción escolar, y mejorar el limitado acceso al diagnóstico y tratamiento del primer nivel de atención de los trastornos individuales y las comorbilidades psiquiátricas más relevantes para la ciudad.

Ha llegado el momento de actuar cerrando la brecha entre la investigación y la práctica, logrando mejorar la Salud Mental de nuestra sociedad, contribuyendo así, a la mayor productividad de nuestra población y al mejoramiento de su calidad de vida.

En síntesis como un aporte y respaldo en todas las intervenciones en Salud Mental se expone a continuación de acuerdo a la “Estrategia y plan de acción de salud mental” del 49° Consejo Directivo de la OPS las siguientes recomendaciones:

Diez recomendaciones claves a los países

1. Formular, revisar y ejecutar el plan nacional de salud mental.
2. Promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental.
3. Evaluar el financiamiento actual dedicado a la salud mental, definiendo metas de corto, mediano y largo plazo; además de estudiar las oportunidades de movilización de recursos.
4. Disponer de una instancia o mecanismo de coordinación intersectorial en materia de salud mental.
5. Definición y ejecución de actividades concretas -en el marco del Plan Nacional de Salud Mental- para la promoción y prevención centradas en la niñez y la adolescencia.
6. Revisar la organización de los servicios de salud mental y ejecutar los cambios requeridos, haciendo hincapié en la descentralización y el fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de salud.
7. Llevar a la práctica un conjunto de intervenciones esenciales dirigidas a enfermedades o trastornos mentales considerados como prioritarios en el contexto nacional.
8. Formular un programa de capacitación en salud mental basado en competencias para el manejo de las necesidades, dirigido a trabajadores de salud (en especial los que trabajan en atención primaria de salud).
9. Evaluar el sistema de salud mental aplicando la metodología de la OMS, con un seguimiento de su evolución que se hará cada cinco años, como mínimo.
10. Fortalecer el sistema nacional de información sanitaria para mejorar la recopilación y análisis regular de un grupo básico de datos de salud mental.

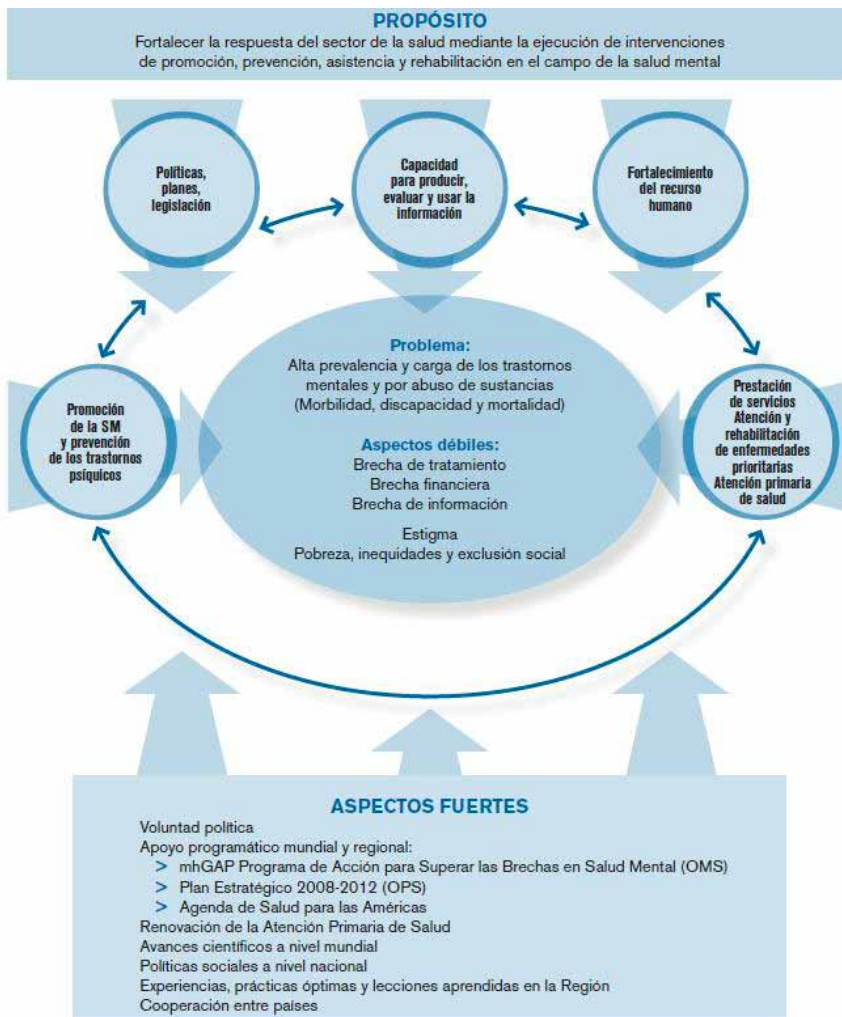


Figura 5. Esquema que ofrece una visión general de la Estrategia y plan de acción

AGRADECIMIENTOS

The analysis for this book is carried out in conjunction with the World Health Organization World Mental Health (WMH) Survey Initiative. We thank the WMH staff for assistance with instrumentation, fieldwork, and data analysis. These activities were supported by the United States National Institute of Mental Health (R01MH070884), the Mental Health Burden Study: Contract number HHSN271200700030C, the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, the Pfizer Foundation, the US Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864, and R01 DA016558), the Fogarty International Center (FIRCA R03-TW006481), the Pan American Health Organization, the Eli Lilly & Company Foundation, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmithKline, Bristol-Myers Squibb, and Shire. A complete list of WMH publications can be found at <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>. The Chinese World Mental Health Survey Initiative is supported by the Pfizer Foundation. The Colombian National Study of Mental Health (NSMH) is supported by the Ministry of Social Protection. The ESEMeD project is funded by the European Commission (Contracts QLG5-1999-01042; SANCO 2004123), the Piedmont Region (Italy), Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, Spain (FIS 00/0028), Ministerio de Ciencia y Tecnología, Spain (SAF 2000-158-CE), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Spain, Instituto de Salud Carlos III (CIBER CB06/02/0046, RETICS RD06/0011 REM-TAP), and other local agencies and by an unrestricted educational grant from GlaxoSmithKline. The Israel National Health Survey is funded

by the Ministry of Health with support from the Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research and the National Insurance Institute of Israel. The World Mental Health Japan (WMHJ) Survey is supported by the Grant for Research on Psychiatric and Neurological Diseases and Mental Health (H13-SHOGAI-023, H14-TOKUBETSU-026, H16-KOKORO-013) from the Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. The Lebanese National Mental Health Survey (LEBANON) is supported by the Lebanese Ministry of Public Health, the WHO (Lebanon), Fogarty International, Act for Lebanon, anonymous private donations to IDRAAC, Lebanon, and unrestricted grants from Janssen Cilag, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Roche, and Novartis. The Mexican National Comorbidity Survey (MNCS) is supported by The National Institute of Psychiatry Ramon de la Fuente (INPRFMDIES 4280) and by the National Council on Science and Technology (CONACyT-G30544- H), with supplemental support from the PanAmerican Health Organization (PAHO). The Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing (NSMHW) is supported by the WHO (Geneva), the WHO (Nigeria), and the Federal Ministry of Health, Abuja, Nigeria. The Ukraine Comorbid Mental Disorders during Periods of Social Disruption (CMDPSD) study is funded by the US National Institute of Mental Health (RO1-MH61905). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) is supported by the National Institute of Mental Health (NIMH; U01-MH60220) with supplemental support from the National Institute of Drug Abuse (NIDA), the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), the Robert Wood Johnson Foundation (RWJF; Grant 044708), and the John W. Alden Trust.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001.
2. Berenzon S, Juaréz F. Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):619-626.
3. Pardo AG, Sandoval DA, Umbarila ZD. Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. 2004;13:13-28.
4. Posada Villa J. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; Fundación FES Social; 2003.
5. Medellín Cómo vamos. Informe de la Encuesta de Percepción Ciudadana. Medellín. 2011.
6. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):859-877.
7. Kohn R, Levav I, Almeida JMCD, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005 11;18(4-5):229-240.
8. OPS/OMS. Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica No. 622. OPS/OMS, Washington, D.C., 2007.
9. OPS/OMS. Informe regional sobre el suicidio. Informe usando la base de datos sobre mortalidad de OPS. Washington, D.C., 2008.
10. OPS. Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. CD48/8. Washington, D.C. [Internet]. 2008 [cited 2011 Ago 21]; Available from: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-08-s.pdf>.
11. Spiegel D, Kraemer H, Bloom J, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*. 1989 10;334(8668):888-891.

12. Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch. Intern. Med.* 2000 May 8;160(9):1261-1268.
13. Reed GM, Kemeny ME, Taylor SE, Wang HY, Visscher BR. Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychol.* 1994 Jul;13(4):299-307.
14. Lewis DA, Lieberman JA. Catching up on schizophrenia: natural history and neurobiology. *Neuron.* 2000 Nov;28(2):325-334.
15. Berke JD, Hyman SE. Addiction, dopamine, and the molecular mechanisms of memory. *Neuron.* 2000 Mar;25(3):515-532.
16. Blue I, Harpham T. Urbanization and mental health in developing countries. *Curr Issues Public Health.* 1996 Ago;2(4):181-185.
17. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York, Oxford University Press. 1995.
18. Shah E. Poverty, Inequality and Health. An International Perspective: D Leon, G Walt (eds). Oxford: Oxford University Press, 2001. *International Journal of Epidemiology.* 2001 10;30(5):1202-a-1203.
19. Benjet C. Los trastornos mentales en niños y adolescentes en América Latina y el Caribe. En: *Epidemiología de las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe.* Washington, DC: 2008.
20. WHO. Atlas Child and Adolescent Mental Health Resources. Global Concerns: Implications for the Future. World Health Organization. Geneva. 2005.
21. OMS. VIH y Salud Mental. 124.^a Reunión del consejo ejecutivo, enero 2009 (EB124/6). Ginebra [Internet]. 2009 Enero [cited 2011 Ago 12]; Available from: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6 sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6_sp.pdf).
22. Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda.

23. Hedberg VA, Bracken AC, Stashwick CA. Long-term consequences of adolescent health behaviors: implications for adolescent health services. *Adolesc Med.* 1999 Feb;10(1):137-151.
24. Ming T T. *Textbook in psychiatric epidemiology.* Nueva York: Wiley Liss; 1995.
25. Vicente PB, Rioseco SP, Saldivia BS, Kohn R, Torres PS. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2002 5;130(5). Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887200200050007&lng=en&nrm=iso&tln g=en
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R, Third edition revised.* Washington, DC. 1987.
27. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.* 1992.
28. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1981 Abr;38(4):381-389.
29. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1988 Dic;45(12):1069-1077.
30. Levav I, Lima BR, Somoza Lennon M, Kramer M, González R. [Mental health for all in Latin America and the Caribbean. Epidemiologic bases for action]. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1989 Sep;107(3):196-219.
31. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1972 Ene;26(1):57-63.

32. Spitzer R, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria (RDC). New York: Biometrics Research. New York State Psychiatric Institute. 1975;34.
33. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2006;15(4):167-180.
34. Ramis Y, Torregrosa M, Viladrich C, Cruz J. Adaptación y validación de la versión Española de la escala de ansiedad competitiva SAS-2 para deportistas de iniciación. *Phsicothema.* 22(4):1004-1009.
35. Compare A. Clinical Psychology and Cardiovascular Disease: an up-to-date clinical practice review for assessment and treatment of anxiety and depression. *CPEMH.* 2011 9;7(1):148-156.
36. Butcher J, Mineka S, Hooley J. Pánico, ansiedad y sus trastornos. En: *Psicología clínica.* 2007. p. 172-212.
37. Anxiety and its disorders in late life: moving the field forward. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005;13:3-6.
38. Manassis K. Managing anxiety related to anaphylaxis in childhood: a systematic review. *Journal of Allergy.* 2012:1-7.
39. Merikangas KR, He J, Burstein M, Swanson S, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2010;49(10):980-989.
40. Posada Villa J, Buitrago Bonilla J, Medina Barreto T, Rodriguez Ospina M. Trastorno de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Revista NOVA.* 2006;4(6):33-41.

41. Butcher J. Psicología clínica. 12º ed. Madrid: Pearson Addison Wesley; 2006.
42. Rovella A, González Rodríguez M. Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en humanidades*. 2008;1:179-194.
43. Gonçalves DC, Byrne GJ. Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2011 Ago 19; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21907538>.
44. Bados López A. Trastorno de ansiedad generalizada. 2005.
45. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV Child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*. 2006 6;163(6):1074-1083.
46. Kessler RC, Wittchen H. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 8:4-10.
47. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-27.
48. Caballero L, Bobes J, Viladarga I, Rejas J. Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37(1):17-20.
49. Sandin B, Rodero B, Santed M, Garcia Campayo J. Sucesos vitales estresantes y trastorno de pánico: relación con el inicio del trastorno, la gravedad clínica y la agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2006;11(3):179-190.
50. Davidoff J, Christensen S, Khalili DN, Nguyen J, Ishak WW. Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission. *Qual Life Res* [Internet]. 2011 Sep 21; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21935739>

51. Palomares Castillo E, Campos Coy P, Ostrosky F, Tirado Duran E, Mendieta Cabrera D. Evaluación de funciones cognitivas: atención y memoria en pacientes con trastornos de pánico. *Rev Salud Mental*. 2010;33(6):481-488.
52. Trastornos de ansiedad [Internet]. National Institute of Mental Health. 2011 Jul 3; Available from: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/trastorno-de-p-nico.shtml>
53. Miller M. ¿What is agorophobia? *Harvard Mental Health Letter*. 2011;27(11).
54. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM IV). Barcelona: Masson; 1995.
55. Sadock B, Kaplan H, Sadock V. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10º ed. Philadelphia: 2007.
56. Campo Arias A. Trastorno de pánico y dependencia de nicotina: prevalencia, bases biológicas y repercusiones clínicas. *Avances de Psiquiatría Biológica*. 2005;6:176-185.
57. Caballo V, Simón M. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Madrid, España: 2001.
58. LeBeau RT, Glenn D, Liao B, Wittchen H, Beesdo-Baum K, Ollendick T, et al. Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Feb;27(2):148-167.
59. Orgilés M, Rosa A, Santacruz I, Méndez X, Olivares J, Sánchez Meca J. Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual*. 2002;10(3):481-502.
60. Caraveo Anduaga J, Colmenares E. Prevalencia de los trastornos de la ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*. 2000;23(5).

61. Kim S, Kim B, Cho S, Kim J, Shin M, Yoo H, et al. The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010 8;24(6):629-634.
62. Bemúdez Ornelas G, Hernández Guzmán L. Tratamiento de una sesión de la fobia específica a las arañas en niños. *Int J Clin Health Psychol*. 2008;8(3):779-791.
63. Talepasand S, Nokani M. Social phobia symptoms: prevalence and sociodemographic correlates. *Arch Iran Med*. 2010 Nov;13(6):522-527.
64. Furmark T, Hedman E, Tillfors M, Ekselius L. [Social phobia-no common shyness]. *Lakartidningen*. 2011 Abr 6;108(14):802-805.
65. Morales Martínez G, López Ramírez E, Antona Casas C. Métodos de facilitación afectiva para identificar el impacto del tratamiento clínico de la fobia social. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2010;12(2):181-201.
66. Rosa Alcázar A, Olivares Olivares P, Olivares J. Papel de los efectos inespecíficos en el tratamiento psicológico de adolescentes con fobia social. *Anuario de Psicología*. 2009;40(1):43-61.
67. Madueño Caro A, Ortega Galán M, Benítez Rodríguez E, Alcaraz Vera E, Forja Pajares F. Síntomas relacionados con fobia social en personal sanitario. *MEDIFAM*. 2002;12(5):312-325.
68. Burstein M, He J, Kattan G, Albano AM, Avenevoli S, Merikangas KR. Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Sep;50(9):870-880.
69. Sierra J, Zubeidat I, Fernández Parra A. Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-Estar e Subjetividade/ Fortaleza*. 2006;6(2):472-517.
70. Bowirrat A, Chen TJH, Blum K, Madigan M, Bailey JA, Chuan Chen AL, et al. Neuro-psychopharmacogenetics and neurological antecedents of posttraumatic stress disorder: Unlocking the mysteries of resilience and vulnerability. *Curr Neuropharmacol*. 2010 Dic;8(4):335-358.

71. Wu D, Yin H, Xu S, Zhao Y. Risk factors for posttraumatic stress reactions among chinese students following exposure to a snowstorm disaster. *BMC Public Health*. 2011;11:96.
72. Bas Sarmiento P, Fernández Gutiérrez M, Barbacil Vicario A, Gutiérrez Vásquez C. Perspectivas actuales en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en la población infantil: análisis bibliométrico. *Clínica y Salud*. 2006;17(1):68-89.
73. Hollander E, Simeon D. Guía de trastornos de ansiedad. Madrid, España: 2004.
74. Bobés García J, Bousoño García M, Calcedo Barba A, González García M. Trastorno de estrés postraumático. Barcelona, España: 2003.
75. Brousse G, Arnaud B, Roger JD, Geneste J, Bourguet D, Zaplana F, et al. Management of traumatic events: influence of emotion-centered coping strategies on the occurrence of dissociation and post-traumatic stress disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011;7:127-133.
76. Medina Mora M, Borges Guimaraes G, Lara C, Ramos Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Publica de México*. 2005;47(1):8-22.
77. Yaffe K, Vittinghoff E, Lindquist K, Barnes D, Covinsky KE, Neylan T, et al. Posttraumatic stress disorder and risk of dementia among US veterans. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2010 Jun;67(6):608-613.
78. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2002 11;40. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-9227200200060003&lng=en&nrm=iso &tlng=en
79. Peterlin BL, Rosso AL, Sheftell FD, Libon DJ, Mossey JM, Merikangas KR. Post-traumatic stress disorder, drug abuse and migraine: new findings from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Cephalalgia*. 2010 9;31(2):235-244.

80. Wolf EJ, Miller MW, Krueger RF, Lyons MJ, Tsuang MT, Koenen KC. Posttraumatic stress disorder and the genetic structure of comorbidity. *Journal of Abnormal Psychology*. 2010;119(2):320-330.
81. Palacios L, Heinze G. Trastorno por estrés postraumático: una revisión de tema. *Salud Mental*. 2002;25(3):19-26.
82. Bados López A. Trastorno de ansiedad por separación. Rechazo escolar y fobia escolar. 2005.
83. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL, Rees S. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry*. 2010;10(1):21.
84. Pacheco PB, Ventura WT. Trastorno de ansiedad por separación. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2009 4;80(2). Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-1062009000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
85. D'Amato FR, Zanettini C, Lampis V, Coccorello R, Pascucci T, Ventura R, et al. Unstable maternal environment, separation anxiety, and heightened CO₂ sensitivity induced by gene-by-environment interplay. *PLoS ONE*. 2011;6(4):e18637.
86. Lewinsohn PM, Holm-Denoma JM, Small JW, Seeley JR, Joiner TE. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008 5;47(5):548-555.
87. Baena Zuñiga A, Sandoval Villegas MA. Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*. 2005 Nov 10;6(11):2-14.
88. Lasky T, Krieger A, Elixhauser A, Vitiello B. Children's hospitalizations with a mood disorder diagnosis in general hospitals in the united states 2000-2006. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2011;5:27.
89. Farias ACD, Cordeiro ML. Mood disorders in children and adolescents: update for pediatricians. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2011 8; Available from: <http://www.jpmed.com.br/Redirect.aspx?varArtigo=2210>

90. Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009 Feb;37(1):49-53.
91. Nieto-Moreno M, Gimeno Blanco P, Adán J, García-Olmos L, Valle J, Chatterji S, et al. [Applicability of the ICF in measuring functioning and disability in unipolar depression in Primary Care settings]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006 Dic;34(6):393-396.
92. Hazell P. Depression in children and adolescents. *Clin Evid (Online)* [Internet]. 2011;2011. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22018419>
93. Herrera Murcia E, Losada Y, Rojas L, Piedad G. Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogota (Colombia).* 2009;27(1):154-164.
94. Alarcón R, Castañeda Ramírez JJ, Moreno Aguirre A. Diferenciación clínica entre la depresión mayor y la depresión en el trastorno afectivo mayor. *Revista Médica de Risaralda.* 2010 May;16(1):29-39.
95. Senties Castilla H. Neurobiología de los trastornos depresivos. *Rev Fac Med UNAM.* Abr;13(2):55-56.
96. Komossa K, Depping AM, Gaudchau A, Kissling W, Leucht S. Second-generation antipsychotics for major depressive disorder and dysthymia [Internet]. En: The Cochrane Collaboration, Leucht S, editores. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008121.pub2>
97. Tamayo JM, Rovner J, Muñoz R. The importance of detection and treatment of somatic symptoms in Latin American patients with major depression. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007 Jun;29(2):182-187.
98. Rodríguez A, Granada Jiménez O. Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. *Rev Clin Med Fam.* 2007 Feb;1(6).
99. Sanchez R, Cuervo J, Martínez T. Niños adolescentes y depresión mayor. Detección y tratamiento. *Foro Pediátrico.* 2(3):6-13.
100. Royo J. Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. *ANALES Sis San Navarra.* 2002;25(3):97-103.

101. Bautista L, Angarita Mojica M, Contreras Rosso J, Otero Suarez M. Caracterización psicológica y sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años. *Revista Ciencia y Cuidado*. 5(1):20-39.
102. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex*. 2004 Oct;46(5):417-424.
103. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. 2009.
104. Ishizaki J, Mimura M. Dysthymia and apathy: diagnosis and treatment. *Depress Res Treat*. 2011;2011:893905.
105. Gureje O. Dysthymia in a cross-cultural perspective. *Curr Opin Psychiatry*. 2011 Ene;24(1):67-71.
106. García-Arroyo JM, Domínguez-López ML, Fernández-Arguelles P. Psychological study of the dysthymic disorder in the woman. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011 Sep;39(5):331-333.
107. Spanemberg L, Juruena M. Distimia: características históricas e nosológicas e sua relacao com transtorno depressivo maior. *R.Psiquiatr. RS*. 2004;26(3):300-311.
108. Serrano Bonitto C. Fenomenología y distimia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2001;001:50-56.
109. Vallejo Ruiloba J. Tipos de depresión y tratamiento. *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2001 Abr;:23-30.
110. Vallejo J, Menchón J. Distimia y otras depresiones no melancólicas. En: *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: 1999. p. 261-302.
111. Hellerstein DJ, Skodol AE, Petkova E, Xie H, Markowitz JC, Yen S, et al. The impact of comorbid dysthymic disorder on outcome in personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2010 Oct;51(5):449-457.
112. Rodríguez A, Álvarez Raya R, Argiz Vilar V, Vera F. Trastorno distímico y alexitimia. 12 Congreso de psiquiatría. 2001.

113. Pedrelli P, Iovieno N, Vitali M, Tedeschini E, Bentley KH, Papakostas GI. Treatment of major depressive disorder and dysthymic disorder with antidepressants in patients with comorbid opiate use disorders enrolled in methadone maintenance therapy. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2011 10;31(5):582-586.
114. Tellez Vargas J. Criterios para el diagnostico precoz de la depresión bipolar [Internet]. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. [en línea]. 2004 Jun [cited 2011 Mar 12]; Available from: http://www.alcmeon.com.ar/11/43/01_tellez.htm
115. López J, Baca E, Botillo C, Quintero J, Navarro R, Negueruela M, et al. [Diagnostic errors and temporal stability in bipolar disorder]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008 Ago;36(4):205-209.
116. Torpy J. Trastorno bipolar. *La Revista de la American Medical Association*. 2009 Feb;301(5).
117. Bonnin CM, Martinez-Aran A, Sanchez-Moreno J, Torrent C, Franco C, Pacchiarotti I, et al. [Bipolar disorder, cognitive functioning and hypothalamic-pituitary-thyroid axis]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010 Jul;38(4):223-228.
118. Wong MMC. Management of bipolar II disorder. *Indian J Psychol Med*. 2011 Ene;33(1):18-28.
119. Psicología. En: *La conducta sana-enferma*. México D.F.: 2004. p. 185-187.
120. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Pan Amer Health Org*; 2009.
121. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol & Psychiat*. 2004 3;45(3):609-621.
122. Offord DR, Bennett KJ. Conduct Disorder: Long-term outcomes and intervention effectiveness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994 10;33(8):1069-1078.
123. Frick PJ, Nigg JT. Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and

- conduct disorder. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2011 Abr 4; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22035245>.
124. Sonuga-Barke EJS, Halperin JM. Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention? *J Child Psychol Psychiatry*. 2010 Abr;51(4):368-389.
 125. Hamilton SS, Armando J. Oppositional defiant disorder. *Am Fam Physician*. 2008 Oct 1;78(7):861-866.
 126. Ghanizadeh A. Overlap of ADHD and oppositional defiant disorder DSM-IV derived criteria. *Arch Iran Med*. 2011 May;14(3):179-182.
 127. Chen L, Luo X, Wei Z, Guan B, Yuan X, Ning Z, et al. Correlation study on behavioral problems and self-concept of children with oppositional defiant disorder. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2011 Mar;36(3):217-222.
 128. Loeber R, Burke JD, Pardini DA. Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:291-310.
 129. Stringaris A, Maughan B, Goodman R. ¿What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 May;49(5):474-483.
 130. Cardo E, Meisel V, García-Banda G, Palmer C, Riutort L, Bernad M, et al. [Oppositional defiant disorder: aspects related to sex differences and informant]. *Rev Neurol*. 2009 Feb 27;48 Suppl 2:S17-21.
 131. Angulo Rincón R, Jane Ballabriga M, Bonillo Martín A, Corcol Champredonde A, Viñas Poch F, González Rodríguez G, et al. Evaluación de la sintomatología negativista desafiante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*. 2010;22(3):455-459.
 132. Rigau Ratera E, García Nonell C, Artigas Pallarés J. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Rev Neurol*. 2006;42(2):83-86.

133. Greene R, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux M, Goring J, Faraone S. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry*. 2002;159(7):1214-1224.
134. Mobilli Rojas A, Rojas Malpica C. Aproximación al adolescente con trastorno de conducta disocial. *Investigación en Salud*. 2006;VIII (2):121-128.
135. Desarrollo de una escala de conducta disocial en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2011;14(1):199-221.
136. Wiener J, Dulcan M. Clasificación de los trastornos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia. En: *Tratado de psiquiatría en la infancia y la adolescencia*. Barcelona, España: 2006.
137. Vásquez J, Feria M, Lino P, Francisco DLP. *Guía clínica para el trastorno disocial*. 2010.
138. Mordre M, Groholt B, Kjelsberg E, Sandstad B, Myhre A. The impact of ADHD and conduct disorder in childhood on adult delinquency: A 30 years follow-up study using official crime records. *BMC Psychiatry*. 2011;11(1):57.
139. Puerta IC, Martínez-Gómez J, Pineda DA. Prevalence of mental retardation in teenagers with dissocial conduct disorder. *Rev Neurol*. 2002 Dic 1;35(11):1014-1018.
140. Pineda DA, Puerta IC. Prevalence of dissocial conduct disorder in adolescents using an epidemiological diagnostic questionnaire. *Rev Neurol*. 2001 Abr 1;32(7):612-618.
141. Berger I. Diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder: much ado about something. *Isr. Med. Assoc. J.* 2011 Sep;13(9):571-574.
142. Barkley R. *Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook of diagnosis and treatment*. 3° ed. New York [etc.]: Guilford Press; 2006.
143. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, American Psychiatric Association. *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad [Internet]*. [cited 2011 Ago 27];Available

- from: <http://www.parentsmedguide.org/ParentGuide%20-%20Spanish.pdf>.
144. Campos Hernández G. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Perú Pediatr.* 2007;60(2):126-131.
 145. Torres de Galvis Y, Posada Villa J, Bareño Silva J, Berbesí Fernández D. Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población Colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Rev Colomb Psiquiat.* 2010;39:14-35.
 146. Ministerio de la Protección Social. Republica de Colombia, Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. [Internet]. 2008; Available from: http://www.corazonesresponsables.org/Estudio_Nal_Completo_Psicoactivas.pdf.
 147. Winters KC, Botzet AM, Fahnhorst T. Advances in adolescent substance abuse treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2011 Oct;13(5):416-421.
 148. Wu L. Substance abuse and rehabilitation: responding to the global burden of diseases attributable to substance abuse. *Subst Abuse Rehabil.* 2010 Oct;2010(1):5-11.
 149. Luna M I. Antipsicóticos atípicos y trastornos relacionados con sustancias psicoactivas [Internet]. *Avances. Libro de la Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.* 2011 Jun; Available from: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol5/articulos/50011.php>
 150. Kokiwar PR, Jogdand GRS. Prevalence of substance use among male adolescents in an urban slum area of Karimnagar district, Andhra Pradesh. *Indian J Public Health.* 2011 Mar;55(1):42-45.
 151. Trastornos relacionados con sustancias [Internet]. *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Available from: <http://148.228.156.172/DSMIV/DSMIV/TSUSTAN.PDF>.

152. Kessler R, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo Anduaga J, et al. Mental substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatria Fennica*. 2001;32(2):62-79.
153. Caraveo Anduaga J, Colmenares Bermúdez E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. *Salud Mental*. 2002;25(002):9-15.
154. Mackay J, Ericksen M. *The tobacco atlas*. 2002.
155. Proyecto de la CICAD de la Escuela de enfermería sobre la prevención del uso y abuso de drogas integración social y promoción de la salud en América Latina [Internet]. 2011 Jul 22; Available from: http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/Enfermeras/Principales/presentacion.htm
156. Organización Mundial de la Salud. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancia psicoactivas*. 2004.
157. UNODC. *World drug report 2011*. 2011.
158. Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002 Nov;59(11):1039-1044.
159. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry*. 2001 Nov;179:432-437.
160. Torres de Galvis Y. Consumo de sustancias psicoactivas: prevalencia factores asociados. Resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del Departamento de Antioquia 2003 Hallazgos para la prevención. 2003.
161. Montoya I. Perspectivas sobre la comorbilidad entre trastornos por abuso de sustancias y trastorno psiquiátrico. *Rev Colomb Psiquiat*. 2007;XXXVI(3).
162. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National

- Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch. Gen. Psychiatry. 2007 Jul;64(7):830-842.
163. Research report series. National Institute on Drug Abuse. Comorbidity: addition and other mental illnesses. 2009
 164. Weich L, Pienaar W. Occurrence of comorbid substance use disorders among acute psychiatric inpatients at Stikland Hospital in the Western Cape, South Africa. Afr J Psychiatry (Johannesbg). 2009 Ago;12(3):213-217.
 165. Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Pulkkinen L, Marttunen M, Kaprio J. Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins. Addiction. 2008 12;103(12):2045-2053.
 166. Deas D. Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. J Clin Psychiatry. 2006;67 Suppl 7:18-23.
 167. Pereira T. Neurobiología de la adicción. Rev Psiquiatr Urug. 2008;73(1):9-24.
 168. Abeijon J, Irastorza M. Intervenir con adolescentes que consumen droga y no son toxicómanos. Norte de Salud Mental. 2007;27:31-35.
 169. Morales Jiménez M, Ovejero Bernal A. Análisis diferencial por niveles de edad de las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. R. Interam Psicol. 2005;39(3):325-338.
 170. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud del Adolescente.
 171. Maddaleno M, Morello P, Infante F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública de México. 2003;45(1):132-139.
 172. World Psychiatric Association. Global Child Mental Health; 2004.
 173. McGee R, Williams S, Poulton R, Moffitt T. A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. Addiction. 2000 Abr;95(4):491-503.

174. Wills T, Sandy J, Jaeger A. Contributions of positive and negative effect to adolescent substance use: test of a bidimensional model in a losgitudinal. *Pshicol Addict Behav.* 1999;14(4):327-338.
175. Bolaños Gil H, Falleiros D, Carvalho Ferriani M, Iossi Silva M. Opiniones de los adolescentes escolares sobre consumo de drogas: un estudio de casos en Lima-Perú. *Rev Latino-am Enfermagen.* 2008;16.
176. Morales Jiménez M, Rodriguez Diaz F. Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Phsicothema.* 2006;18(1):52-58.
177. Martínez Mantilla J, Amaya Naranjo W, Camplillo H, Rueda Jaimes G, Campo Arias A, Díaz Martínez L. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. *Rev Salud Pública.* 9(2):215-229.
178. Wagner F, Velasco Mondragón H, Herrera Vázquez M, Borges G, Lezcano Ponce E. Early alcohol or tobacco onset and transition to other drug use among students in the state of Morelos. *Drug Alcohol Depend.* 2005;77:93-96.
179. Graña Gomez J. Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de droga en adolescentes. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud.* 2000;8(2):249-270.
180. Morales Jiménez M, Rodriguez Díaz F, Sirvent Ruiz C. Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferentes inter-género y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones.* 2005;17(2):105-120.
181. Nadal Alemany R. La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones.* 2008;20(1):59-72.
182. Hanson G. New vistas in drug abuse prevention. *NIDA Notes.* 2002;16(6).
183. Volkow N. Exploring the why adolescent drug abuse. *NIDA Notes.* 2004;19(3).
184. Herrman H, Swartz L. Promotion of mental health in poorly resourced countries. *Lancet.* 2007 Oct 6;370(9594):1195-1197.

185. Farrer S. School-based program promotores positive behavior, reduce risks factors for drug use, other problems. *NIDA Notes*. 2004;18(6).
186. Nation M, Heflinger CA. Risk factors for serious alcohol and drug use: the role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2006 1;32(3):415-433.
187. De la Villa Moral M, Javier Rodríguez F, Ovejero A. Psychosocial correlations of the experimentation with psychoactive substances in Spanish teenagers. *Salud Publica Mex*. 2010 Oct;52(5):406-415.
188. Beato Fernández L, Rodríguez Cano T, Belmonte Llarío A, Pelayo Delago E. Factores de riesgo y protección y el uso de tóxicos en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2005 Nov;33(6):352-358.
189. Arellanez Hernandez J, Díaz Negrete D, Wagner Echeagaray F, Pérez Islas V. Factores psicosociales con el abuso y la dependencia de droga entre adolescentes: análisis bivariado de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*. 2004 Jun;25(3):54-64.
190. Razzouk D, Bordin IA, Jorge MR. Comorbidity and global functioning (DSM-III-R Axis V) in a Brazilian sample of cocaine users. *Subst Use Misuse*. 2000 Ago;35(9):1307-1315.
191. Zamora P, Sirvent Ruiz C. Psicopatología asociada al consumo de cocaína y alcohol. *Revista Española de Drogodependencia*. 2006;31(3):324-344.
192. Bertolín Guillen J. El consumo de alcohol y cocaína en España: los adolescentes. *Revista Española de Drogodependencia*. 2006;31(3):243-246.
193. Goti J. Adolescentes con problemas psiquiátricos son especialmente vulnerables a los efectos de las sustancias psicoactivas [Internet]. 2008 Jul; Available from: <http://www.psiquiatria.com/noticias/adicciones/drogas/36867/>.
194. Cano Correa A, Castaño Castrillón J, Corredor Zuluaga D, García Ortiz A, González Bedoya M, Lloreda Chala O, et al. Factores de

- riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. 2007;10(3):187-194.
195. Gómez Peresmitre G, Alvarado G, Moreno L, Saloma S, Pineda G. Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 2001;18(3):313-324.
 196. Rivarola M. La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*. 2003;I/II(7-8):149-161.
 197. González Macías L, Unikel C, Cruz C, Caballero A. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*. 2003;26(3):1-8.
 198. Alvarez G, Mancilla J, López X, Vásquez R, Ocampo M, López V. Trastornos alimenticios y obesidad: avances de investigación de una población mexicana. *Psicología contemporánea*. 1998;5(1):5-77.
 199. Marín B. V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2002 8;29(2). Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
 200. Washington, DC: Author. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2000.
 201. Rayment D, Asfaha EA, Babiker A, Jaffa T. Hyperthyroidism during refeeding in anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord*. 2011;:n/a-n/a.
 202. Barbarich-Marsteller NC, Foltin RW, Timothy Walsh B. ¿Does anorexia nervosa resemble an addiction? *Curr Drug Abuse Rev* [Internet]. 2011 Sep 1; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21999694>
 203. Muñoz MT, Argente J. New concepts in anorexia nervosa. *J. Pediatr. Endocrinol. Metab*. 2004 Mar;17 Suppl 3:473-480.
 204. Miller KK. Endocrine dysregulation in anorexia nervosa update. *J. Clin. Endocrinol. Metab*. 2011 Oct;96(10):2939-2949.

205. Misra M, Klibanski A. The neuroendocrine basis of anorexia nervosa and its impact on bone metabolism. *Neuroendocrinology*. 2011;93(2):65-73.
206. Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol.Med*. 2009 7;10(04):647.
207. Brooks SJ, O'Daly OG, Uher R, Friederich H, Giampietro V, Brammer M, et al. Differential neural responses to food images in women with bulimia versus anorexia nervosa. *PLoS ONE*. 2011 7;6(7):e22259.
208. Sierra Puentes M. La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Perspectivas en psicología*. 2005;1(001):79-87.
209. Rava F, Silber T. Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch.argent. pediatr*. 2004;102(5):353-363.
210. Rodríguez Ruíz S. Ansia por la comida y bulimia nerviosa: mecanismos psicofisiológicos.
211. Dêbska E, Janas A, Bańczyk W, Janas-Kozik M. Depression or depressiveness in patients diagnosed with anorexia nervosa and bulimia nervosa - pilot research. *Psychiatr Danub*. 2011 Sep;23 Suppl 1:S87-90.
212. Echeburúa E, Marañón I, Grijalvo J. Trastornos de personalidad en pacientes aquejados de anorexia y bulimia nerviosa: Un estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2002;7(2):95-101.
213. Gargallo Masjuán M, Fernández Aranda F, Raich R. Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura 1. *RIPCS/IJCHP*. 2003;3(2):335-349.
214. Toro J. Anorexia nerviosa. *Med Clin (Bar)*. 2001;117:334-335.
215. Bertrand A, Bélanger C, O'Connor K. Eating disorders (ED) and obsessive-compulsive disorders (OCD): common factors. *Sante Ment Que*. 2011;36(1):149-179.
216. Morales M, Jiménez Rojas I, Perea Fernández I, Villamil D, Gelves Sánchez C, Pedreros J, et al. Rasgos de personalidad en

- suicidas autopsias psicológicas 1997. *Revista del INML y CF.* 2002;17(1):14-20.
217. Jiménez Rojas I. La autopsia psicológica como instrumento de investigación. *rev.colomb.psiquiater.* 2001;30(3):271-276.
218. Aja Eslava L. ¿Qué ha pasado con el suicidio en Colombia en los últimos 13 años? *Forensis* 2009. 2010;11(1).
219. Pérez Barrero S. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med.* 1999;15(2):196-217.
220. Gutierrez Garcia A. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental.* 2006;29(005):66-74.
221. Secretaria de Salud de Medellín. Segundo estudio de salud mental del adolescente. Medellín. 2009.
222. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández S, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez J, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN.* 2008;13(1).
223. Concha A. Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica.* 2006;22:347-361.
224. Organización Mundial de la Salud. mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. 2008.
225. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 2004 6;291(21):2581-2590.
226. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health. Geneva: 2011.
227. Samokhvalov AV, Irving H, Mohapatra S, Rehm J. Alcohol consumption, unprovoked seizures, and epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Epilepsia.* 2010 Jul;51(7):1177-1184.

228. Baan R, Straif K, Grosse Y. On behalf of the WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol.* 2007;8:292-293.
229. Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Heath CW, et al. Alcohol, tobacco and breast cancer-collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br. J. Cancer.* 2002 Nov 18;87(11):1234-1245.
230. Roerecke M, Rehm J. Ischemic heart disease mortality and morbidity rates in former drinkers: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology.* 2010 12;173(3):245-258.
231. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction.* 2010 May;105(5):817-843.
232. Herrman H, Swartz L. Promotion of mental health in poorly resourced countries. *Lancet.* 2007 Oct 6;370(9594):1195-1197.
233. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra. 2004.
234. Frieden TR. A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *Am J Public Health.* 2010 4;100(4):590-595.
235. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud mediante la Resolución CD 49.R17. 2009.

