Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012

Medellín
un hogar para la vida

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

CESISM
CENTRO DE EXCELENCIA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

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

Secretaria de Salud de Medellín – Grupo de Salud Mental

Diseño e impresión: L Vieco e Hijas Ltda.
Impresión: Mayo de 2012

Este estudio se llevo a cabo mediante convenio de asociación número 4600031432 de 2011 entre la Secretaria 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 trabajo con el Agreement firmado con el Consorcio de Epidemiologia 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 Psyquiatric 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

Medellín
un hogar para la vida

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

Medellín
un hogar para la vida

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

*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.*

*Al 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, ulceras, 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 presento 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 epidemiologia 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 epidemiologia 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 la 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 evidencio 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 facilitarla 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 consientes 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 Nº 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 restrospectivos y ***aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas 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

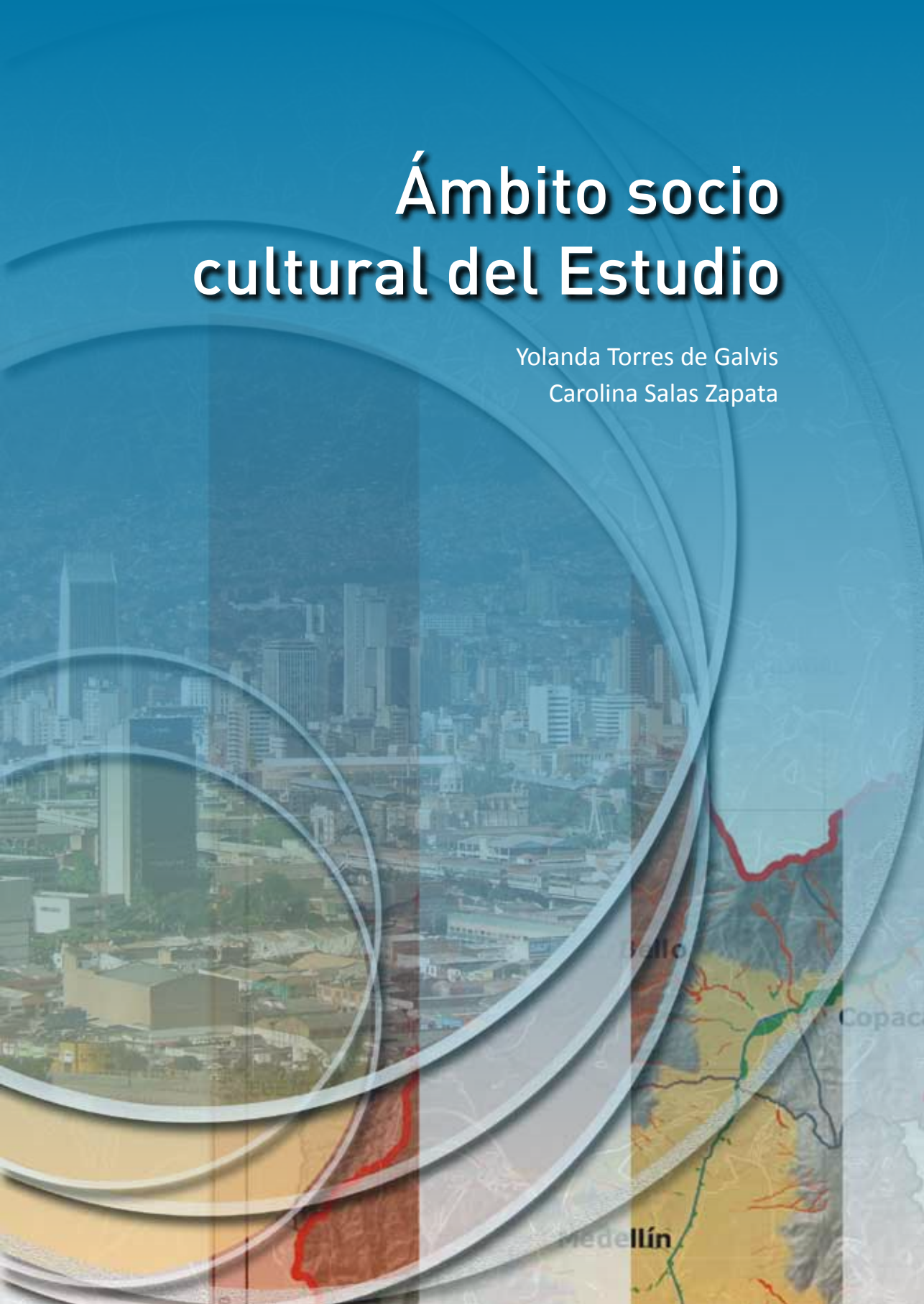
"La aplicación de la entrevista, así como la muestra de saliva que se me tomará no tendrán ningún riesgo para mi salud. En caso de que sea necesario, el entrevistador estará en capacidad de orientarme hacia los servicios que se ofrecen dentro del sistema de salud en coordinación con la Secretaria de 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 Nº 1, Santo Domingo Sabio Nº 2, Popular, Granizal, Moscú Nº 2, Villa Guadalupe, San Pablo, Aldea Pablo VI, La Esperanza Nº 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 Nº 1, Santa Cruz, La Rosa.

3 **Manrique:** La Salle, Las Granjas, Campo Valdes Nº 2, Santa Inés, El Raizal, El Pomar, Manrique, Central Nº 2, Manrique Oriental, Versalles Nº 1, Versalles Nº 2, La Cruz, Oriente, María Cano – Carambolas, San José La Cima Nº 1, San José La Cima Nº 2.

4 **Aranjuez:** Berlín, San Isidro, Palermo, Bermejal - Los Álamos, Moravia, Sevilla, San Pedro, Manrique Central Nº 1, Campo

[2] Fuente: Departamento Administrativo de Planeación de Medellín.

Valdés Nº 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 Nº 1, Doce de Octubre Nº 2, Pedregal, La Esperanza, San Martín de Porres, Kennedy, Picacho, Picachito, Mirador del Doce, Progreso Nº 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 Nº 1, Aures Nº 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 Nº 2, Los Cerros El Vergel, Alejandro Echavarría, Barrio Caicedo, Buenos Aires, Miraflores, Cataluña, La Milagrosa, Gerona, El Salvador, Loreto, Asomadera Nº 1, Asomadera Nº 2, Asomadera Nº 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 Nº 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 Quiebra, San Javier Nº 2, San Javier Nº 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 Nº 1, Las Lomas Nº 2, Altos del Poblado, El Tesoro, Los Naranjos, Los Balsos Nº 1, San Lucas, El Diamante Nº 2, El Castillo, Los Balsos Nº 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.

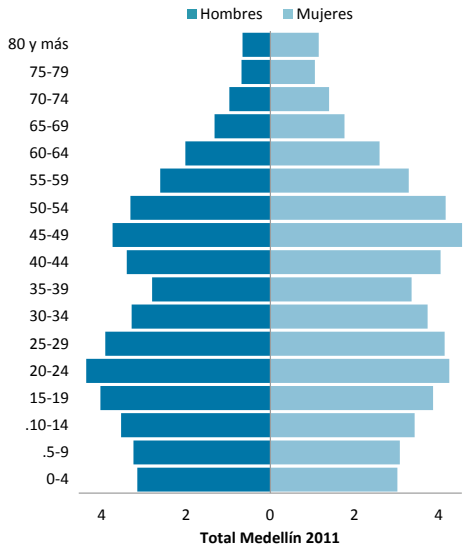
16 **Belén:** Fátima, Rosales, Belén, Granada, San Bernardo, Las Playas, Diego Echevarria, La Mota, La Hondonada, El Rincón, La Loma de Los Bernal, La Gloria, Altavista, La Palma, Los Alpes, Las Violetas, Las Mercedes, Nueva Villa de Aburrá, Miravalle, El Nogal - Los Almendros, Cerro Nutibara.

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	Total 2.368.282	Hombres 1.114.923	Mujeres 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 2008-2011**[4]

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 siente 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.

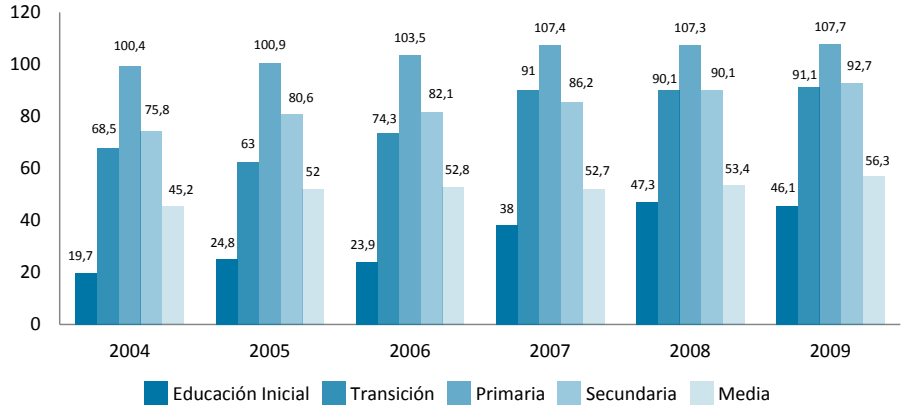
Para los hogares con niños o jóvenes en el rango de cinco a diez y siete años se preguntó si asisten a colegio públicos o privados. En 2011 un 83,0% de los hogares reportó que asisten a colegios públicos, siendo el porcentaje más alto desde 2006, y cinco puntos porcentuales más alto que en el año 2010. El 12,0% reportó que asisten a colegios privados, siendo también el menor porcentaje de asistencia a este tipo de establecimientos dese 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 m^2 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 Gini[5] 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.

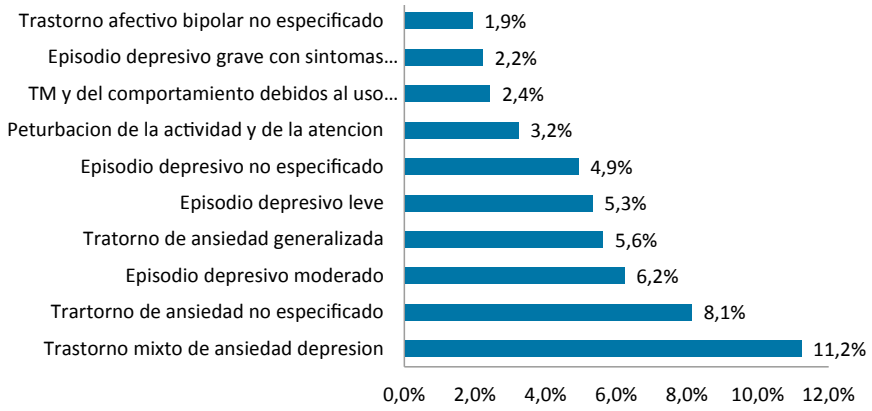


Gráfico 2. Distribución porcentual de las 10 primeras causa de consulta externa por trastornos mentales y del comportamiento (RIPS). Medellín, año 2010

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 específicados 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.**

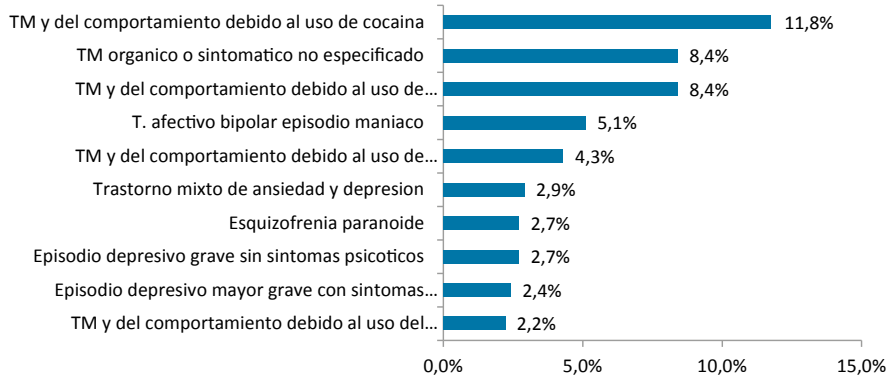


Gráfico 3. Distribución porcentual de las 10 primeras causas de hospitalización por trastornos mentales y del comportamiento (RIPS). Medellín, año 2010

- **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.

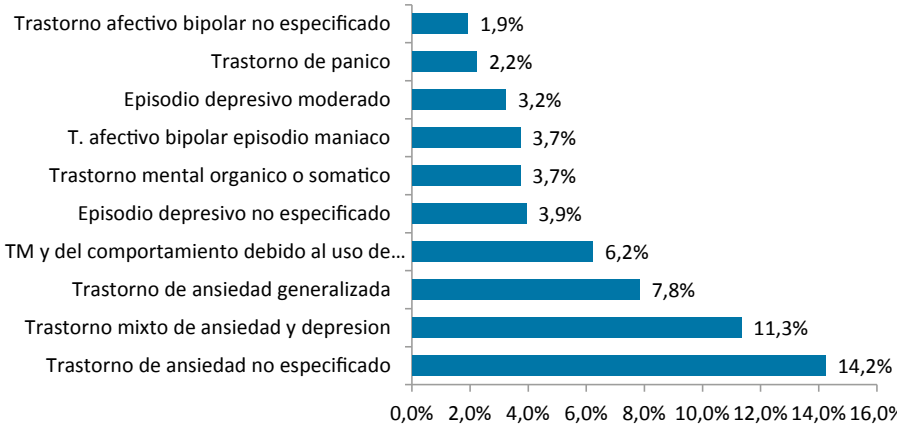
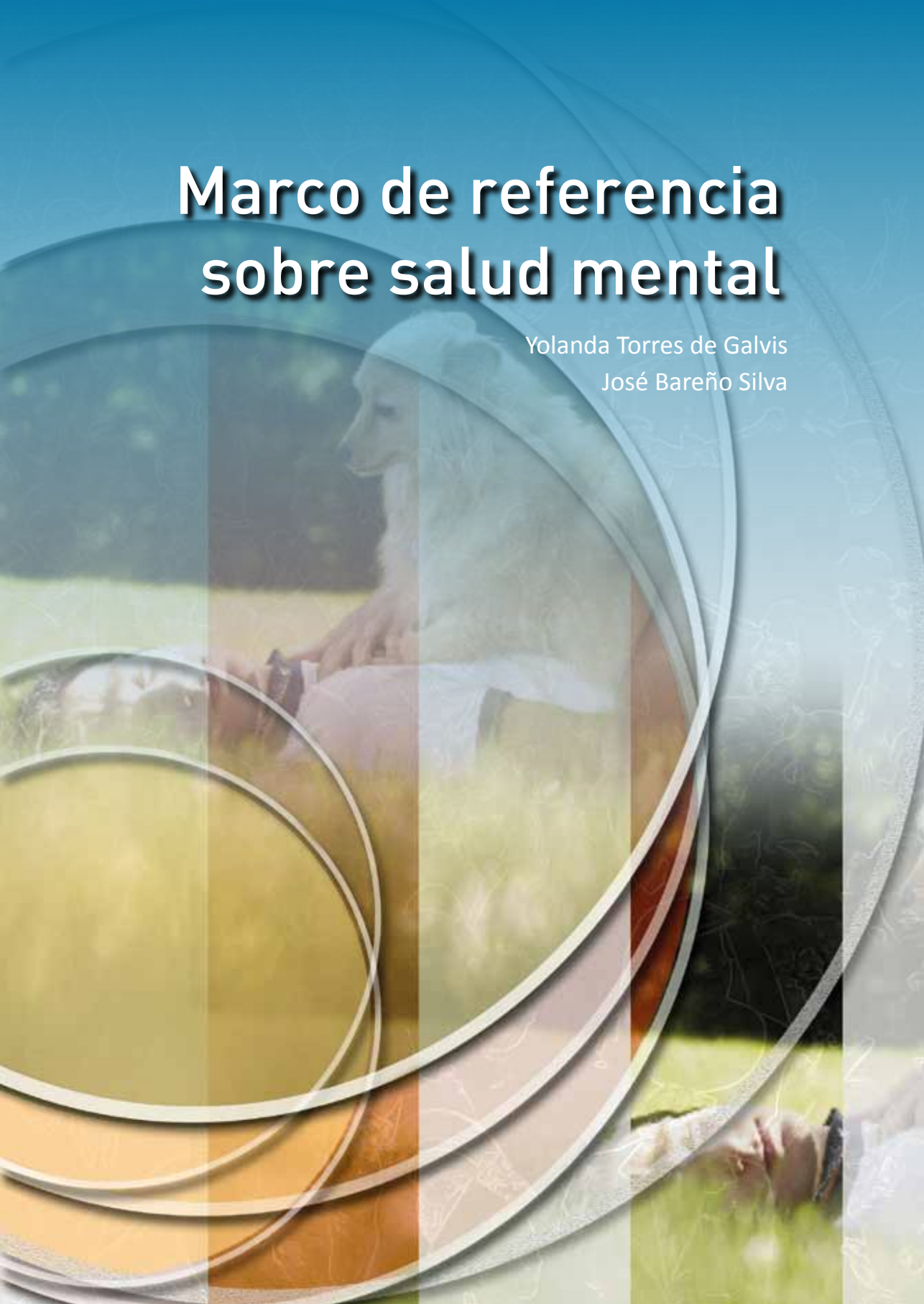


Gráfico 4. Distribución porcentual de las 10 primeras causas de urgencias por trastornos mentales y del comportamiento (RIPS) Medellín, año 2010

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 Desease GBD) llevados desde 1990. El primero financiado por el Banco Mundial estimó que lo 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 histopatologías, 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 adusta 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 Gilber, 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 psicológicos[6]

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 articulo 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 desordenes 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 le 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 genero 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 afecto, 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 los 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 necesito 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 Firts 1.990), el CIDI-OMS (World Health Organization Compositum International Duiagnosis 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 Diagnosis Interview CIDI-OMS, se basa en el DIS y fue desarrollado por la OMS en unión de Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Aministration (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.

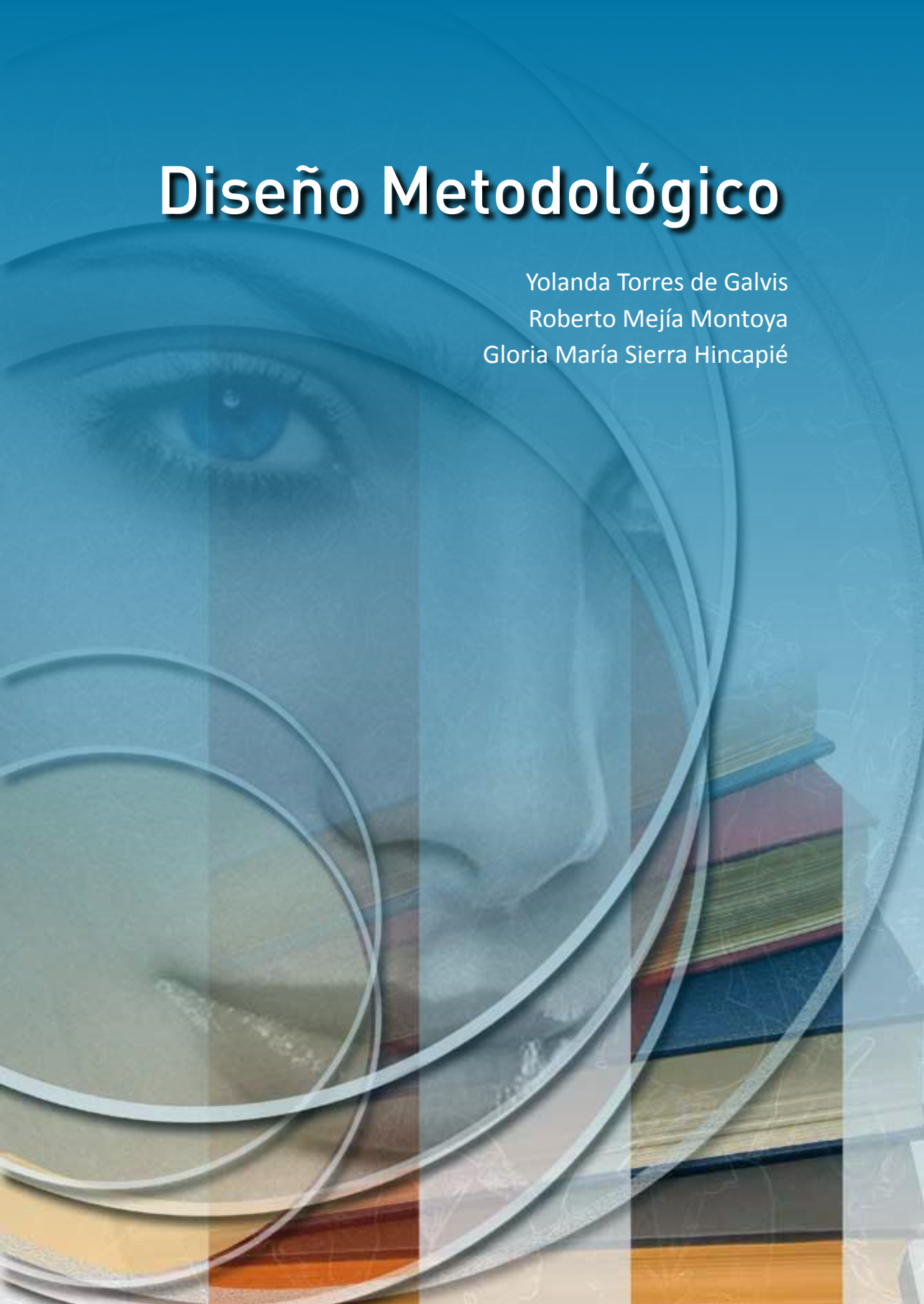
En síntesis el CIDI-OMS es una entrevista totalmente estructurada diseñada para ser utilizada por los entrevistadores legos, entrenados para la evaluación de los trastornos mentales de acuerdo a las definiciones y los criterios de la CIE-10 y DSM-IV. Su uso está destinado a estudios epidemiológicos transculturales, 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

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, valida 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 Secretaria 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 estimo, utilizando la siguiente fórmula:

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

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 adultos de 19 a 65 años, y un adolescente.

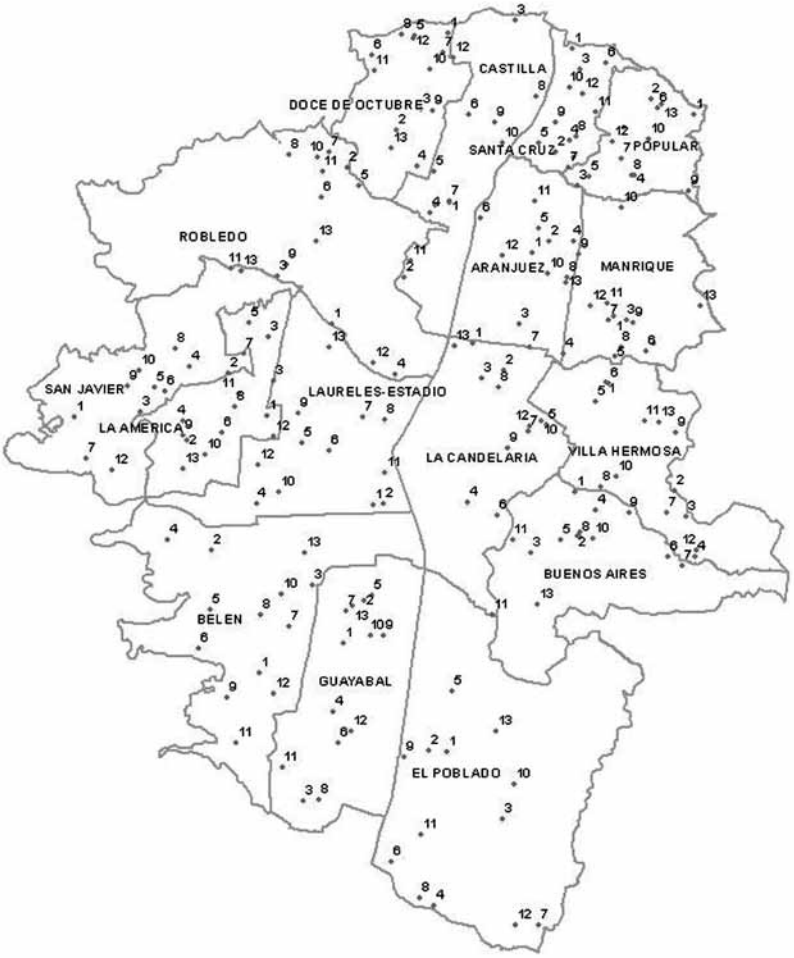
La composición de la muestra es proporcional a la composición del universo desde el punto de vista geográfico y socioeconómico; por tal razón, el diseño es con probabilidad de selección igual hasta el nivel de hogar.

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 Telemedellín, 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:

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

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 conjunto sobre la prevalencia de problemáticas de salud mental, indicadores positivos de salud mental y toma de muestras de saliva, 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.

23 problemáticas de salud mental identificará la investigación que se hace en Medellín. 4.170 personas, entre los 13 y 65 años de edad, serán consultadas, en las 16 comunas 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 Secretaria 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.

El 13 de julio se llevo a cabo el programa televisivo La Buena Vida del canal cosmovisión en donde representantes de la Alcaldía de Medellín y la Universidad CES informaron sobre el estudio.

Para la Accesibilidad a algunas zonas de alto riesgo se propuso hacer la conexión con secretaria de Gobierno para conocer el estado de accesibilidad de algunas zonas de Medellín.

- **Plegable dirigido a la comunidad**

Adicionalmente a nivel interno en la Secretaría de Salud de Medellín se envió un correo con toda la información de la investigación.

Mediante 4.500 plegables que incluyen la información sobre el Estudio de Salud Mental, se le informó a las personas seleccionadas en acerca de la importancia y el proceso de su participación, también se brindó asesoría por parte de la Alcaldía de Medellín y la Universidad CES para responder a cualquier inquietud.

3.4 Iniciación de trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en dos etapas:

Etapa 1: Visita inicial de personal del equipo de salud mental apoyado por líderes de la comunidad, para dar a conocer el estudio y tomar

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 trascripción 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 trascripción 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 sub-muestra 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 entregada 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 solicito previo a la aceptación mediante consentimiento informado escrito, una muestra de saliva, para la extracción de ADN, la cual se tomó utilizando el Kit Orarge-DNA, dado que asegura su fácil recolección, conservación y procesamiento.

El Kit Orarge-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 trasporte. 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

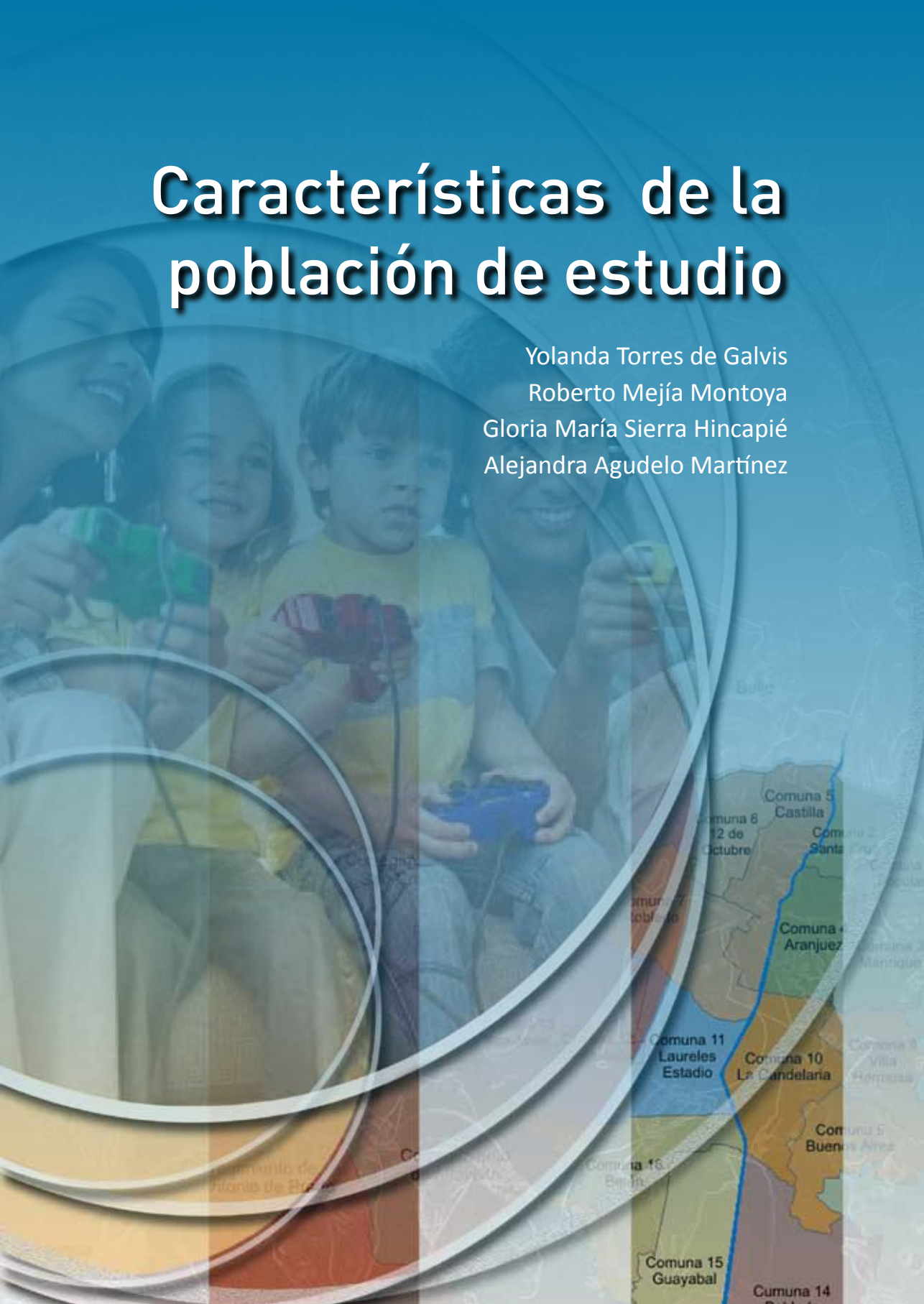
3.6.9 Formación del biobanco

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 dedico 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.

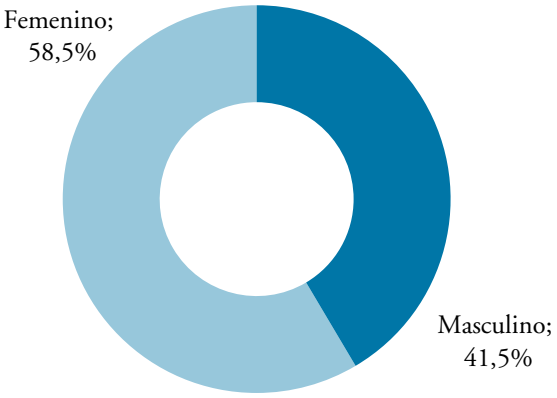


Gráfico 5. Distribución según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

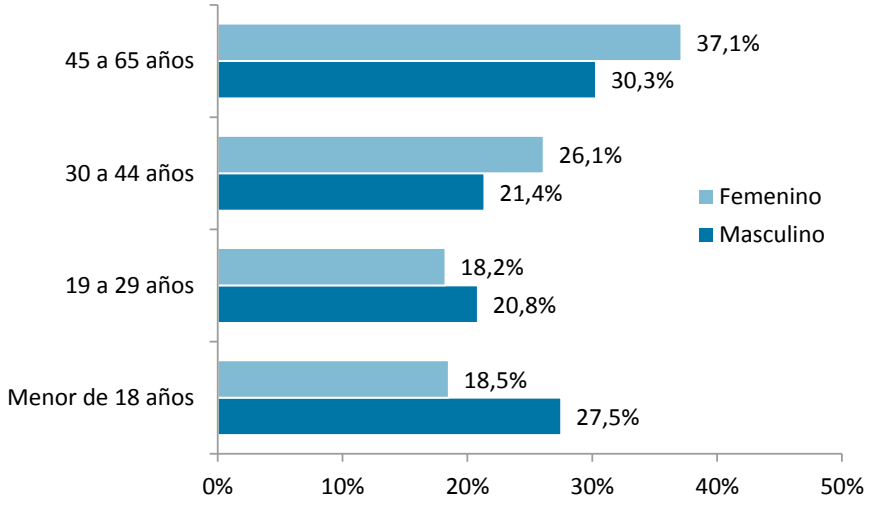


Gráfico 6. Distribución según grupo etario por edad y sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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.

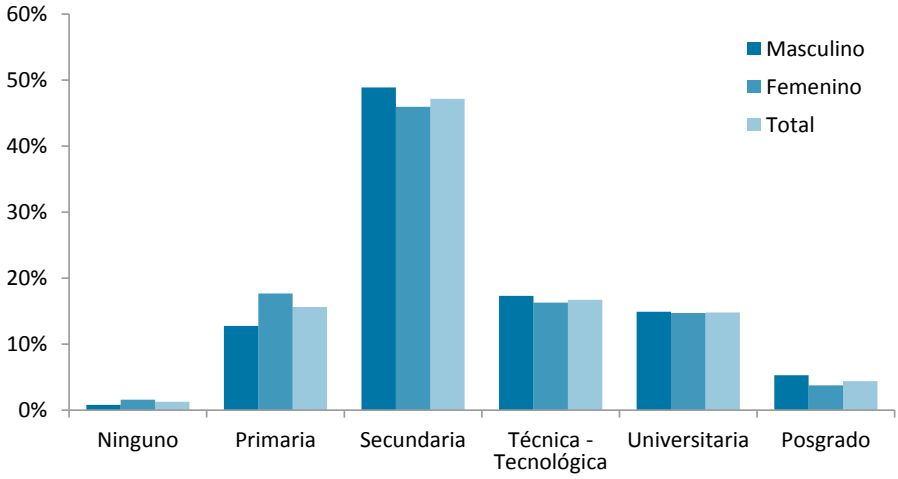


Gráfico 7. Distribución según nivel de escolaridad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

Al analizar la distribución según nivel de escolaridad por sexo, no se encontró diferencia estadísticamente significante, 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

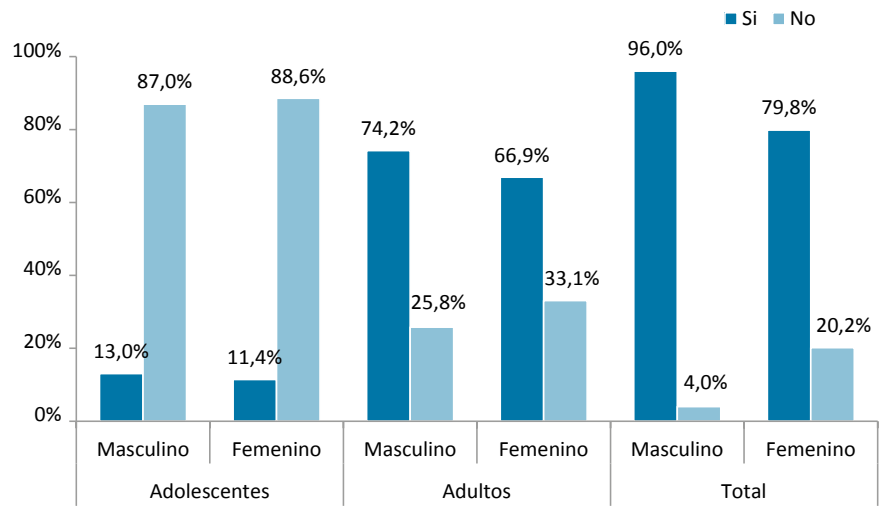


Gráfico 8. Proporción de los que han trabajado alguna vez en la vida según grupo etario y sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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%.

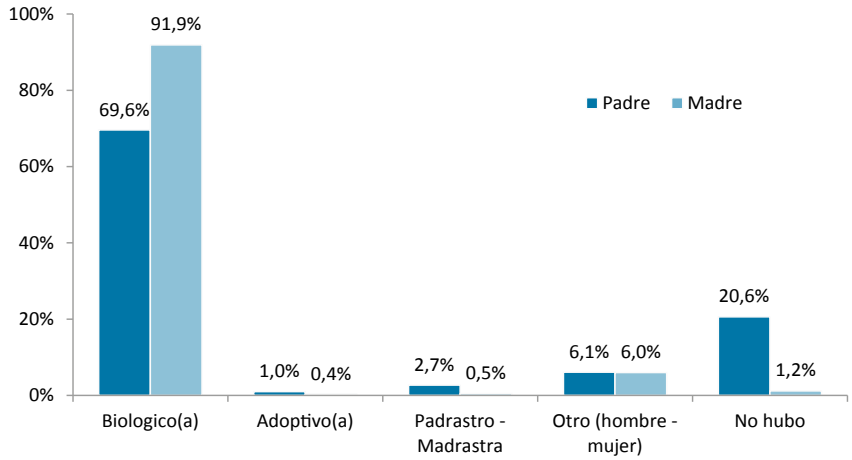


Gráfico 9. ¿Quiénes fueron las figuras paternas durante la mayor parte de su niñez? Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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.

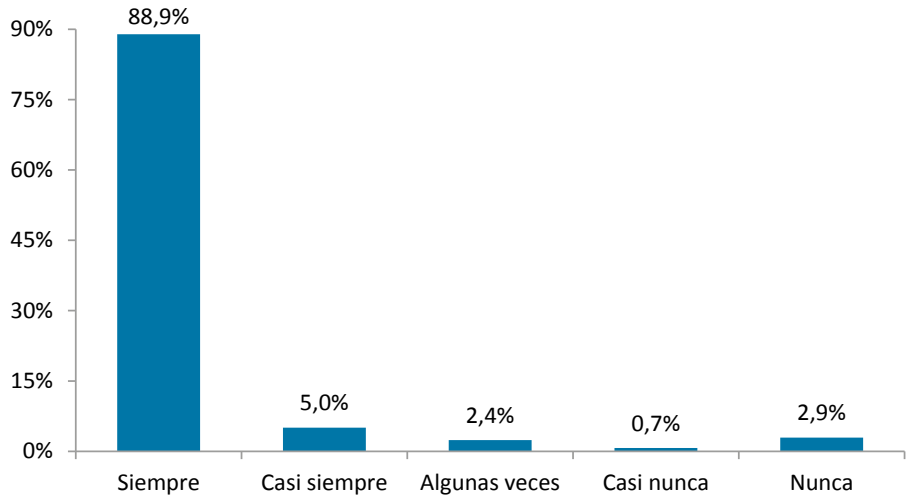


Gráfico 10. Trabajo remunerado del padre en la niñez
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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.

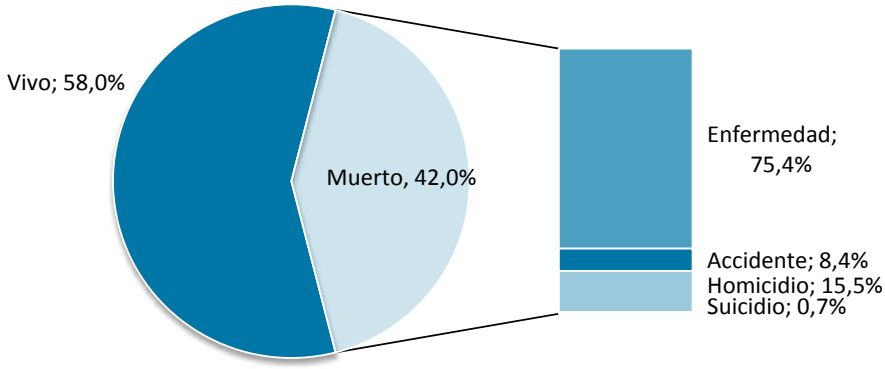


Gráfico 11. Información sobre el padre
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

La misma información en relación con la madre presenta importantes diferencias, comenzando con su mayor supervivencia, informaron tener la madre vida 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.

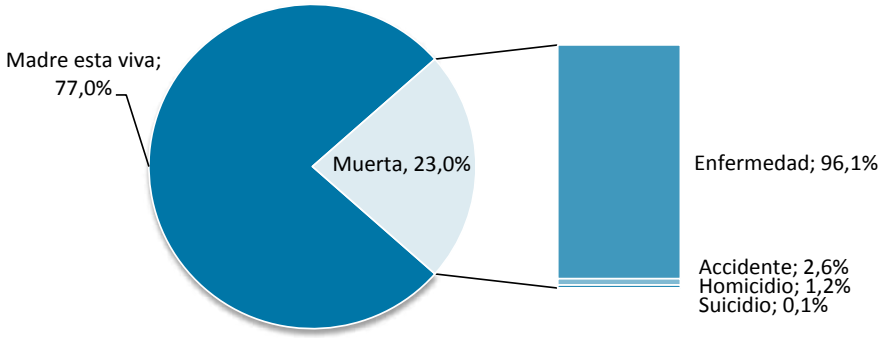


Gráfico 12. Información sobre la madre
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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 significante ($p<0,05$) 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.

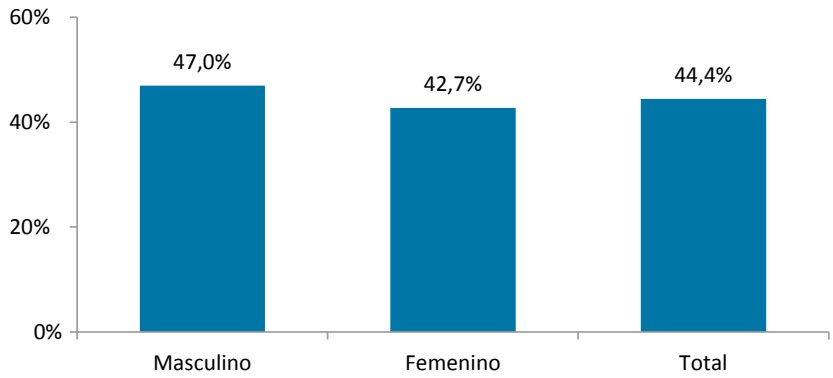


Gráfico 13. Información sobre relaciones sexuales en el grupo de adolescentes
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

4.3.2 Edad de inicio

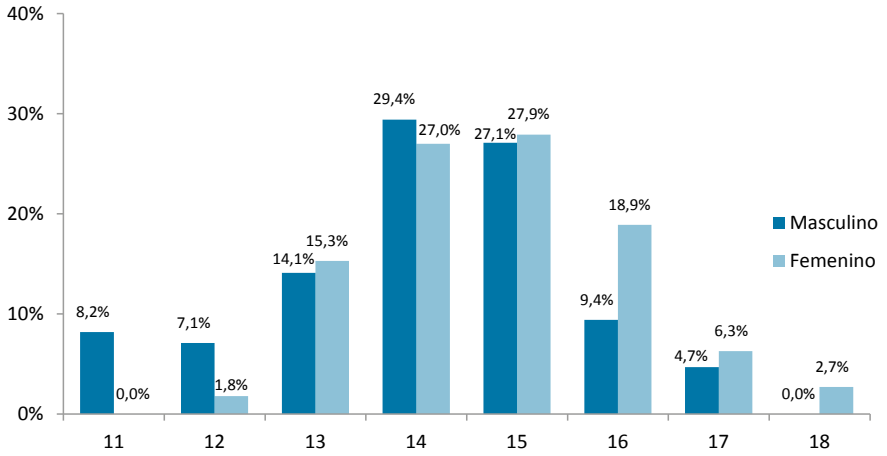


Gráfico 14. Edad de inicio de relaciones sexuales en los adolescentes Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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

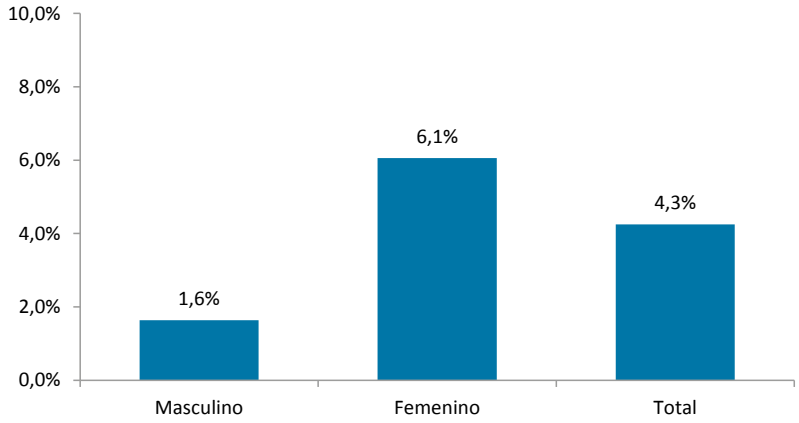


Gráfico 15. Adolescentes que han tenido un hijo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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.

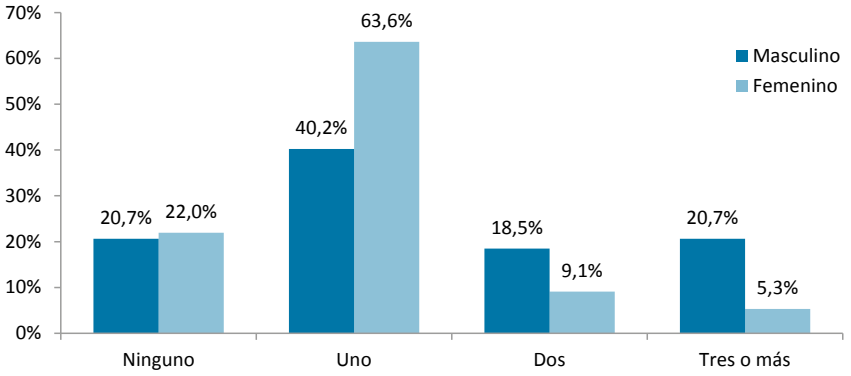


Gráfico 16. Adolescentes ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

4.3.5 Uso de preservativo

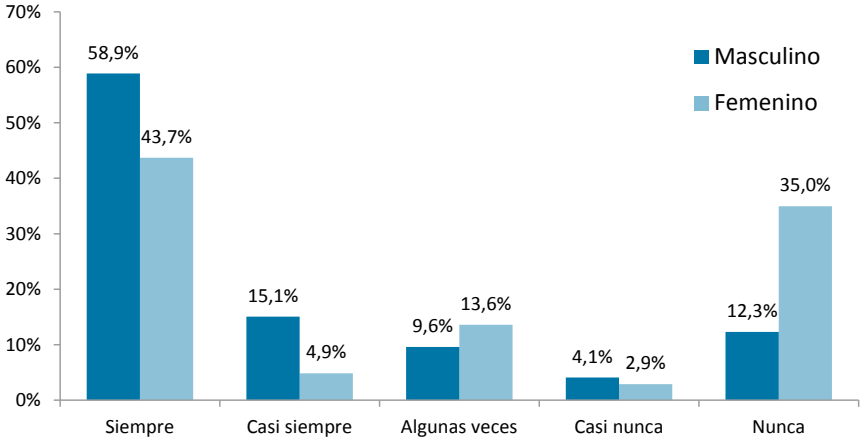


Gráfico 17. Adolescentes ¿Durante los últimos 12 meses, usted y su pareja sexual utilizaron preservativo (condón) al tener relaciones sexuales?
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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

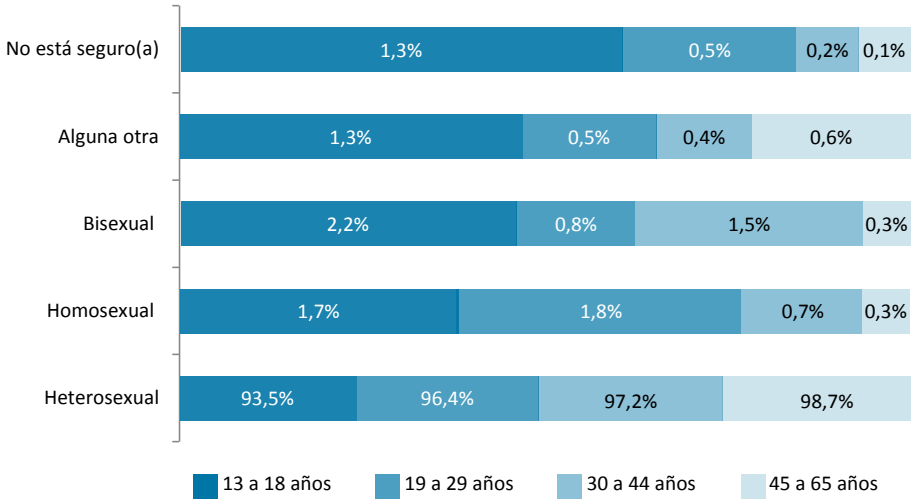


Gráfico 18. Comportamiento de la tendencia sexual según cohorte por edad
Estudio de Salud Mental - Medellín 2011-2012

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.

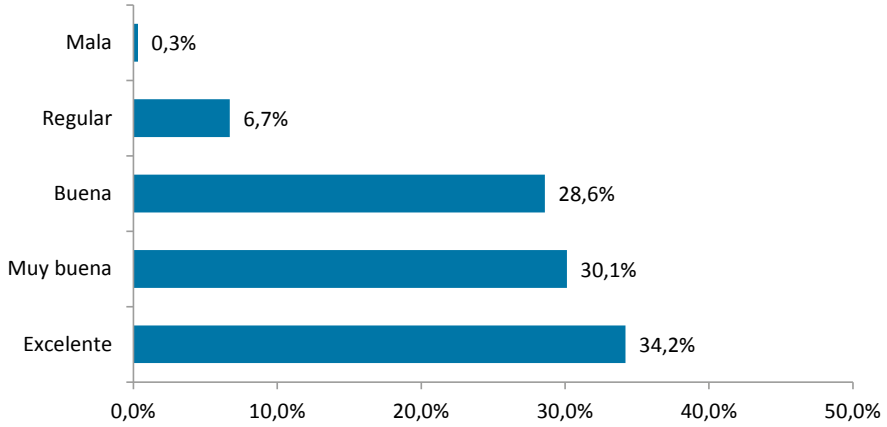


Gráfico 19. Percepción de salud mental
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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.

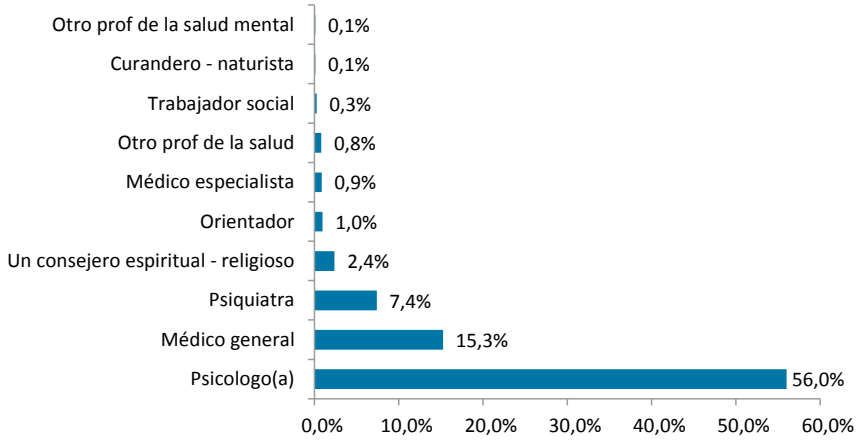


Gráfico 20. Servicios profesionales utilizados en la vida
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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.

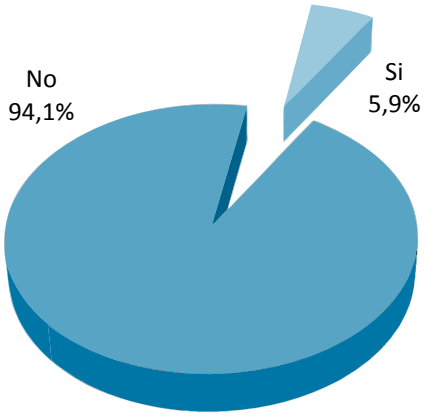


Gráfico 21. ¿Ha utilizado en el último año terapias alternativas para el tratamiento de su salud mental?
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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 específican 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 homozigoticos 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 presento 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 diagnostico, 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 estimulos.

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 estimulo 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

Postraumático (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 postraumático 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 Epidemiologia 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); demás 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 anamnésico 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 presento este trastorno alguna vez en la vida, el 0,2% en los ultimo 12 meses y el 0,1% en los últimos 30 días, por nivel de escolaridad se observo 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 el estado civil, se evidencio 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 específica 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%	0,53%	0,34%	43,1
	(0,01 - 0,1)	(0,3 - 0,8)	(0,2 - 0,5)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,23%	1,61%	1,10%	7,0
	(0,01 - 0,5)	(1,1 - 2,1)	(0,8 - 1,4)	
Prevalencia de vida	0,97%	2,77%	2,11%	2,9
	(0,5 - 1,5)	(2,1 - 3,4)	(1,7 - 2,5)	

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.

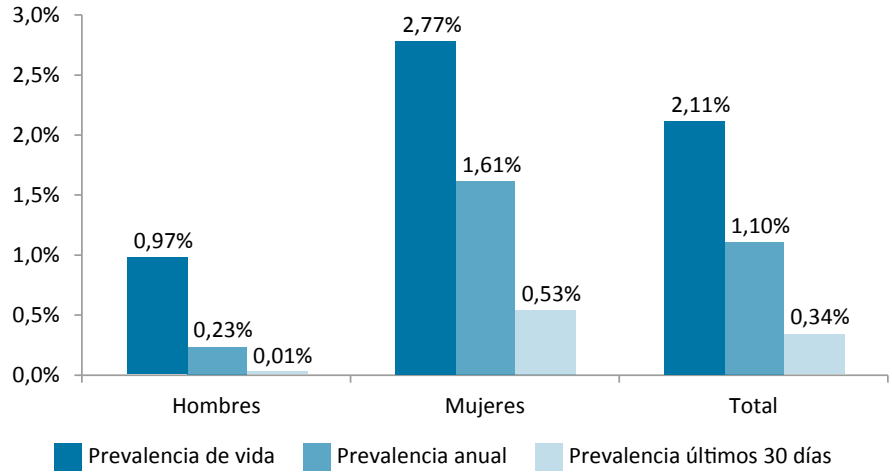


Gráfico 22. Prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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%

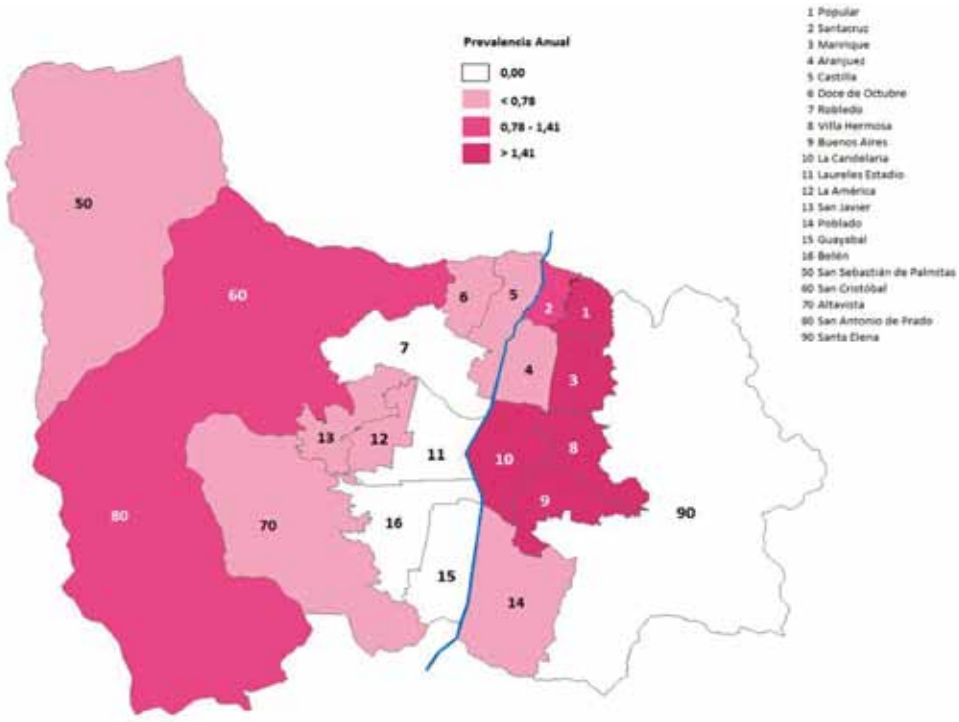
En la tabla anterior se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad. Al analizar la prevalencia de vida y la de los últimos 30 días se presenta una tendencia al aumento en los cuatro grupos de

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%	0,37%	0,26%	5,5
	(0,01 - 0,2)	(0,1 - 0,6)	(0,1 - 0,4)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,38%	0,99%	0,77%	2,6
	(0,01 - 0,7)	(0,6 - 1,4)	(0,5 - 1,0)	
Prevalencia de vida	0,59%	1,32%	1,05%	2,2
	(0,2 - 1,0)	(0,9 - 1,8)	(0,7 - 1,4)	

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.

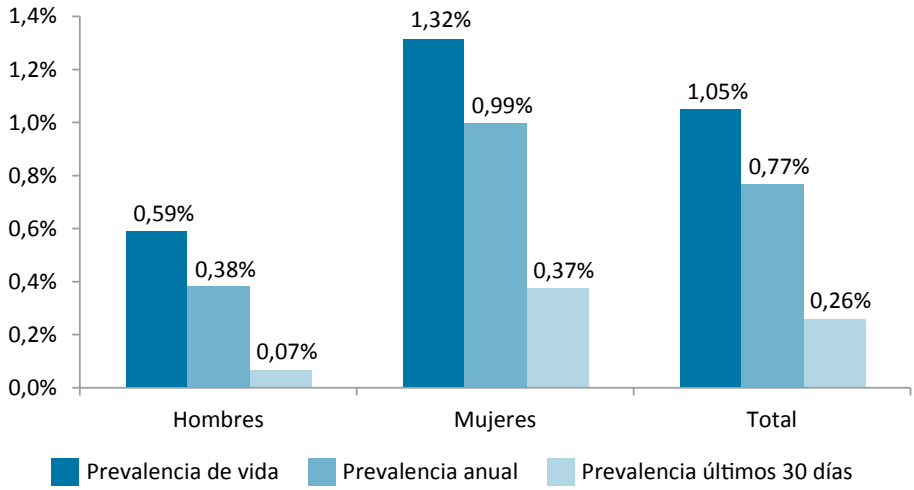


Gráfico 23. Prevalencia para trastorno de pánico por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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

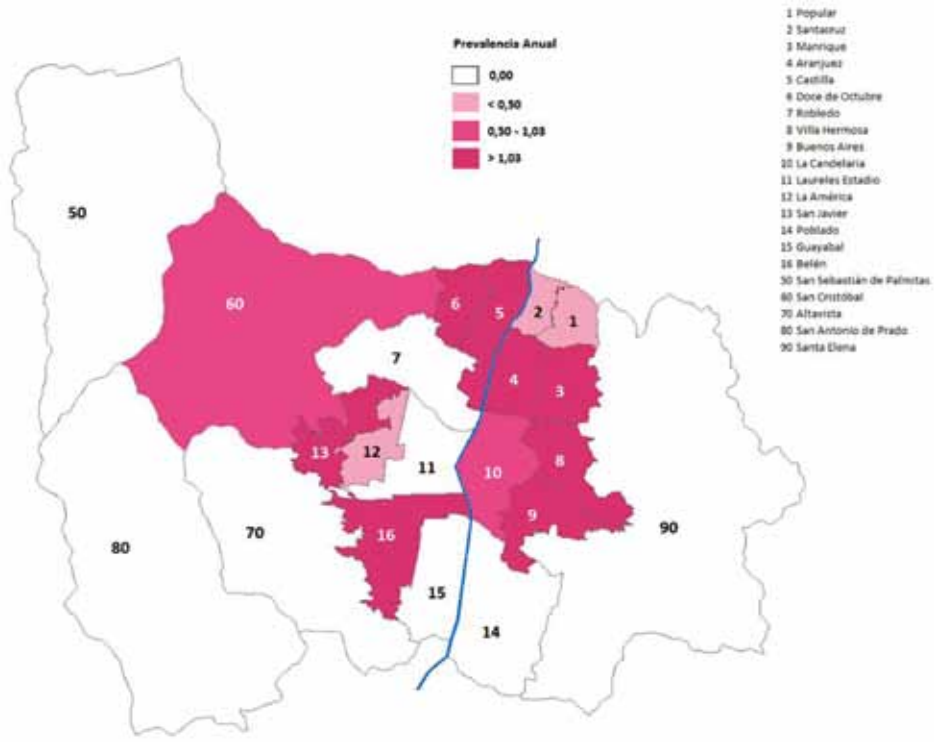
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	0,69%	0,61%	0,18%
19 a 29 años	1,26%	1,08%	0,25%
30 a 44 años	1,20%	0,83%	0,38%
45 a 65 años	1,00%	0,63%	0,22%
Total	1,05%	0,77%	0,26%

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%	0,13%	0,14%	0,9
	(0,01 - 0,3)	(0,01 - 0,3)	(0,01 - 0,2)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,76%	1,01%	0,92%	1,3
	(0,3 - 1,2)	(0,6 - 1,4)	(0,6 - 1,2)	
Prevalencia de vida	0,76%	1,37%	1,14%	1,8
	(0,3 - 1,2)	(0,9 - 1,8)	(0,8 - 1,5)	

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.

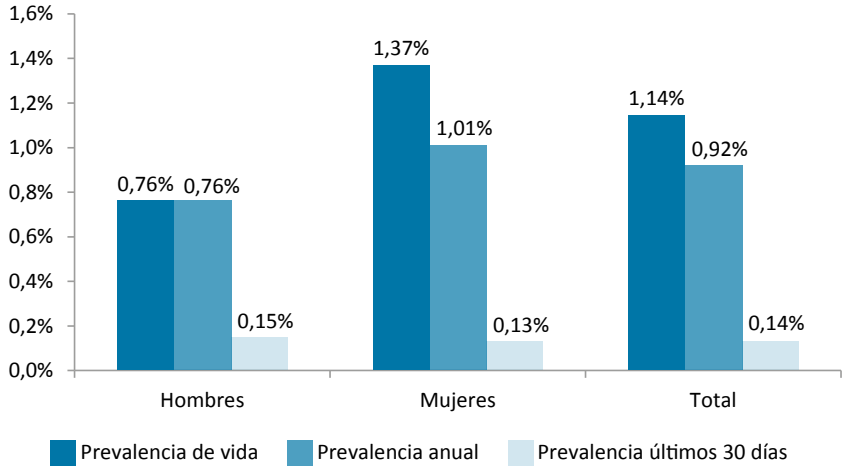


Gráfico 24. Prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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

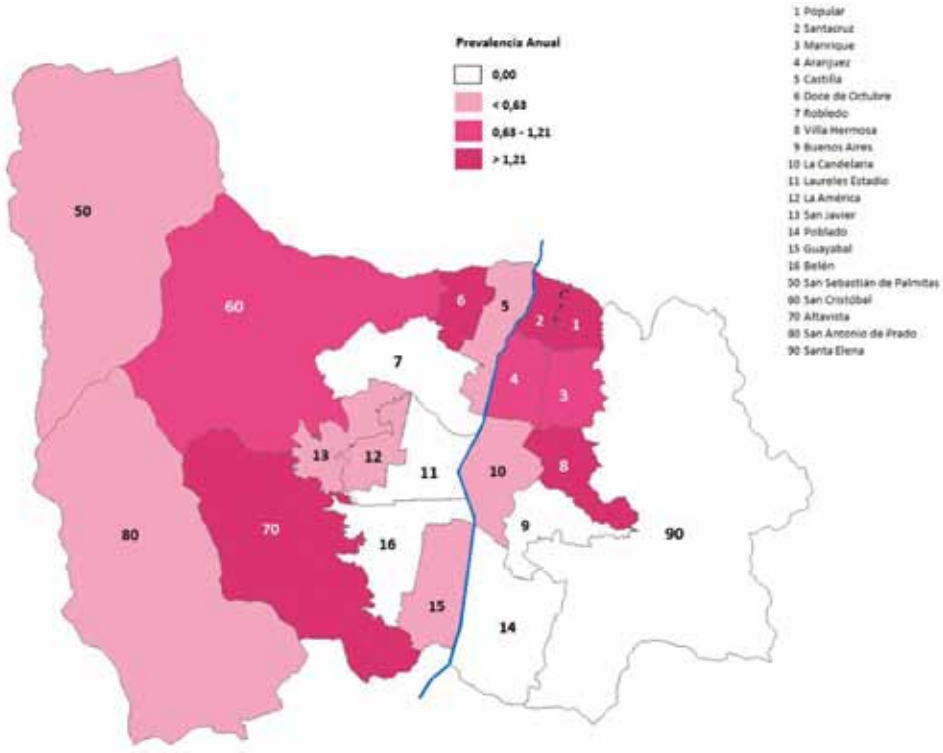
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	0,67%	0,67%	0,23%
19 a 29 años	0,54%	0,54%	0,00%
30 a 44 años	1,59%	1,23%	0,17%
45 a 65 años	1,36%	0,99%	0,15%
Total	1,14%	0,92%	0,14%

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%	3,74%	2,89%	2,6
	(0,9 - 2,1)	(3,0 - 4,5)	(2,4 - 3,4)	
Prevalencia últimos 12 meses	3,67%	7,05%	5,80%	1,9
	(2,7 - 4,6)	(6,1 - 8,0)	(5,1 - 6,5)	
Prevalencia de vida	6,88%	11,13%	9,56%	1,6
	(5,6 - 8,1)	(9,9 - 12,3)	(8,7 - 10,5)	

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.

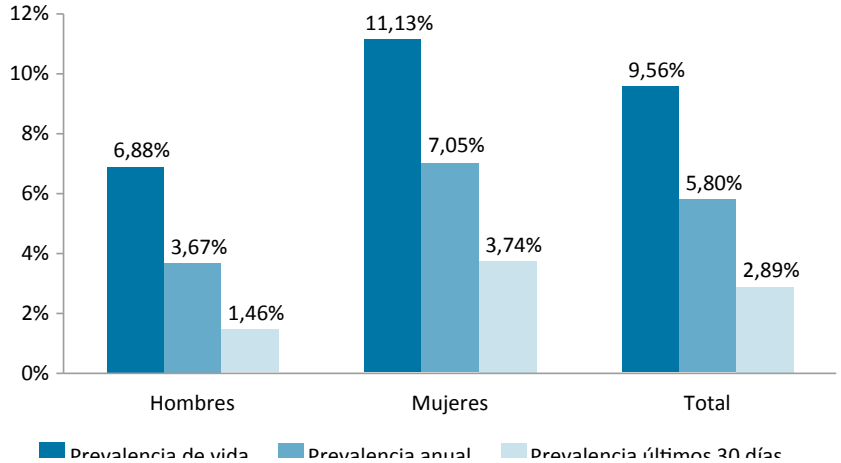


Gráfico 25. Prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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%

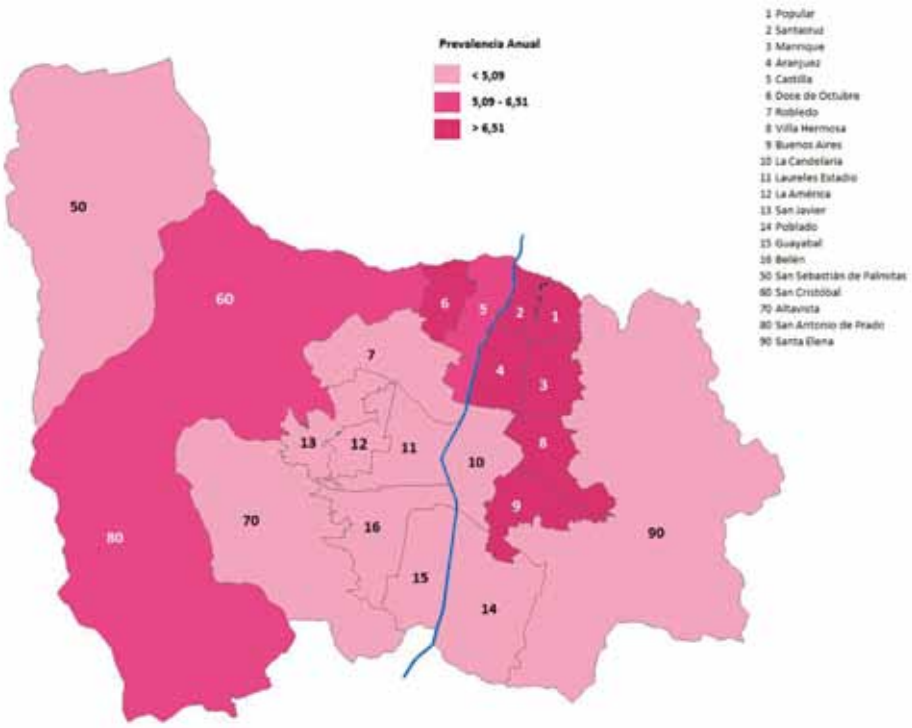
En la tabla anterior, se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad, de los tres indicadores estudiados (prevalencia de vida, prevalencia anual y en los últimos 30 días) se presenta tendencia positiva en los tres primeros grupos de edad y al llegar al grupo de 45 a 65 años se presenta 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%	1,07%	0,84%	2,4
	(0,1 - 0,8)	(0,7 - 1,5)	(0,6 - 1,1)	
Prevalencia últimos 12 meses	2,47%	3,38%	3,04%	1,4
	(1,7 - 3,2)	(2,7 - 4,1)	(2,5 - 3,6)	
Prevalencia de vida	3,43%	4,45%	4,07%	1,3
	(2,5 - 4,3)	(3,7 - 5,2)	(3,5 - 4,7)	

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.

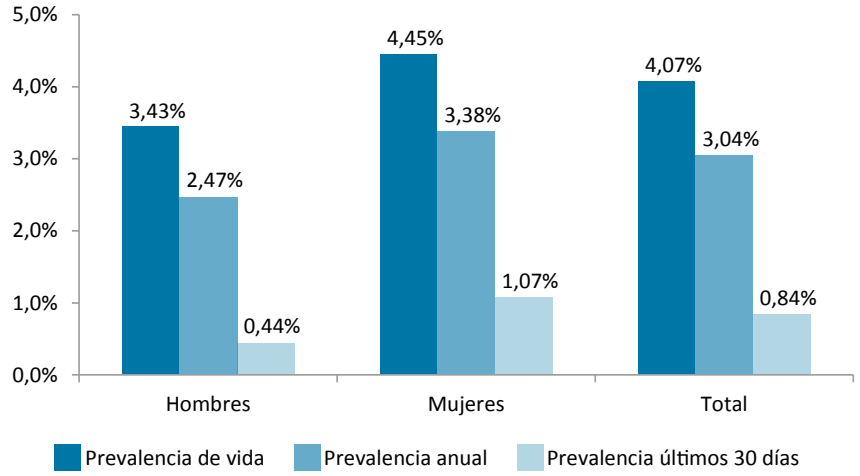


Gráfico 26. Prevalencia para trastorno de fobia social por cien según sexo Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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.

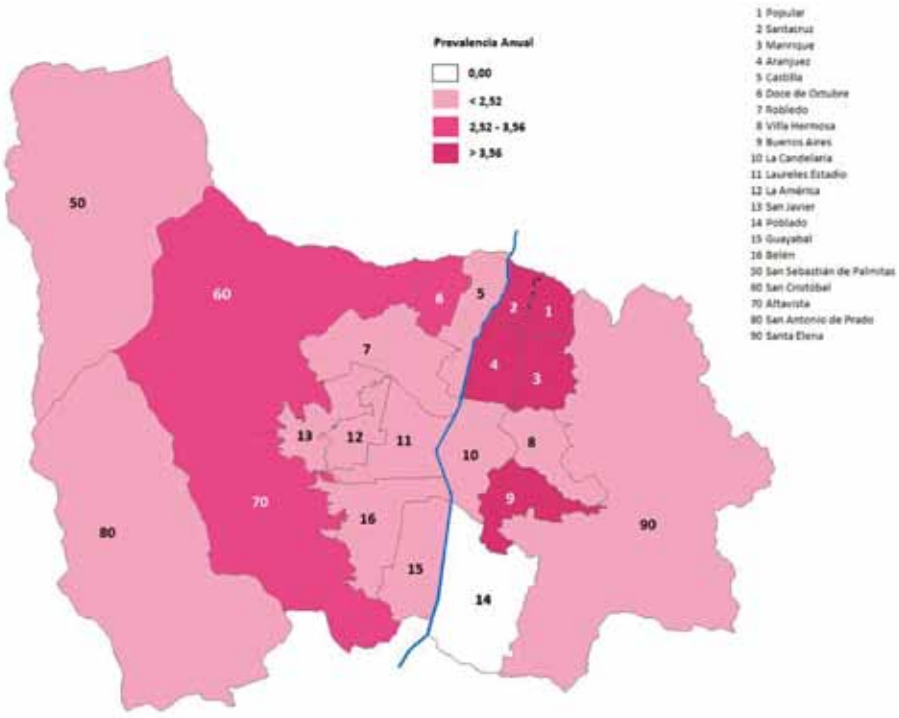
Tabla 16. Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia social por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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%	0,89%	0,59%	NC
	(0,0 - 0,0)	(0,4 - 1,4)	(0,3 - 0,9)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,41%	1,53%	1,15%	3,7
	(0,01 - 0,9)	(0,9 - 2,2)	(0,7 - 1,6)	
Prevalencia de vida	3,73%	7,36%	6,14%	2,0
	(2,3 - 5,1)	(6,0 - 8,7)	(5,1 - 7,2)	

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.

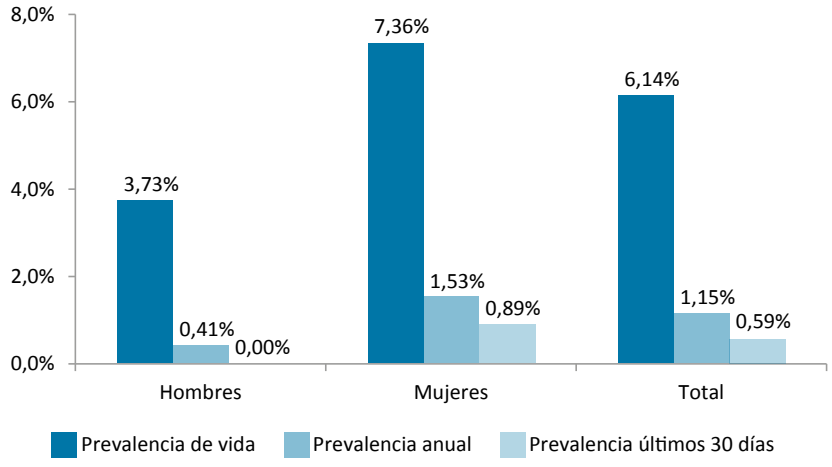


Gráfico 27. Prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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

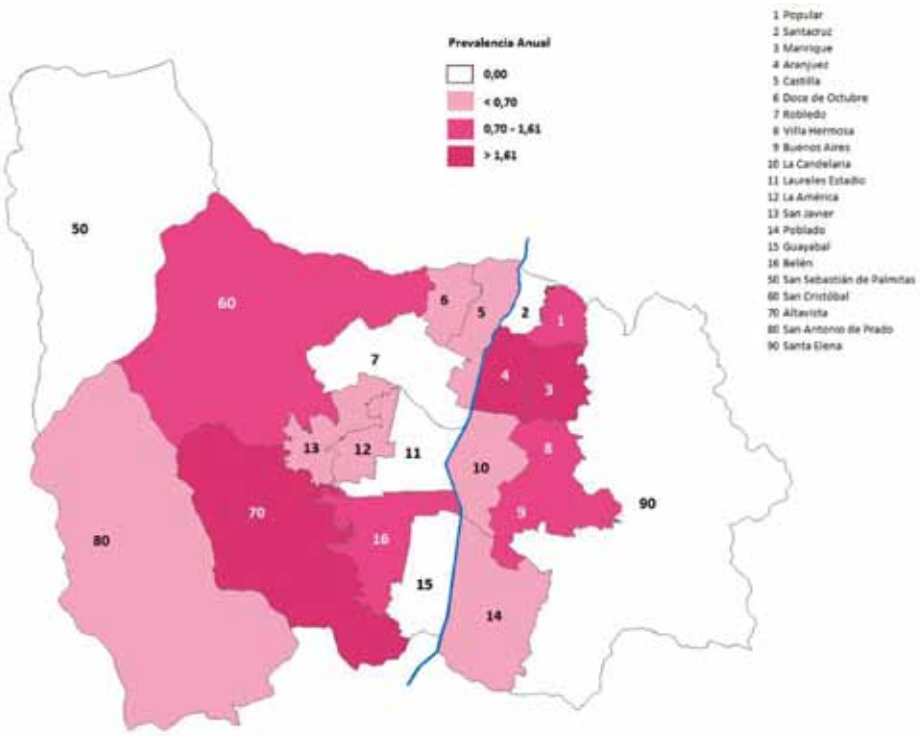
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	3,75%	1,76%	0,67%
19 a 29 años	4,67%	1,05%	0,79%
30 a 44 años	6,46%	0,92%	0,44%
45 a 65 años	7,78%	1,16%	0,55%
Total	6,14%	1,15%	0,59%

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 éstres 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%	0,38%	0,42%	0,8
	(0,1 - 0,8)	(0,1 - 0,6)	(0,2 - 0,6)	
Prevalencia últimos 12 meses	1,21%	0,95%	1,05%	0,8
	(0,7 - 1,8)	(0,6 - 1,3)	(0,7 - 1,4)	
Prevalencia de vida	2,80%	3,49%	3,23%	1,2
	(2,0 - 3,6)	(2,8 - 4,2)	(2,7 - 3,8)	

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.

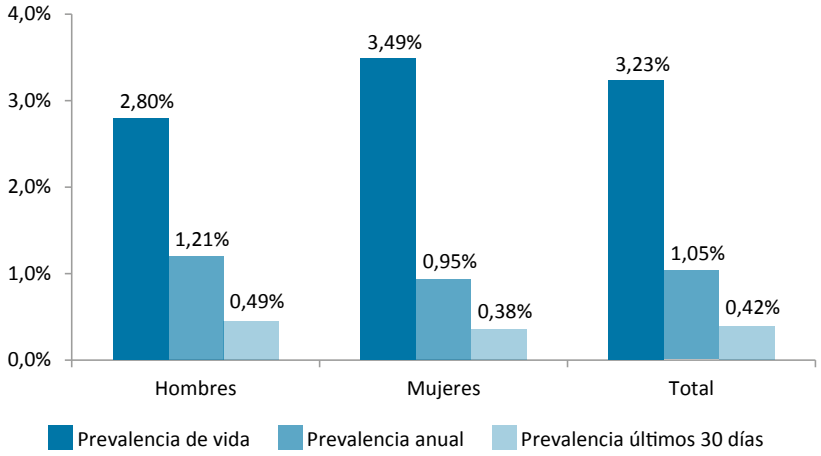


Gráfico 28. Prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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

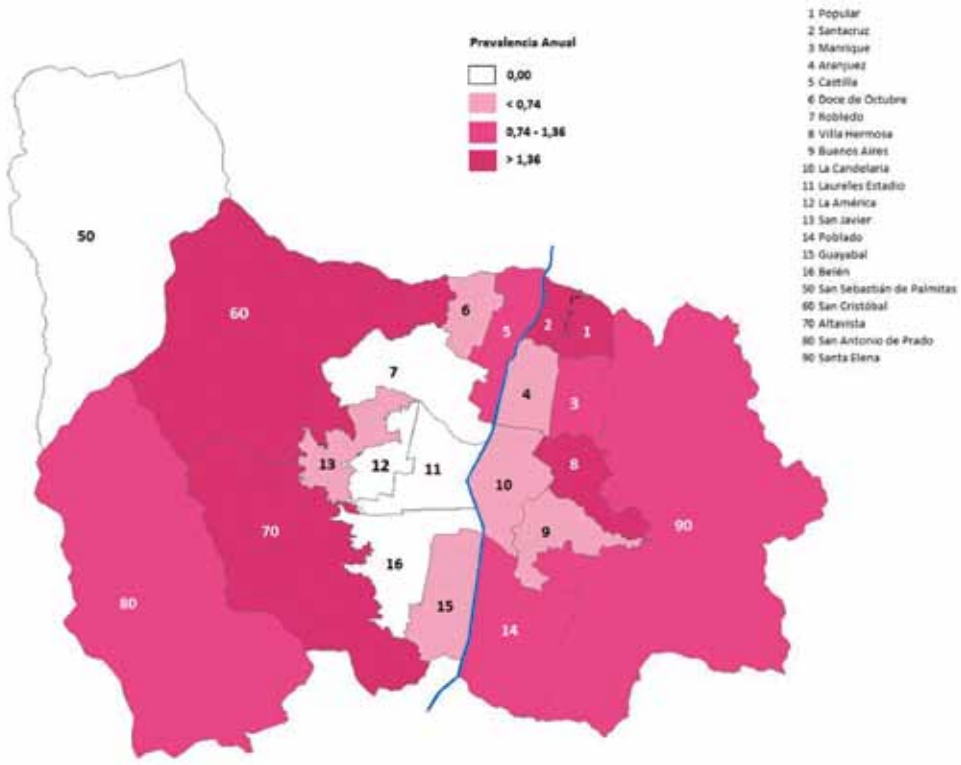
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	1,83%	0,81%	0,58%
19 a 29 años	2,99%	1,14%	0,24%
30 a 44 años	4,19%	1,63%	0,65%
45 a 65 años	3,22%	0,65%	0,31%
Total	3,23%	1,05%	0,42%

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%	1,15%	0,74%	NC
	(0,0 - 0,0)	(0,1 - 2,1)	(0,1 - 1,4)	
Prevalencia últimos 12 meses	2,75%	5,68%	4,65%	2,1
	(0,7 - 4,8)	(3,5 - 7,8)	(3,1 - 6,2)	
Prevalencia de vida	2,75%	5,68%	4,65%	2,1
	(0,7 - 4,8)	(3,5 - 7,8)	(3,1 - 6,2)	

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 presento 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.

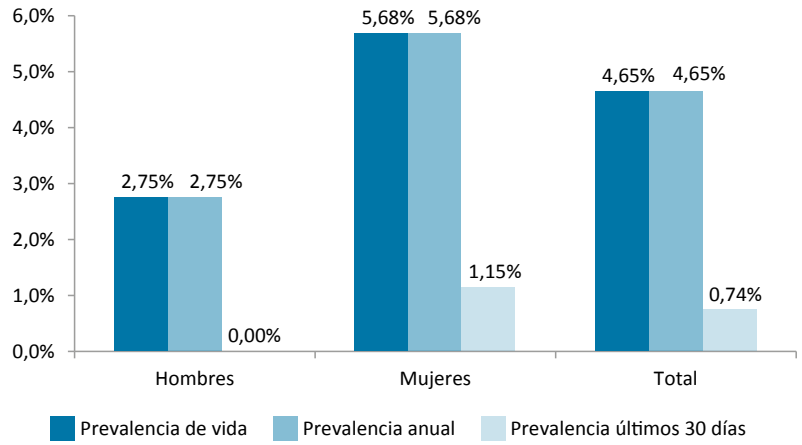


Gráfico 29. Prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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

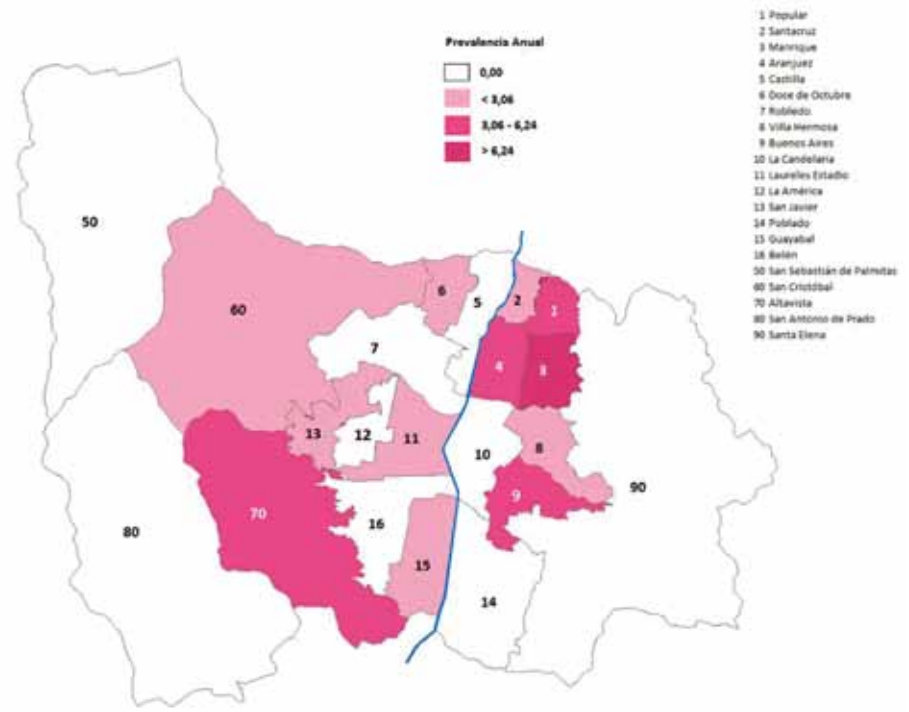
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	1,75%	1,75%	0,00%
19 a 29 años	4,96%	4,96%	0,00%
30 a 44 años	6,75%	6,75%	1,70%
45 a 65 años	4,12%	4,12%	0,83%
Total	4,65%	4,65%	0,74%

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%	5,98%	4,65%	2,5
	(1,6 - 3,1)	(5,1 - 6,9)	(4,0 - 5,3)	
Prevalencia últimos 12 meses	7,33%	11,99%	10,26%	1,6
	(6,0 - 8,6)	(10,7 - 13,2)	(9,3 - 11,2)	
Prevalencia de vida	12,65%	19,37%	16,88%	1,5
	(11,0 - 14,3)	(17,9 - 20,9)	(15,7 - 18,0)	

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.

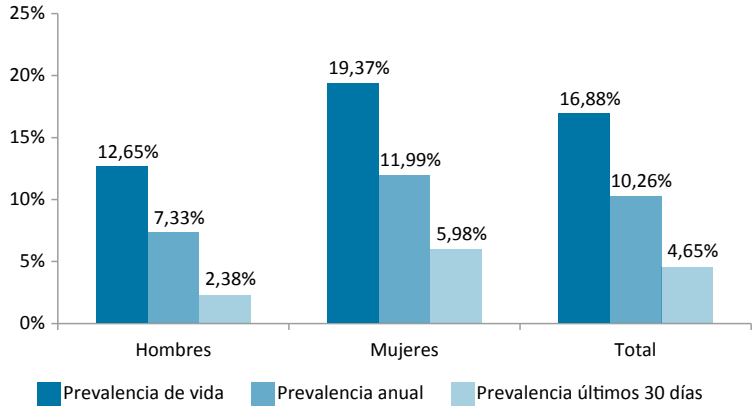


Gráfico 30. Prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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

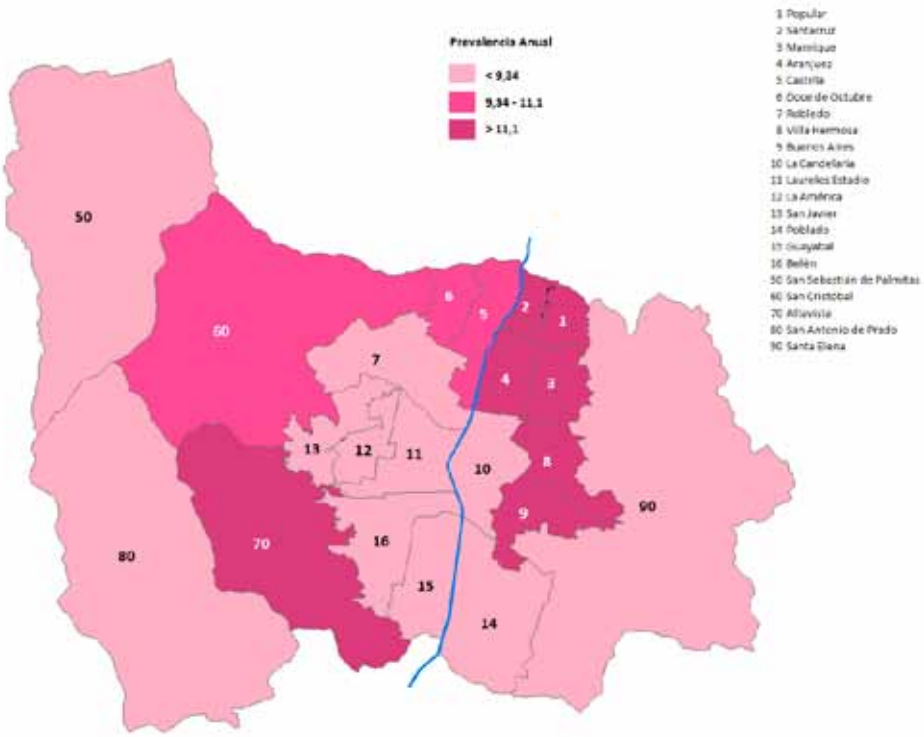
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	11,19%	8,18%	3,20%
19 a 29 años	15,82%	9,42%	4,43%
30 a 44 años	19,72%	13,01%	5,66%
45 a 65 años	17,90%	9,74%	4,69%
Total	16,88%	10,26%	4,65%

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**

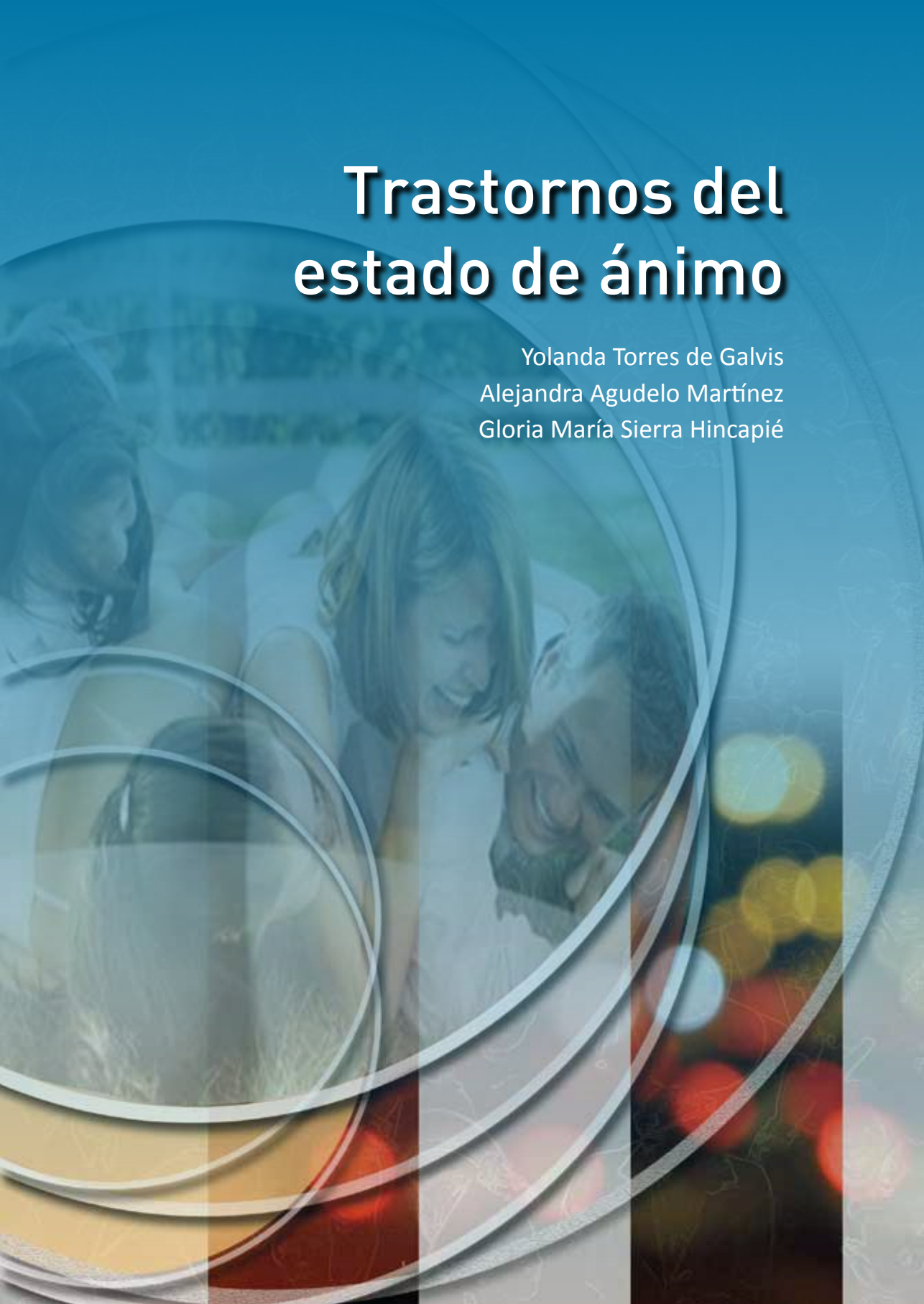
Las comunas con mayor prevalencia anual (>11,1) para cualquier trastorno de ansiedad fueron Popular, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez, Villa Hermosa, Buenos Aires y el corregimiento de Altavista.

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 ocupo 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.

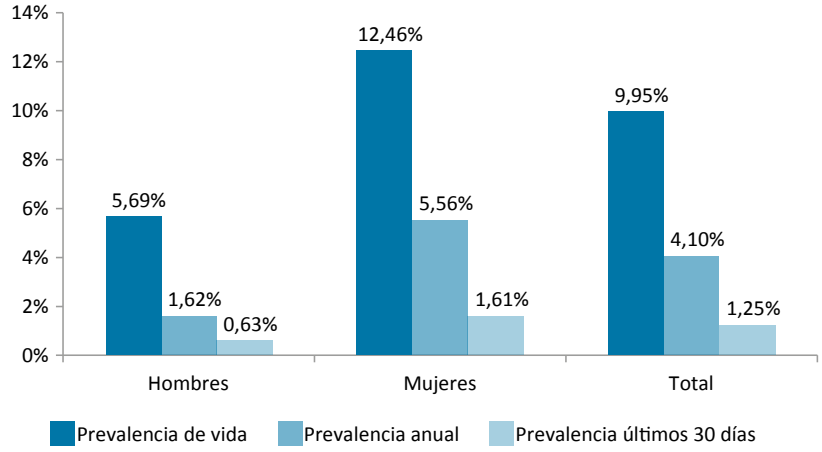


Gráfico 31. Prevalencia para trastorno depresión mayor por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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**

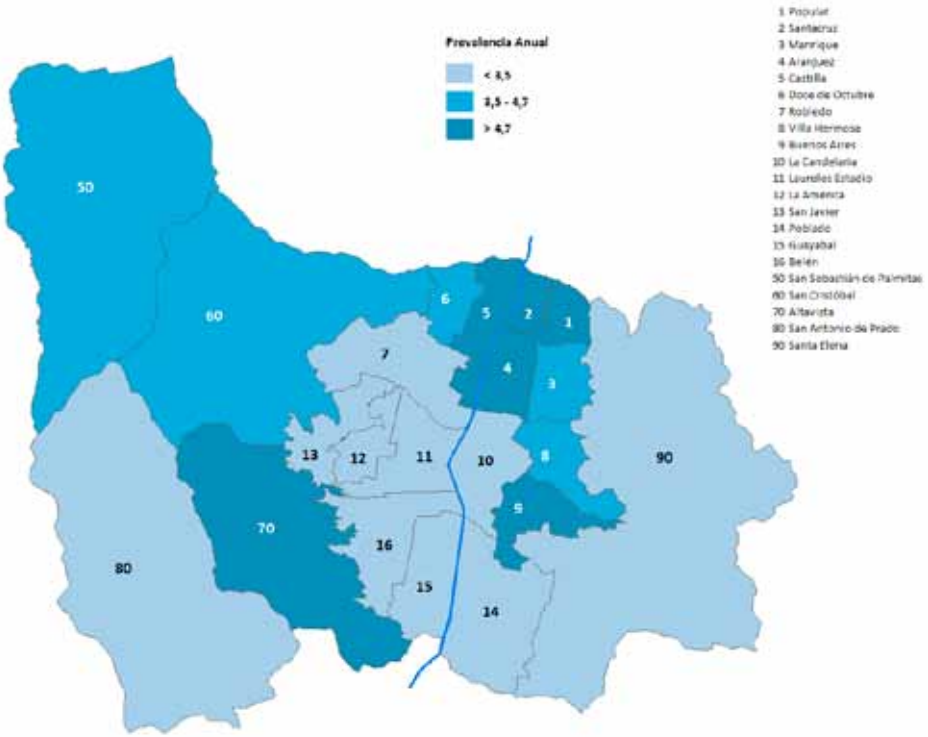
Con relación al lugar de residencia la prevalencia anual más alta, mayor de 4,7%, se encontró para las comunas Popular, Santa Cruz, Aranjuez, Castilla y Buenos Aires las cuales presentaron la población de más alto riesgo para este trastorno; de los corregimientos solo el de Altavista se clasificó en 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 distimico 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%	0,44%	0,30%	5,8
	(0,01 - 0,2)	(0,2 - 0,7)	(0,1 - 0,5)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,20%	0,69%	0,51%	3,4
	(0,01 - 0,4)	(0,4 - 1,0)	(0,3 - 0,7)	
Prevalencia de vida	0,60%	0,90%	0,79%	1,5
	(0,2 - 1,0)	(0,5 - 1,3)	(0,5 - 1,1)	

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.

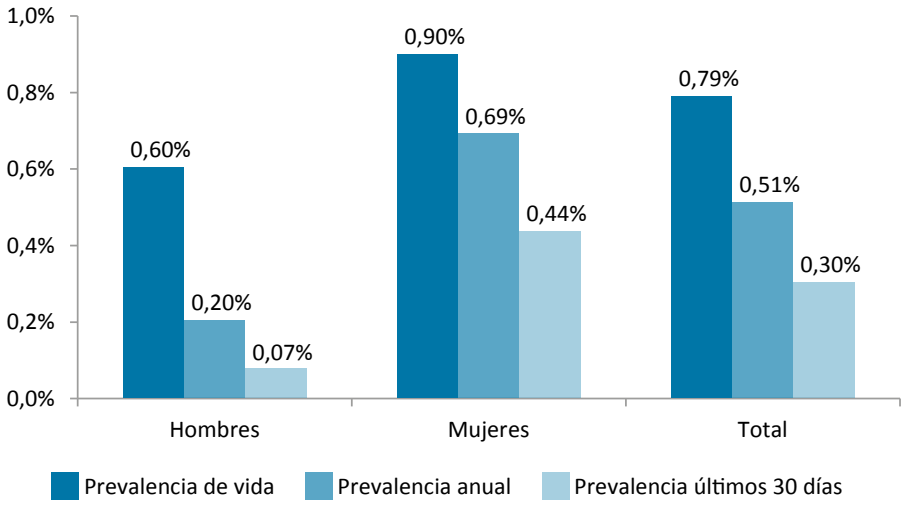


Gráfico 32. Prevalencia para trastorno distimia por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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**

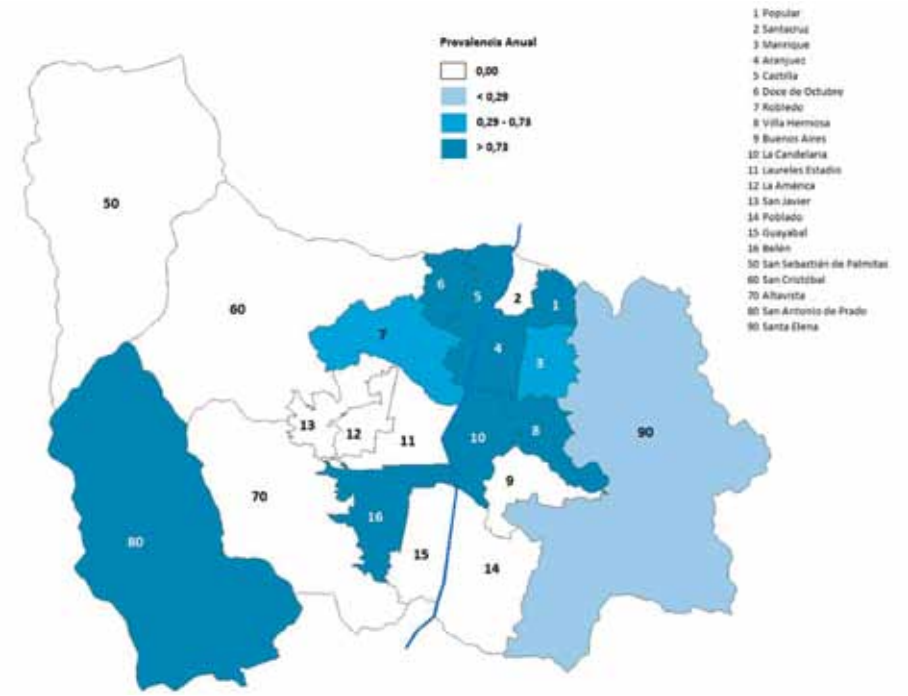
Tabla 28. Indicadores de prevalencia para trastorno distimia por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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 presento 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%	0,32%	0,24%	3,5
	(0,01 - 0,2)	(0,1 - 0,5)	(0,1 - 0,4)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,87%	0,70%	0,76%	0,8
	(0,4 - 1,3)	(0,4 - 1,0)	(0,5 - 1,0)	
Prevalencia de vida	1,78%	1,24%	1,44%	0,7
	(1,1 - 2,4)	(0,8 - 1,7)	(1,1 - 1,8)	

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.

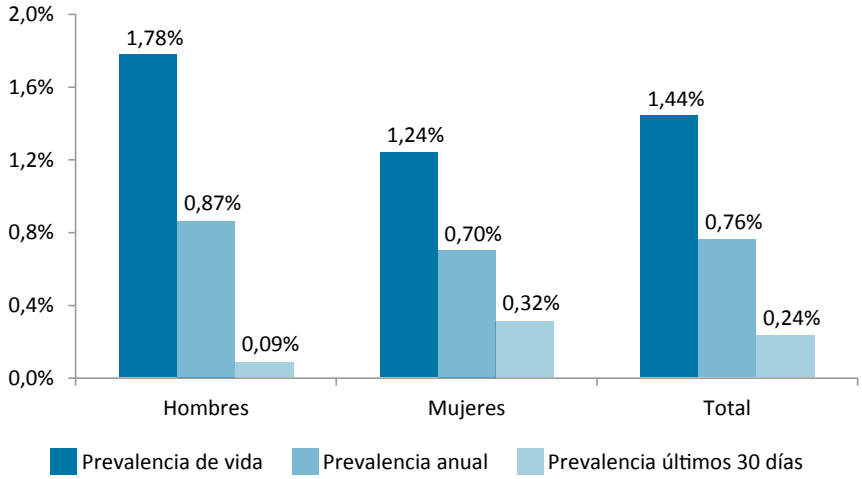


Gráfico 33. Prevalencia para trastorno bipolar I, II por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

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

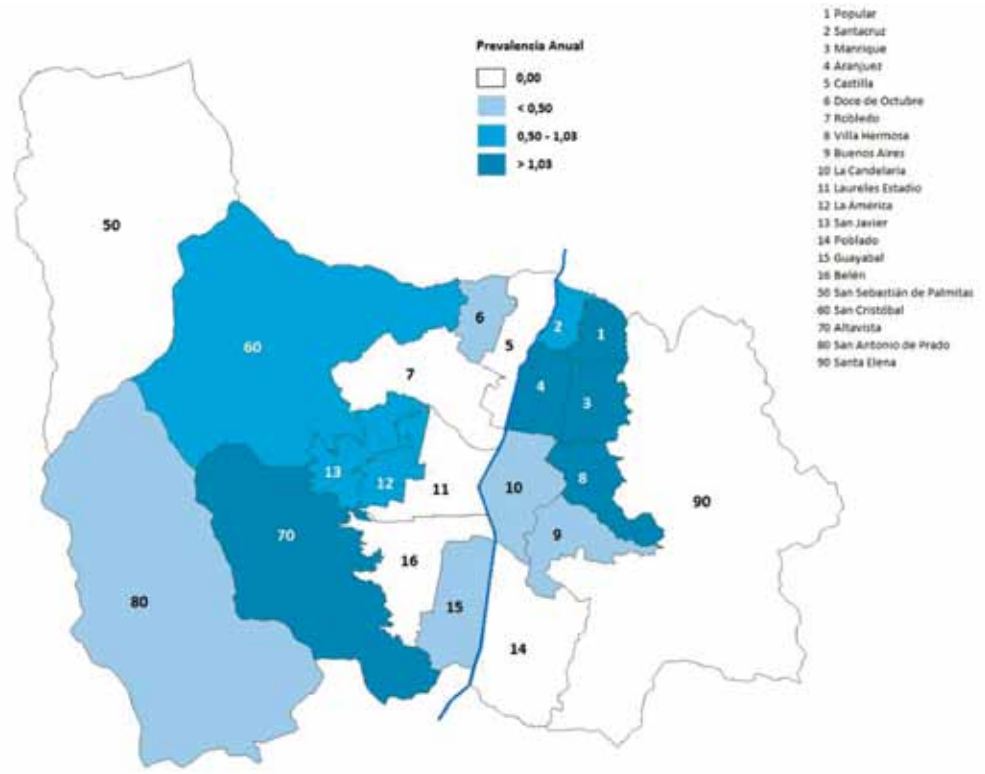
Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
13 a 18 años	1,27%	0,93%	0,38%
19 a 29 años	2,94%	1,48%	0,25%
30 a 44 años	1,06%	0,57%	0,09%
45 a 65 años	0,90%	0,40%	0,29%
Total	1,44%	0,76%	0,24%

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%	1,98%	1,51%	2,7
	(0,3 - 1,1)	(1,4 - 2,5)	(1,1 - 1,9)	
Prevalencia últimos 12 meses	2,51%	6,30%	4,90%	2,5
	(1,7 - 3,3)	(5,4 - 7,2)	(4,2 - 5,6)	
Prevalencia de vida	7,49%	13,71%	11,41%	1,8
	(6,2 - 8,8)	(12,4 - 15,0)	(10,4 - 12,4)	

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.

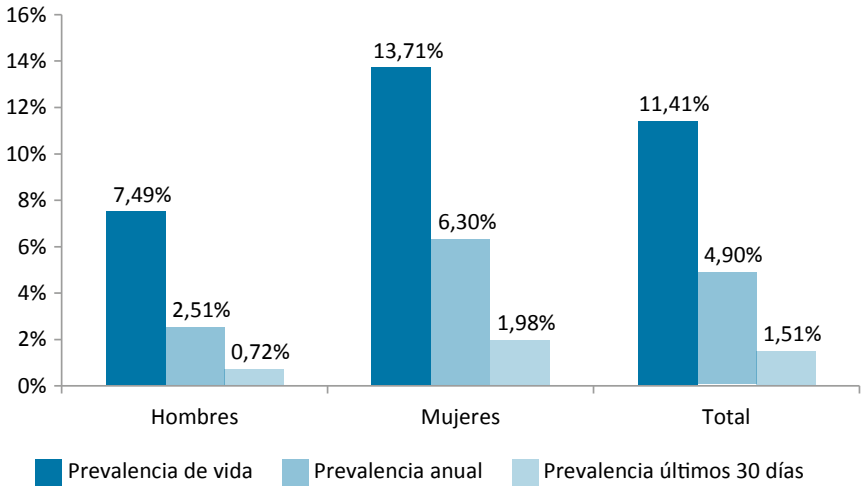


Gráfico 34. Prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Medellín 2011-2012

- **Comportamiento según edad**

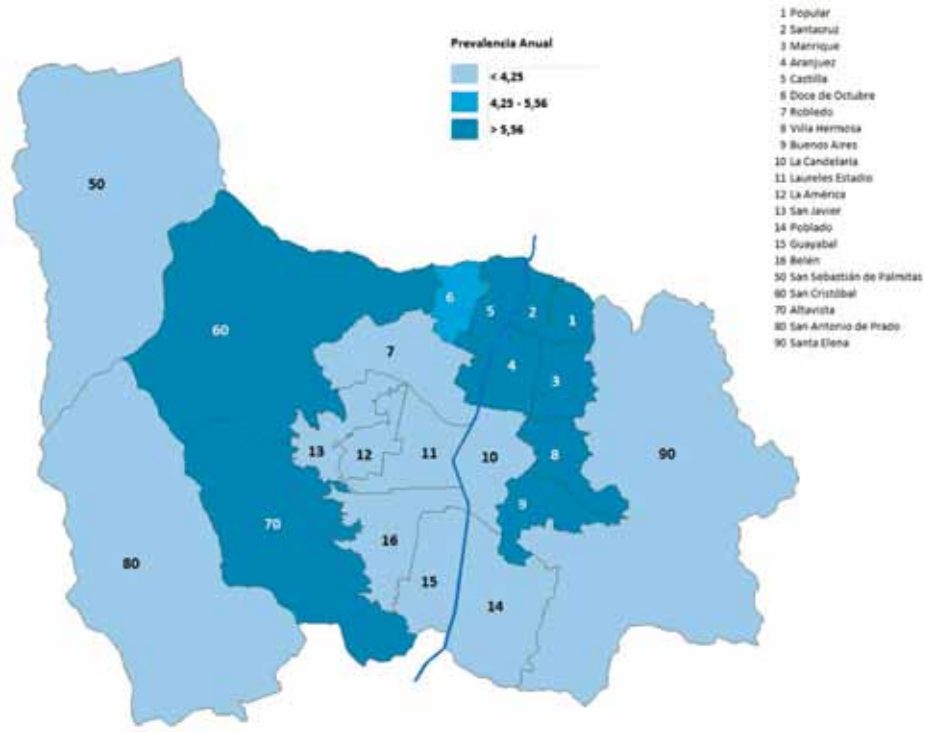
La prevalencia de vida más alta, según edad se presentó para el grupo de 19 a 29 años con 13,25%, igual comportamiento se dio en el indicador de prevalencia anual con 6,04% y para la prevalencia de los últimos 30 días el grupo de más alto riesgo fue el de 30 a 44 años con 1,82%.

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%.