



Estudio de Salud Mental

Medellín 2019

The World Mental Health
Survey Initiative

Sergio Aguilar-Gaxiola

Grupo de Investigación en
Salud Mental – Universidad CES

Yolanda Torres de Galvis
Guillermo Castaño Pérez
Gloria María Sierra Hincapié
Carolina Salas Zapata
José Bareño Silva

Secretaría de Salud - Alcaldía de Medellín



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

VIGILADA MINEDUCACIÓN



Alcaldía de Medellín

Estudio de
Salud Mental
Medellín 2019

Estudio de Salud Mental Medellín 2019

Grupo de Salud Mental
Universidad CES

Clasificado como Grupo A1 por Colciencias

Grupo de Investigación en Salud Mental – Universidad CES

Yolanda Torres de Galvis
Guillermo Castaño Pérez
Gloria María Sierra Hincapié
Carolina Salas Zapata
José Bareño Silva



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia



Esta investigación se llevó a cabo mediante el contrato número 4600079842 de 2019 celebrado entre el Municipio de Medellín - Secretaría de Salud y la Universidad CES.

Torres de Galvis, Yolanda

Estudio de salud mental, Medellín 2019 / Yolanda Torres de Galvis, Guillermo Castaño Pérez, Gloria María Sierra Hincapié, Carolina Salas Zapata, José Bareño Silva, [otros más]. - Medellín: Universidad CES. Editorial CES, 2020.

ISBN: 978-958-5101-23-4

346 páginas

1. Salud mental 2. Comportamiento suicida 3. Trastornos mentales 4. Consumo de sustancias psicoactivas 5. Grupo de Salud Mental-Universidad CES 6. Alcaldía de Medellín

CDD: 362.22

Estudio Poblacional de Salud Mental en la ciudad de Medellín

ISBN 978-958-5101-23-4

ISBNe 978-958-5101-24-1

Primera edición: septiembre de 2020

© Universidad CES © Editorial CES

© Alcaldía de Medellín

Dirección editorial: Editorial CES

Editorial CES: calle 10 A No 22-04, teléfono 4440555, ext. 1154-1641

<https://editorial.ces.edu.co/>

editorial@ces.edu.co

Medellín, Colombia

Fotografías: Shutterstock

Diseño, diagramación e impresión: Editorial Artes y Letras S.A.S.

Impreso y hecho en Colombia

Este libro cumple con lo dispuesto por la normativa colombiana que regula el depósito legal, con el fin de “garantizar su conservación e incrementar la memoria cultural del país” Las ideas expresadas en esta publicación por los autores, no comprometen a la Universidad CES o a su Editorial, frente a terceros.



Alcaldía de Medellín

Federico Gutiérrez Zuluaga
Alcalde

Claudia Arenas Pajón
Secretaria de Salud

Natalia López Delgado
Subsecretaria de Salud Pública

Verónica Lopera Velásquez
Interventora



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Jorge Julián Osorio Gómez

Rector

Ricardo Posada Saldarriaga

Decano Facultad de Medicina

Rubén Darío Manrique Hernández

Director de Investigación e Innovación

Investigadores

Yolanda Torres de Galvis

Mg. Epidemiología. Mg. Salud Pública. Dra. HC en Medicina

Líder Grupo Salud Mental

Guillermo Castaño Pérez

Esp. Farmacodependencia. Mg. Drogodependencias. PhD. Psicología de la Salud

Grupo Salud Mental

Gloria María Sierra Hincapié

Esp. Estadística. Mg. Epidemiología

Grupo Salud Mental

Carolina Salas Zapata

Mg. Epidemiología

Grupo Salud Mental

Jose Bareño Silva

Esp. Estadística. Mg. Epidemiología. Mg. Matemática aplicada

Grupo Salud Mental

María Witter Estrada

Asistente Administrativa

Con el respaldo

The World Mental Health Survey Initiative



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



Tabla de contenido

Presentación.....	17
1. Marco de referencia en salud mental	21
2. Contexto sociodemográfico y de salud de la población de estudio.....	59
3. Diseño metodológico	75
4. Características de la población de estudio	95
5. Servicios de salud.....	113
6. Trastornos del estado de ánimo	133
7. Trastornos de ansiedad.....	165
8. Trastorno por uso de sustancias psicoactivas.....	199
9. Trastornos mentales en la niñez y la adolescencia.....	235
10. Trastornos de la alimentación.....	251
11. Comportamiento suicida.....	261
12. Conclusiones y recomendaciones.....	305



Lista de tablas

Marco de referencia en salud mental

Tabla 1. Factores protectores para una mejor salud.....	35
Tabla 2. Factores de riesgo y de protección para trastornos mentales.....	37
Tabla 3. Dimensiones sociales y de salud según etapas de la migración	45

Características de la población de estudio

Tabla 1. Distribución según edad y sexo	98
Tabla 2. Distribución del nivel de escolaridad	99
Tabla 3. Distribución de los eventos vitales según sexo.....	104
Tabla 4. Indicadores de maltrato en la niñez	106

Trastorno por uso de sustancias psicoactivas

Tabla 1. Prevalencia de consumo de sustancias en la vida según lugar de residencia.....	216
Tabla 2. Prevalencias de vida de consumo de drogas ilícitas en algunas ciudades colombianas	218
Tabla 3. Prevalencias de vida de consumo de alcohol y drogas ilícitas en Medellín y algunas ciudades del Área Metropolitana	218
Tabla 4. Prevalencia para trastorno abuso de alcohol según edad.....	220
Tabla 5. Prevalencia para trastorno dependencia de alcohol según edad	222
Tabla 6. Prevalencia para trastorno abuso de drogas según edad	223
Tabla 7. Prevalencia para trastorno dependencia de drogas según edad.....	225
Tabla 8. Prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias según edad.....	226
Tabla 9. Comparación resultados prevalencias para cualquier trastorno por consumo de alcohol y otras drogas. Medellín 2011-2012 y 2019.....	228
Tabla 10. Comparación resultados prevalencias para abuso/dependencia de alcohol. Medellín 2011-2012 y 2019.....	228
Tabla 11. Comparación resultados prevalencias para abuso/dependencia de drogas. Medellín 2011-2012 y 2019	229
Tabla 12. Comparación resultados prevalencias para cualquier trastorno con cualesquiera sustancias Medellín y algunas ciudades del Valle de Aburrá.....	230

Trastornos mentales en la niñez y la adolescencia

Tabla 1. Prevalencia para trastorno negativista desafiante según edad....	243
Tabla 2. Prevalencia para trastorno de conducta según edad	244
Tabla 3. Prevalencia para trastorno déficit de atención I, II según edad.....	245
Tabla 4. Prevalencia para cualquier trastorno del inicio de la infancia, niñez y adolescencia según edad	247
Tabla 5. Comparativo de la prevalencia anual de los trastornos de la niñez y adolescencia en tres municipios de Antioquia.....	249

Tabla 6. Comparación de indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien.....	315
Tabla 7. Comparación de indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos de la alimentación por cien	319
Tabla 8. Comparación de indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para comportamiento suicida	320
Tabla 9. Prevalencia de vida de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos	321
Tabla 10. Prevalencia para el último año de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos.....	323
Tabla 11. Prevalencia de vida de trastornos mentales por lugar de residencia (comunas/corregimientos)	325
Tabla 12. Prevalencia de último año de trastornos mentales por lugar de residencia (comunas/corregimientos).....	326
Tabla 13. Consumo de sustancias psicoactivas en el último año por lugar de residencia	327
Tabla 14. Comparación de la prevalencia anual de trastornos mentales para Envigado-Sabaneta y Medellín.....	329
Tabla 15. Resultado de la aplicación del modelo predictivo de la estimación de casos para el año 2019 en Medellín.....	330



Lista de figuras

Contexto sociodemográfico y de salud de la población de estudio

Figura 1. Esperanza de vida al nacer, por sexo. Departamento de Antioquia, 1985-2020.....	67
---	----

Características de la población de estudio

Figura 1. Distribución según sexo.....	98
Figura 2. Distribución del nivel de escolaridad según sexo	99

Figura 3. Proporción de personas que han trabajado alguna vez en la vida, según grupo etario y sexo	100
Figura 4. Figuras paternas durante la mayor parte de la niñez	101
Figura 5. Trabajo remunerado del padre en la niñez	101
Figura 6. Información sobre el padre	102
Figura 7. Información sobre la madre	103
Figura 8. Información sobre relaciones sexuales en el grupo de adolescentes	107
Figura 9. Edad de inicio de relaciones sexuales en el grupo de adolescentes	108
Figura 10. Adolescentes que han tenido un hijo	109
Figura 11. Adolescentes, Numero de personas con las que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses	109
Figura 12. Comportamiento de la tendencia sexual según grupos de edad.....	111

Servicios de salud

Figura 1. Percepción de salud física y mental	124
Figura 2. Servicios profesionales utilizados en la vida.....	127
Figura 3. Servicios profesionales utilizados en la vida.....	127
Figura 4. Uso de terapias alternativas en tratamientos de salud mental..	128
Figura 5. Uso de terapias alternativas en tratamientos de salud mental..	128

Trastornos del estado de ánimo

Figura 1. Prevalencia del trastorno depresivo mayor por cien según sexo....	155
Figura 2. Indicadores de prevalencia para trastorno distímico por cien según sexo y razón hombre/mujer	157
Figura 3. Prevalencia para trastorno bipolar I, II y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	158
Figura 4. Prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	159

Trastornos de ansiedad

Figura 1. Prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	183
Figura 2. Prevalencia para trastorno de pánico y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	185
Figura 3. Prevalencia para trastorno de agorafobia y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	186
Figura 4. Prevalencia para trastorno de fobia específica y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	187
Figura 5. Prevalencia para trastorno de fobia social y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	188
Figura 6. Prevalencia para trastorno de estrés postraumático y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	189
Figura 7. Prevalencia para trastorno de ansiedad por separación y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	190
Figura 8. Prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	191
Figura 9. Prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	192

Trastorno por uso de sustancias psicoactivas

Figura 1. Prevalencia para trastorno abuso de alcohol y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	220
Figura 2. Prevalencia para trastorno dependencia de alcohol y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	221
Figura 3. Prevalencia para trastorno abuso de drogas y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	222
Figura 4. Prevalencia para trastorno dependencia de drogas y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	224
Figura 5. Prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo	225

Trastornos mentales en la niñez y la adolescencia

Figura 1. Prevalencia para trastorno negativista desafiante y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo 242

Figura 2. Prevalencia para trastorno de conducta y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo..... 244

Figura 3. Prevalencia para trastorno déficit de atención y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo 245

Figura 4. Prevalencia para cualquier trastorno del inicio de la infancia, niñez y adolescencia y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo 246

Trastornos de la alimentación

Figura 1. Prevalencia para trastorno bulimia y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo..... 257

Comportamiento suicida

Figura 1. Prevalencia para ideación suicida y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo 280

Figura 2. Prevalencia para planeación suicida y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo 282

Figura 3. Prevalencia para intento de suicidio y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo 283

Conclusiones y recomendaciones

Figura 1. Asociación entre discapacidad y trastornos mentales..... 332

Figura 2. Asociación entre enfermedades crónicas y trastornos mentales ... 333

Presentación

>>>>>> Sergio Aguilar Gaxiola

Coordinador para América Latina
Encuesta Mundial de Salud Mental
de la OMS



Medellín es una ciudad renacentista con gran perspectiva y visión que ha encontrado maneras de integrar cambios tecnológicos y sociales que han sido transformadores para el mejoramiento de la vida diaria de sus habitantes. En 2019, Medellín fue distinguida por la revista “Newsweek” como **la ciudad más inteligente del mundo** precisamente por los cambios transformadores que ha llevado a cabo para el beneficio de sus habitantes. En esta visión transformadora y comprometida para mejorar la salud y el bienestar de sus habitantes se incluye la iniciativa de la Secretaria de Salud de Medellín para realizar el **Estudio de Salud Mental, Medellín 2019**. Liderado por la Dra. Yolanda Torres

Estos datos revelan una nueva evidencia acerca del impacto de los trastornos mentales y sus comorbilidades con condiciones de salud sobre diferentes áreas del desarrollo social y laboral.

Estos hallazgos unidos a la utilización de las mejores evidencias científicas disponibles, se convierten en importantes insumos para la reformulación de las políticas de salud mental, estableciendo las bases para proponer un conjunto de estrategias y actividades basadas en la evidencia para ampliar y mejorar las intervenciones de prevención y la atención de las personas con trastornos mentales y por abuso de sustancias, logrando la posibilidad de recuperar sus capacidades como miembros activos y valiosos de la sociedad de Medellín.

Nuestras más sinceras felicitaciones a los líderes de la Alcaldía de Medellín, al excelente equipo de trabajo liderado por la Dra. Torres de Galvis y a los líderes de la Universidad CES liderados por el Rector Dr. Jorge Julián Osorio Gómez, quienes por su iniciativa, compromiso y visión hicieron posible este excelente aporte para el beneficio de los habitantes de la emprendedora y visionaria ciudad de Medellín. ¡Enhorabuena!

>>>>>> Natalia López Delgado

Subsecretaria de Salud Pública
Municipio de Medellín 2016 - 2019



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es un estado de bienestar, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Más que una definición, este es un desafío para la salud pública y para las sociedades en general. Conocer la situación de salud mental de la población, es el primer paso para avanzar en este reto.

La Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-CIDI), ha encontrado que los trastornos mentales tienen alta prevalencia, producen gran discapacidad y con frecuencia no reciben tratamiento. En el primer estudio poblacional de Medellín, realizado en 2011, arrojó que el 14,7% de la población ha sufrido uno o más trastornos mentales en los doce meses anteriores al estudio.

Este segundo estudio, realizado en 2019, nos permite contar con un diagnóstico actualizado e integral de la situación de salud mental en nuestra ciudad. Así, podemos contar con un valioso insumo para adelantar análisis, evaluar, ajustar y reformular políticas, y estrategias que apunten a mejorar la salud mental de nuestra población. Es importante resaltar que el insumo no es solo para el sector salud, sino para otros actores y sectores que inciden en los determinantes de la salud, y que son cruciales para el abordaje intersectorial de la salud mental.

El estudio aplica la metodología del Estudio Mundial de Salud Mental, iniciativa internacional liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consorcio Mundial de Salud Mental. Esto le permite a Medellín, hacer parte del estudio mundial, con la posibilidad de comparar y referenciar situaciones y estrategias de otras ciudades y países del mundo.


Esperamos pues que este informe marque la ruta de trabajo en materia de salud mental para Medellín en los próximos años, y sea un gran aporte para avanzar en los grandes desafíos a los que se enfrenta la ciudad, como son el consumo y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos depresivos y la conducta suicida.



1. Marco de referencia en salud mental

●●●○○ Yolanda Torres de Galvis





1. Marco de referencia en salud mental

● ● ● ○ ○ Yolanda Torres de Galvis

>>>>>> Definición y conceptos

En su Constitución, la OMS define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁽¹⁾. De igual manera, la Organización Mundial de la Salud plantea:

“La salud mental se define como un estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y puede hacer una contribución a su comunidad”.

Organización Mundial de la Salud⁽²⁾

La salud mental tiene que ver con la vida diaria, con la manera en que cada uno se relaciona con el otro, en la familia, en el trabajo, en el colegio, en la comunidad. Comprende la manera en que armonizamos nuestros propios deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. Salud mental es la posibilidad de sentir, pensar y actuar de tal forma que se potencie la capacidad de disfrutar la vida y enfrentar los desafíos que se presentan. Es bienestar emocional y espiritual que respeta la cultura, la equidad, la justicia, las interconexiones y la dignidad personal.

“Salud mental es la capacidad de adaptarse y manejarse a sí mismo”. Huber *et al.*⁽³⁾.

“La salud mental es un estado dinámico de equilibrio interno que permite a los individuos usar sus habilidades en armonía con los valores universales de la sociedad. Habilidades cognitivas y sociales básicas; capacidad de reconocer, expresar y modular las propias emociones, así como empatizar con los demás; flexibilidad y capacidad para enfrentar los eventos adversos de la vida en función del rol social; y la relación armoniosa entre el cuerpo y la mente, representan componentes importantes de la salud mental que contribuyen, en diversos grados, al estado de equilibrio interno”. Galerisi *et al.* (2015)⁽⁴⁾.

La salud mental ha sido definida de múltiples formas por autores de diferentes culturas, los conceptos incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, estado de equilibrio entre la persona y su entorno socio-cultural que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones sociales para alcanzar el bienestar y la calidad de vida. Abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental, incluido en la definición de salud de la OMS. Lo mental alcanza dimensiones más complejas que el funcionamiento meramente orgánico del individuo, incluye aspectos como el manejo de los conflictos y temo-

res, las capacidades, las competencias y responsabilidades; la forma en que se afrontan las propias tensiones, las relaciones interpersonales; lo anterior supone que el concepto necesariamente sea subjetivo y culturalmente determinado.

En Colombia la Ley 1616 de 2013 define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”. En relación con esta definición es importante tener en cuenta que: la forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria, es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos de la mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada ser y su familia, así como por los aspectos culturales y sociales.

La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social.

Según lo plantea el Ministerio de Salud de Colombia, actualmente no existe una manera biológicamente sólida de hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de los desequilibrios en este campo. Sin embargo, mundialmente se aceptan dos clasificaciones de los trastornos mentales la CIE-10 y el DSM-5, que permiten la identificación de cuadros clínicos y su definición como diagnóstico.

Se debe recordar que en algún momento de nuestra vida experimentamos sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio u otros síntomas que pueden generarnos malestar y algunos inconvenientes, pero que no llegan a provocar un deterioro significativo en nuestra vida social,

laboral o en otras áreas importantes de nuestra actividad cotidiana. Por lo anterior, se ha propuesto aceptar la importancia de otros conceptos como: evento y problema de salud mental.

Los problemas mentales son más comunes y menos persistentes en el tiempo. En algún momento de la vida se experimentan sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio u otros síntomas que pueden generar malestar y algunos inconvenientes, pero que no llegan a provocar un deterioro significativo en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de nuestra actividad. Por otro lado, según J. McDouall **los eventos en salud mental** hacen referencia a “desenlaces” o “emergencias” que surgen, bien como derivados de un problema o trastorno mental, como en el caso del suicidio, la discapacidad, el comportamiento desadaptativo, o bien ni siquiera derivados de una condición de salud mental sino de hechos vitales como la exposición a la violencia⁽⁵⁾.

Comunidad mentalmente saludable

Una comunidad mentalmente saludable ofrece a las personas la capacidad de prosperar. Las personas perciben un sentido de conexión, donde las redes vinculan a las personas en todos los ámbitos de la vida. Existe una fuerte identidad comunitaria, pero a pesar de esto, la comunidad acoge la diversidad. Las personas participan en su comunidad, se organizan para combatir amenazas comunes y ofrecer apoyo y ayuda a quienes lo necesitan.

McKenzie Kwame, definición personal, 2014

>>>>>> salud mental como prioridad de salud pública

Alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta en el mundo. Una de cada cuatro personas presenta uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida. Los trastornos neuropsiquiátricos son responsables del 13% del total de los Años de Vida Ajustados por discapacidad (DALY por su sigla en inglés), que se pierden a nivel mundial por todos los traumatismos y enfermedades,

y que para el año 2020 se estima aumentarán a un 15%. La depresión unipolar será responsable del 5,7% de los DALY's⁽⁶⁾.

Dentro de las diez principales causas de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial, cinco son condiciones psiquiátricas (depresión, consumo de alcohol, esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo). Es por esto que los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga económica y social, sino también personal y familiar, con el potencial de aumentar el riesgo de otras enfermedades físicas⁽⁷⁾.

Los trastornos mentales y de conducta se presentan en cualquier momento de la vida en aproximadamente el 10% de la población adulta del mundo. El 20% de los adolescentes menores de 18 años sufrirá de algún problema del desarrollo emocional o de conducta. El impacto económico de los trastornos mentales es amplio, duradero y enorme. Los costos atribuidos a la enfermedad mental, en Estados Unidos, ascendieron a 147 billones de dólares en 1989, costos mayores que los derivados del cáncer o las enfermedades respiratorias.

Los trastornos mentales y de conducta no son exclusivos de un grupo especial: se encuentran en personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. De acuerdo con las estimaciones proporcionadas en el Informe de Salud Mundial de la OMS, alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales. *Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de la conducta a lo largo de su vida.*

Una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padecerá de algún problema de desarrollo, emocional o de conducta, al igual que, uno de cada ocho tiene un trastorno mental; entre los niños en desventaja, la proporción es uno de cada cinco⁽⁸⁾.

Las proyecciones estiman que para el año 2020 las condiciones neuropsiquiátricas serán responsables del 15% de las discapacidades a nivel mundial, y la depresión unipolar por sí sola será responsable del 5.7% de los DALYs.

En general, los costos económicos de los problemas mentales son enormes y no se pueden medir fácilmente. Además de los costos de

Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerándola como un recurso, un valor por sí mismo, y un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico, tiene por objeto ejercer un impacto sobre sus determinantes, con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos⁽¹⁰⁾.

Las intervenciones de promoción de la salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para **promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo**, los que están en alto riesgo y los que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados⁽¹¹⁾.

Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una **salud mental positiva**, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre los grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental⁽⁹⁾.

Prevención universal, selectiva e indicada

Las intervenciones efectivas y opciones de políticas se deben enfocar hacia la prevención primaria de los trastornos mentales, con intervenciones universales, selectivas e indicadas, y de esta forma proponer estrategias efectivas para que los encargados de la formulación de políticas, funcionarios del gobierno y médicos las puedan implementar en todos los países.

Definiciones

- **Prevención universal:** Se define como aquellas intervenciones que están dirigidas a la población general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo.
- **Prevención selectiva:** Se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológicos o sociales.
- **Prevención indicada: Se enfoca en** las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollarlo, pero que, en ese momento, no cumplen con el criterio de trastorno mental⁽¹²⁾.

Prevención de los trastornos mentales

La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de reducir su incidencia, prevalencia y recurrencia, además del tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, su familia y la sociedad.

La prevención de los trastornos mentales comienza por la protección de los derechos humanos. Asegurar que situaciones que vulneran a los individuos y los ponen en riesgo de sufrir un trastorno mental (como son el abuso de menores, la violencia intrafamiliar, las situaciones de guerra, la discriminación, la pobreza y la falta de acceso a la educación) se controlen y eviten de forma sistemática es una sólida estrategia preventiva de los trastornos mentales.

Resulta esencial, por tanto, si se quiere reducir la carga a la salud y la carga social y económica de los trastornos mentales, que los países y regiones presten mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental a nivel de formulación de políticas, legislación, toma de decisiones y asignación de recursos dentro del sistema general de atención de salud.

En la actualidad se dispone de una amplia variedad de **programas y políticas preventivas basadas en evidencia** y que se encuentran disponibles para implementar. Estos programas y políticas permiten reducir los factores de riesgo, fortalecer los factores de protección y disminuir los síntomas psiquiátricos y la discapacidad resultante de la aparición de algunos trastornos mentales. De igual forma, mejoran la salud mental positiva, contribuyen a una mejor salud física y generan beneficios sociales y económicos.

La prevención de trastornos mentales debe ser basada en la mejor evidencia disponible. El enfoque se centra en el concepto de salud pública, definida como el proceso de movilización de recursos locales, estatales, nacionales e internacionales para resolver problemas importantes de salud que afectan a las comunidades. Para esto se dispone de las definiciones clásicas de prevención primaria, secundaria y terciaria, pero, además, de las intervenciones preventivas universales, selectivas e indicadas que se incluyen dentro de la prevención.

Concepto de factor de riesgo y factor de protección

La prevención de los trastornos mentales se debe enfocar hacia aquellos factores determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo la aparición de los trastornos mentales. Por tanto, se tendrán en cuenta los **factores de riesgo** asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud.

- **Factores de protección:** se definen como aquellos que disminuyen la respuesta de la persona a factores que predisponen una

consecuencia de inadaptación. En su mayoría, los factores individuales de protección son iguales a las características de salud mental positiva, tales como la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control. Por esta razón, las intervenciones preventivas dirigidas a fortalecer los factores de protección se superponen en gran medida con la promoción de la salud mental.

Tanto los factores de riesgo como los factores de protección son de carácter individual, relacionados con la familia, con el ambiente social y económico. Generalmente, el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la ausencia de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, convergen predisponiendo a las personas a pasar de una condición mentalmente saludable a una de mayor vulnerabilidad, luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas sus características.

Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental buscan controlar los factores de riesgo y reforzar los de protección a lo largo de las etapas de desarrollo de la vida, con el fin de interrumpir los procesos que contribuyen a la disfunción mental.

Mientras mayor fuerza de asociación tenga el factor sobre el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental, mayor será el efecto preventivo que se puede esperar cuando se implementen exitosamente programas para su fortalecimiento.

Resulta imperativo que los factores determinantes abordados en las intervenciones preventivas **sean modificables** y se apliquen a factores específicos de la enfermedad, así como también los factores genéricos de riesgo y protección.

- **Factores genéricos:** Pueden ser tanto de riesgo como de protección, son aquellos **comunes a varios problemas y trastornos**

de salud mental. Las intervenciones que abordan exitosamente dichos factores pueden producir un amplio espectro de efectos preventivos. Por ejemplo, la pobreza y el abuso de menores son comunes a la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias. Por tanto, se puede esperar que las intervenciones que abordan exitosamente la pobreza y el abuso de menores tengan impacto en todos estos trastornos.

Los factores de riesgo y de protección específicos de una enfermedad son los que están relacionados principalmente con el desarrollo de un trastorno en particular, por ejemplo: el pensamiento negativo o pesimista está específicamente relacionado con la depresión, y la depresión mayor está específicamente relacionada con el suicidio.

Existe también interrelación entre la salud mental y la salud física. Por ejemplo, la enfermedad cardiovascular puede producir depresión y viceversa. La salud mental y física también pueden estar relacionadas a través de factores de riesgo comunes, por ejemplo, las malas condiciones habitacionales pueden producir salud mental y física deficientes. Se necesita un mayor conocimiento sobre las relaciones entre los diferentes trastornos mentales, la salud mental y la salud física, así como las rutas evolutivas de los factores de riesgos específicos que producen problemas de salud mental.

Actualmente, se cuenta con conocimiento disponible, basado en la evidencia, acerca de los factores de riesgo y de protección para garantizar las inversiones gubernamentales y no gubernamentales en el desarrollo, diseminación e implementación de programas y políticas basadas en evidencia. *Las intervenciones que abordan el control de los factores de riesgo y protección que tienen un amplio impacto o que son comunes a una variedad de problemas relacionados, incluyendo problemas sociales y económicos, serán las más rentables y atractivas para los diseñadores de políticas y las partes interesadas.*

» **Tabla 1.** Factores protectores para una mejor salud.

Factores protectores generales	Factores protectores individuales	Factores protectores a nivel socio-familiar
<p>Satisfacción de las necesidades básicas: educación, vivienda, salud, trabajo, recreación.</p> <p>Redes sociales de apoyo en la comunidad: personas con quienes interactuar fuera del grupo familiar inmediato (familia ampliada, amigos, grupos, comunidad).</p> <p>Desarrollo personal y autoestima. acceso a la información.</p>	<p>Experiencias afectivas positivas y estables. Capacidades intelectuales normales.</p> <p>Resolución de conflictos: saber cómo enfrentar un conflicto y resolverlo en forma satisfactoria.</p> <p>Darse el tiempo de escuchar, ponerse en el lugar del otro, negociar, ser flexible, priorizar, ser solidario.</p> <p>Poseer habilidades sociales necesarias para relacionarse con el medio social, estableciendo lazos afectivos con el entorno.</p> <p>Tener modelos de vida cercanos (padres y pares) satisfactorios, realizables, que permita la identificación, podrá orientar en una dirección clara y visible.</p>	<p>Ambiente familiar que provee de experiencias afectivas positivas y estables.</p> <p>Rol parental claro: los padres tienen como papel fundamental querer, formar, apoyar, enseñar y proteger a sus hijos.</p> <p>Valoración de la diversidad: la familia es capaz de no solo aceptar la diversidad, sino de valorar las opciones propias y enriquecerse con una mirada distinta.</p> <p>Integración a la comunidad: permite ampliar las bases de apoyo a los distintos ámbitos.</p> <p>Espacios para la pareja: La pareja tiene un mundo propio, que existía antes de que llegaran los hijos, ese mundo debe adaptarse, pero no debe perder su intimidad.</p>

Tomado de OMS Organización Mundial de la Salud Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental.

dad mental de los padres durante la infancia y niñez temprana pueden conducir a depresión y ansiedad en períodos posteriores de la vida, así como en las siguientes generaciones, aunque la seguridad del afecto y el apoyo social de la familia pueden reducir dichos riesgos⁽⁹⁾. La conducta de riesgo materna durante el embarazo y sucesos de aversión que ocurren temprano en la vida pueden causar vulnerabilidades neuropsicológicas⁽¹⁵⁾. La

» **Tabla 2.** Factores de riesgo y de protección para trastornos mentales.

Factores de riesgo	Factores de protección
Fracaso académico y desmoralización estudiantil Déficits de atención Ser cuidador de pacientes crónicamente enfermos o dementes Abuso y abandono en la infancia Insomnio crónico Dolor crónico Problemas de comunicación Embarazos a temprana edad Abuso del anciano Inmadurez y desregulación emocional Uso excesivo de sustancias Exposición a violencia, trauma y agresión Conflicto o disfunción familiar Soledad Bajo peso al nacer Clase social baja Enfermedad médica Factores biológicos Enfermedad mental de los padres Abuso de sustancias por parte de los padres Complicaciones perinatales Pérdida afectiva reciente (duelo) Pobres habilidades sociales Discapacidad sensorial Situaciones de gran estrés Consumo de sustancias durante el embarazo	Capacidad para afrontar el estrés Capacidad para enfrentar la adversidad Adaptabilidad Autonomía Estimulación cognitiva temprana Ejercicio físico Sentimientos de seguridad, dominio y control de sí mismo Buena crianza Alfabetización Apego positivo y lazos afectivos tempranos Interacción positiva entre padres e hijos Habilidades para resolución de problemas Conducta prosocial Autoestima Habilidades sociales Madurez emocional Redes de apoyo familiar y social

Tomado de OMS Organización Mundial de la Salud Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental.

Según la información presentada en la tabla anterior, se cuenta con evidencia que indica que estos determinantes individuales, familiares, sociales, económicos y ambientales de salud mental no solo llevan al desarrollo de una variedad de problemas y trastornos de salud mental sino también a problemas físicos de salud.

pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que en ese momento no cumplen con el criterio para el trastorno mental⁽¹²⁾. La situación de riesgo se puede establecer en función de las características individuales, por ejemplo, personas con problemas de salud mental, con falta de habilidades sociales, con elevada búsqueda de sensaciones.

La prevención selectiva se basa en la premisa de que los grupos pueden ser identificados por sus características sociales y demográficas y que estos, pueden recibir intervenciones que reduzcan el riesgo potencial. Un buen ejemplo pueden ser los programas de prevención del suicidio propuestos por la OMS, en los cuales los medios de comunicación están orientados al público en general y otros enfocados en grupos según sus características y niveles de riesgo.

Niveles de evidencia en los programas de prevención y promoción

Los ensayos clínicos son reconocidos como el patrón de referencia de la medicina basada en evidencia. Sin embargo, en la investigación de prevención y promoción de la salud, este tipo de intervenciones altamente controladas no son plausibles por los contextos en los cuales se deben realizar (escuelas, clases, comunidades). Por lo tanto, se acepta que otros diseños metodológicos pueden aportar evidencia valiosa.

Prevención de los trastornos mentales bajo la perspectiva de los factores de riesgo y de protección

Los factores de protección a nivel individual son similares a las características de salud mental positiva, tales como: la autoestima, la fortaleza emocional, el pensamiento positivo, las destrezas sociales de resolución de problemas y conflictos, el manejo apropiado del estrés, las emociones y los sentimientos. Por esta razón, las intervenciones preventivas dirigidas a fortalecer los factores de protección se superponen en gran medida con la promoción de la salud mental.

En la actualidad se dispone de programas basados en evidencia para reducir el riesgo de los trastornos mentales. Algunas estrategias son recomendadas para prevención universal, selectiva e indicada de los trastornos del estado del ánimo, la depresión, los trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos relacionados con el uso de sustancias, suicidio, entre otros⁽²⁵⁻³⁰⁾.

Se cuenta con estrategias terapéuticas para los trastornos mentales diferentes a los psicofármacos:

- **Estimulación magnética transcraneana repetitiva:** - es una técnica no invasiva que se recomienda en tratamientos afectivos refractarios. El mecanismo de acción y los cambios neurofisiológicos que induce son poco conocidos y en algunos estudios no ha probado ser mejor que el placebo.
- **Fotoestimulación:** este tratamiento se ha utilizado en depresión con patrón estacional.
- **Estimulación cerebral profunda:** si bien es una técnica invasiva, es reversible, a diferencia de la psicocirugía. Ha demostrado gran utilidad en trastornos del movimiento y en trastornos obsesivo compulsivos refractarios.
- **Privación del sueño:** se ha recomendado en pacientes con patrón estacional de síntomas depresivos.
- **Estimulación del nervio vago:** este tratamiento fue aprobado por la Food Drug Administration (FDA) en el 2005 para la depresión mayor crónica o recurrente o en pacientes con fracaso a cuatro ensayos terapéuticos con antidepresivos.
- **Terapia electroconvulsiva y psicoterapia:** son dos estrategias de tratamiento que han probado ser útiles, han superado la prueba del tiempo y son imprescindibles en el tratamiento de los trastornos mentales.

La **terapia electroconvulsiva** aumenta los niveles plasmáticos de las betaendorfinas y en el cerebro de sujetos suicidas se ha

psicoterapia analítica funcional; 3) terapia de conducta dialéctica (DBT dialectic behavior therapy); 4) terapia integral de la pareja; 5) terapia cognitiva basada en *mindfulness*.

Estas terapias contextuales han sido aplicadas a una gran variedad de problemas psicológicos, psiquiátricos y médicos, como ansiedad, alcoholismo, trastornos alimentarios, dolor crónico, trastornos obsesivos, fobia social, consumo de drogas, cáncer, depresión, esquizofrenia, trastornos de personalidad, estrés laboral, diabetes, esclerosis múltiple, tricotilomanía, epilepsia, violencia de pareja y en medicina deportiva.

Las terapias de tercera generación han sido estrechamente relacionadas con prácticas orientales de origen milenario como el sufismo, budismo y taoísmo, de las cuales han incorporado la técnica de la meditación. Y si bien falta mayor comprensión de los procesos psicológicos o mecanismos de cambio que están en la base de estas terapias, sí parece existir consenso en cuanto a lo que ha de hacerse para solucionar los problemas humanos, incluyendo las tradiciones de origen milenario y las modernas de tercera generación. El meollo del asunto radica en el lenguaje y el pensamiento, como agentes causales del sufrimiento humano y la generación de un repertorio de conductas a partir de lo que se piensa.

Por tanto, la solución está en alterar el flujo o el surgimiento del pensar mismo, lo cual se logra a través de la meditación. Esta permite alcanzar una mayor conciencia de un proceso que una persona sin entrenamiento previo hace de forma automática y, a su vez, lleva a que el sujeto se identifique con lo que piensa, a tal punto de creer que ese discurso que acontece dentro de sí es él mismo, por tanto, lo que piensa es lo que él es y es la realidad misma⁽³¹⁾.

Migración y Salud Mental

Para abordar el tema de la salud mental de las personas que migran es necesario diferenciar el tipo de migración, todas ellas implican en mayor o menor medida un desastre humano, empobrecimiento, desnutrición, incremento de la morbilidad, dependencia, ruptura de

» **Tabla 3.** Dimensiones sociales y de salud según etapas de la migración.

Fases de la migración	Precipitantes de la angustia	Consecuencias en la salud
Preparación del viaje	Escasez ambiental Degradación ambiental Condiciones económicas pobres Escasez alimentaria Hambre, sequía Imposibilidad de hacerse a la vida Violencia Persecución política Violaciones sexuales Alzamientos sociales Pérdidas familiares	Hambre Desnutrición ansiedad Trauma Discapacidad física Depresión Ansiedad Miedo Depresión
Viaje y separación	Separación de familia Separación de la sociedad Violencia Violaciones sexuales Colapso de los soportes sociales	Pena Depresión Miedo Ansiedad EPT Trauma
Asilo	Amenazas de repatriación Condiciones de vida deficientes Desempleo Escasez alimentaria Servicios de salud inadecuados	Desnutrición Enfermedad Desamparo Depresión Angustia
Reinstalación	Desempleo y subempleo Aislamiento social Problemas de aculturación Lazos sociales limitados Prejuicio Barreras de lenguaje Conflictos intergeneracionales Marginación	Depresión Ansiedad Suicidio – alcoholismo Delincuencia entre adolescentes Violencia Conflictos familiares y generacionales Depresión – alcoholismo – suicidio

Tomado de Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries. New York: Oxford University Press; 1995.

Aspectos introductorios

Según la OMS, los adolescentes deben ser un grupo prioritario en el ámbito de la salud.

- Una de cada seis personas tiene entre 10 y 19 años.
- Los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años.
- La mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan.
- El suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años.
- El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años.
- Las consecuencias de no abordar los trastornos mentales de los adolescentes se extienden a la edad adulta, lo que afecta la salud física y mental y limita las oportunidades de llevar una vida satisfactoria como adultos.

La adolescencia, 10 a 19 años, es un momento único y formativo. Si bien la mayoría de los adolescentes tienen buena salud mental, los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales, incluida la exposición a la pobreza, el abuso o la violencia, pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables a los problemas de salud mental. Promover el bienestar psicológico y proteger a los adolescentes de las experiencias adversas y los factores de riesgo que pueden mejorar su potencial para prosperar no solo son críticos para su bienestar durante la adolescencia, sino también para su salud física y mental en la edad adulta.

La adolescencia es un período crucial para desarrollar y mantener hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental, tales como adoptar hábitos de sueño saludables; hacer ejercicio regularmente; desarrollar habilidades para las relaciones

interpersonales, para hacer frente y resolver problemas, y aprender a gestionar las emociones. Los ambientes propicios en la familia, la escuela y la comunidad en general también son importantes.

Factores determinantes de la salud mental del adolescente

Hay múltiples factores determinantes de la salud mental del adolescente en cualquier momento. Cuantos más sean los factores de riesgo a los que estén expuestos, mayores serán las posibles repercusiones en su salud mental.

Factores que pueden contribuir al estrés

Entre los **factores que pueden contribuir al estrés** durante la adolescencia están el deseo de una mayor autonomía, la presión para amoldarse a los compañeros, la exploración de la identidad sexual y un mayor acceso y uso de la tecnología. La influencia de los medios y las normas de género pueden exacerbar la disparidad entre la realidad vivida por el adolescente y sus percepciones o aspiraciones para el futuro. Otros determinantes importantes de la salud mental de los adolescentes son la calidad de su vida hogareña y las relaciones con sus pares; la violencia (incluidos los malos tratos y la intimidación) y los problemas socioeconómicos son otros riesgos reconocidos para la salud mental. Los niños y adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia sexual, que tiene claros efectos perjudiciales en la salud mental.

Algunos adolescentes corren un mayor riesgo de tener problemas de salud mental por sus condiciones de vida, estigmatización, discriminación, exclusión, o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad. Entre ellos se encuentran quienes viven en entornos frágiles con relación a la pobreza y otros factores sociales; los que padecen enfermedades crónicas, trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual u otras afecciones neurológicas; las adolescentes embarazadas y los padres adolescentes o con matrimonios precoces y/o forzados; los huérfanos y los adolescentes de minorías étnicas, con antecedentes sexuales o de otros grupos discriminados.

alimentarios perjudiciales, como la restricción de calorías o el atracón compulsivo. La anorexia y la bulimia nerviosa también incluyen una preocupación por la comida, la forma o el peso del cuerpo, y comportamientos como el exceso de ejercicio o los vómitos para compensar la ingesta de calorías. Las personas con anorexia nerviosa tienen un peso corporal bajo y un miedo fuerte al aumento de peso. Los trastornos alimenticios son perjudiciales para la salud y, a menudo, coexisten con la depresión, la ansiedad y/o el abuso de sustancias.

Los trastornos que incluyen **síntomas de psicosis** emergen más comúnmente a finales de la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Los síntomas de la psicosis pueden incluir alucinaciones (como oír o ver cosas que no existen) o delirios (incluidas creencias fijas y no precisas). Las experiencias de psicosis pueden afectar gravemente la capacidad de un adolescente para participar en la vida y la educación cotidianas. En muchos contextos, los adolescentes con psicosis son altamente estigmatizados y corren el riesgo de sufrir violaciones de los derechos humanos.

Trastornos del comportamiento infantil

Los trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia son la sexta causa principal de carga de enfermedad entre los adolescentes. La adolescencia puede ser un tiempo donde se prueban las reglas y los límites. Sin embargo, los trastornos del comportamiento representan conductas repetitivas, graves y no apropiadas para la edad, como hiperactividad e inatención (como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad) o conductas destructivas o desafiantes, trastorno de la conducta. Los trastornos del comportamiento pueden afectar la educación de los adolescentes y, a veces, están asociados con el contacto con los sistemas judiciales.

Suicidio y autolesiones

La OMS estima que 62 000 adolescentes murieron en 2016 como resultado de autolesiones. El suicidio es la tercera causa de muerte en

El uso de tabaco y marihuana son preocupaciones adicionales. En 2016, según los datos disponibles de 130 países, se calculó que el 5,6% de los jóvenes de 15 a 16 años habían consumido cannabis al menos una vez el año anterior. Muchos fumadores adultos fumaron su primer cigarrillo antes de los 18 años.

UNODC. World Drug Report⁽³²⁾

La perpetración de la violencia es una conducta de riesgo que puede aumentar la probabilidad de bajo rendimiento educativo, lesiones, participación en el delito o la muerte. La violencia interpersonal fue clasificada como la segunda causa de muerte en adolescentes mayores en 2016.

Promoción y prevención

Las intervenciones para promover la salud mental de los adolescentes apuntan a fortalecer los factores de protección y mejorar las alternativas frente a los comportamientos de riesgo. La promoción de la salud mental y el bienestar, ayuda a los adolescentes a desarrollar la resiliencia para que puedan sobrellevar bien las situaciones difíciles o las adversidades.

Los programas de promoción para todos los adolescentes y los programas de prevención para adolescentes en riesgo de problemas de salud mental, requieren un **enfoque multinivel** con plataformas de entrega variadas, por ejemplo, medios digitales, entornos de atención médica o social, escuelas o la comunidad.

Algunos ejemplos de actividades de promoción y prevención incluyen:

- Intervenciones psicológicas en línea uno a uno, grupales o autoguiadas.
- Intervenciones centradas en la familia, como la capacitación en habilidades para los padres.

Las intervenciones para adolescentes deberían considerar:

La importancia de la **detección temprana y la provisión de intervenciones basadas en la evidencia** para los trastornos mentales y por uso de sustancias. El Programa para acortar Brecha de Salud Mental de la OMS (mhGAP) proporciona pautas basadas en la evidencia para no especialistas, herramientas que permiten identificar y apoyar mejor las condiciones de salud mental prioritarias en entornos de menores recursos.

- Intervenciones transdiagnósticas, por ejemplo, aquellas que se dirigen a múltiples problemas de salud mental.
- Entrega por parte de personal supervisado que está capacitado en la gestión de las necesidades específicas de los adolescentes.
- Involucrar y empoderar a los cuidadores cuando corresponda, y explorar las preferencias de los adolescentes.

Métodos de autoayuda cara a cara y guiados, incluidas las intervenciones electrónicas de salud mental. Debido al estigma o la viabilidad para acceder a los servicios, la autoayuda no guiada puede ser adecuada para los adolescentes.

La medicación psicotrópica se debe usar con gran precaución y solo se debe ofrecer a adolescentes con condiciones de salud mental de moderadas a severas cuando las intervenciones psicosociales resulten ineficaces, y cuando estén clínicamente indicadas y con consentimiento informado. Los tratamientos deben proporcionarse bajo la supervisión de un especialista y con una estrecha vigilancia clínica para detectar posibles efectos adversos.

Respuesta de la OMS

En el 2017 la OMS publicó una guía para implementar la Acción global para la salud de los adolescentes. Su objetivo fue ayudar a los gobiernos a responder a las necesidades de salud de este grupo en sus países incluida la salud mental, la cual enfatiza los beneficios de

incluirlos activamente en el desarrollo de políticas, programas y planes nacionales⁽³³⁾.

Acción global acelerada para la salud de los adolescentes (AA-HA!): Orientación para apoyar la implementación del país

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, enfatiza que cada adolescente tiene derecho a alcanzar el bienestar físico y mental e identifica a los adolescentes como un elemento central para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-2030.

Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030

El Plan de Acción de Salud Mental de la OMS 2013-2020, es un compromiso de todos los Estados Miembros de la OMS enfocado en tomar medidas específicas para promover el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, brindar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales, incluidos los adolescentes.

Plan de acción de salud mental 2013-2020

El Programa de acción de brecha de salud mental de la OMS (mhGAP) brinda orientación técnica basada en evidencia, herramientas y paquetes de capacitación para expandir los servicios de salud de los países, particularmente en contextos de escasos recursos. Considera las cuestiones relacionadas con los adolescentes en todas partes, incluido un módulo específico sobre trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes.

Programa de acción para cerrar la brecha de salud mental (mhGAP)

En el contexto de las emergencias, la OMS ha desarrollado herramientas para:

- Evaluación.
- Primeros auxilios psicológicos.
- Manejo clínico de los trastornos mentales.
- Recuperación del sistema de salud mental.

Todos los cuales consideran problemas relacionados con los jóvenes.

La 68.^a Asamblea Mundial de la Salud pidió a la Secretaría de la OMS en consulta con representantes de los jóvenes, los Estados Miembros y los principales asociados, y en consonancia con la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) su marco operacional lograr su cumplimiento⁽³⁴⁾.

>>>>>> Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2014 [citado 2 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
2. World Health Organization. Mental health: strengthening mental health promotion, 2001; Fact Sheet No. 220 [Internet]. Geneva, Switzerland; 2018. [citado 02 de diciembre de 2019] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H v. d., Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ [Internet]. 2011;343 [consultado 02 de diciembre de 2019] doi: 4163-d4163.
4. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry. 2015;(14):231-3.
5. Ministerio de salud y protección social. ABC - Sobre la salud mental, sus trastornos y estigma; 2014.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: Nuevo entendimiento nueva esperanza [Monografía en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001 [citado 05/12/2019]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1

20. Olds DL. Long-term Effects of Home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect Fifteen-Year Follow-up of a Randomized Trial JAMA. 1997;278(8):637-643. doi:10.1001/jama.1997.03550080047038
21. Schwinhart LJ, Weikart DP. El estudio de comparación del plan de estudios preescolar de alto alcance hasta los 23 años. Publicación trimestral de Estudios de Infancia Temprana. 1997;(12):117-43.
22. Rispens J, Alemán A, Goudena PP. Prevención de la victimización por el abuso sexual: un meta análisis de los programas escolares Abuso y Abandono de Menores. 1997;(21):975-87.
23. Beardslee W, Solantaus T, Van Doesum K. Enfrentando la enfermedad mental de los padres. En: Hosman, C., Jané-Llopis, E. y Saxena S, Editores. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas opciones de políticas. Oxford University Press. Oxford; 2005.
24. Reid JB. Descripción e impactos inmediatos de una intervención preventiva para problemas de conducta. Publicación Americana de Psicología Comunitaria. 1999;(27):483-517.
25. Eddy M. Prevención de trastornos de conducta, violencia y agresión. En: Hosman, C., Jané-Llopis, E. y Saxena S, Editores. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford: Oxford University Press; 2005.
26. Jané-Llopis E, Muñoz R, Patel V. Prevención de la depresión y la sintomatología depresiva. En: Hosman, C., Jané-Llopis, E. y Saxena S, Editores. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford: Oxford University Press; 2005.
27. Hosman C, Dadds M, Raphael B. Prevención de los trastornos de ansiedad. En: Hosman, C., Jané-Llopis, E. y Saxena S, Editores. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford: Oxford University Press; 2005.
28. Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de los trastornos alimenticios. En: Hosman, C., Jané-Llopis, E. y Saxena S Editores. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford: Oxford University Press; 2005.
29. Anderson P, Biglan A, Holder H. Previniendo el daño causado por sustancias. En: Hosman, C., Jané-Llopis, E. y Saxena S Editores. Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford: Oxford University Press; 2005.



2. Contexto sociodemográfico y de salud de la población de estudio

● ● ● ○ ○ Carolina Salas Zapata





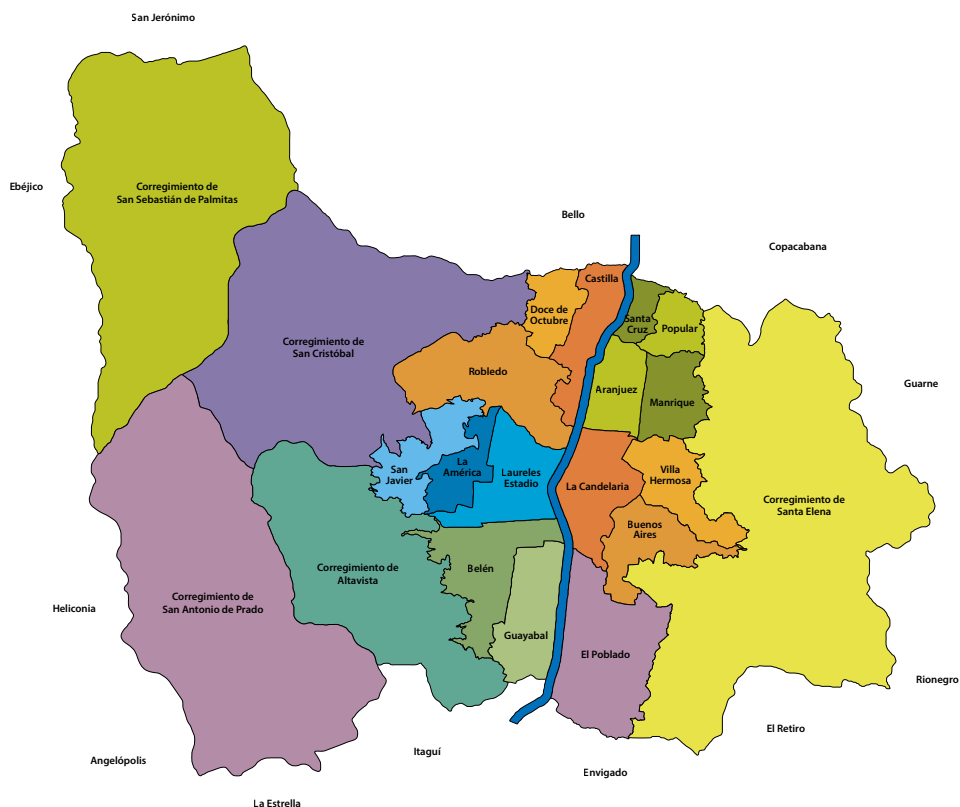
2. Contexto sociodemográfico y de salud de la población de estudio

● ● ● ○ ○ Carolina Salas Zapata

En este capítulo se presenta la caracterización del contexto territorial, demográfico, social y de salud, correspondiente a la población de Medellín, utilizando para esto fuentes de información como es el Análisis de Situación de Salud de Medellín 2018⁽¹⁾, elaborado por la Secretaría de Salud de Medellín, el Plan de Ordenamiento Territorial⁽²⁾, el Plan Territorial de Salud 2016-2019⁽³⁾, el informe Medellín Cómo Vamos⁽⁴⁾ y algunas cifras oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.

Estructura y distribución de la población

Medellín es un municipio colombiano, capital del departamento de Antioquia, situado en el centro del Valle de Aburrá,



» Mapa 1. División Política Administrativa de Medellín.

A pesar de que los corregimientos presentan las densidades poblacionales más bajas en la ciudad, se debe aclarar que San Antonio de Prado y San Cristóbal, son los corregimientos más poblados de Colombia, con 1.868 y 1.595 habitantes por Km², respectivamente⁽¹⁾.

Estructura demográfica

La pirámide poblacional de Medellín es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2016 comparado con el año 2005,

de servicios de salud por grupos de edad, se evidenció mayor concentración de servicios prestados a la población joven entre los 20 y 34 años de edad⁽¹⁾.

En los últimos años se viene presentando un fenómeno migratorio de las personas de Venezuela hacia Colombia. Antioquia ocupa el quinto lugar del país en departamentos que han recibido más venezolanos, después de Bogotá, Norte de Santander, La Guajira y Atlántico. Del vecino país han llegado 1.408.055 personas a Colombia, de las cuales 112.745 están en Antioquia, lo que equivale al 8%, según el reporte de las autoridades migratorias. En el ámbito local, Medellín es el municipio con mayor número de migrantes venezolanos, con 74.816, seguido por Bello (7.044), Rionegro (5.391), Itagüí (4.253) y Envigado (3.551), de acuerdo con el último consolidado de Migración Colombia⁽⁵⁾.

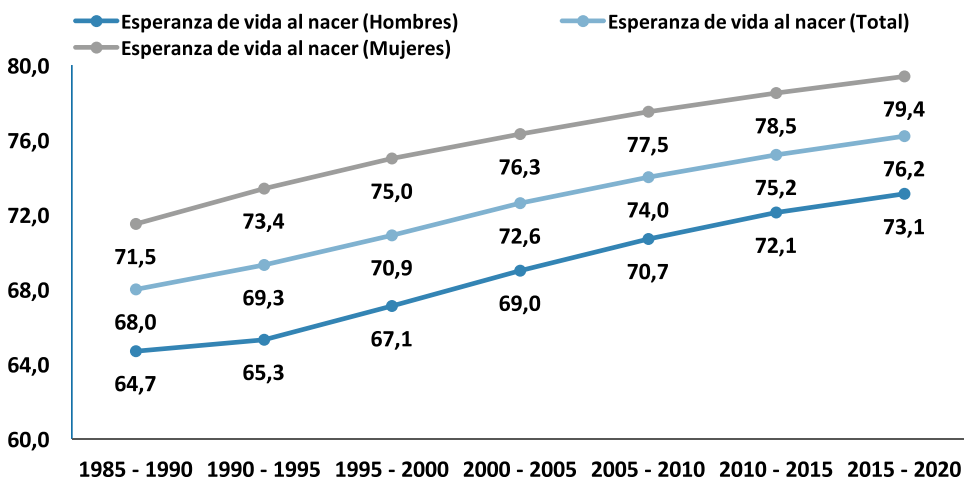
Se evidencia mayor concentración de atenciones de servicios de salud de la población venezolana tanto en el municipio de Medellín como en el resto del Departamento de Antioquia; situación que refleja la alta migración de la población del país vecino buscando mejorar su calidad de vida, ya que las condiciones de Venezuela son muy precarias. Por otro lado, mujeres en estado de gestación o madres, buscan proteger la salud propia y la de sus hijos ante la vulneración permanente de los derechos en salud, la permanente escasez de medicamentos, la imposibilidad de una atención con calidad y las barreras de acceso fruto de los problemas políticos, económicos y sociales de Venezuela⁽¹⁾.

Movilidad forzada

El desplazamiento forzado interno constituye una violación de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional, los derechos constitucionales y la dignidad. En consecuencia, es de interés reconocer este evento en el Municipio de Medellín. Según información suministrada por la Personería de Medellín, los causantes del desplazamiento forzado al interior de la ciudad son, en su orden, los

Esperanza de vida

Es la expresión del desarrollo socioeconómico del país y el desarrollo integral del sistema de salud, esta se representa a través del número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad⁽⁶⁾. La información del DANE se encuentra disponible a nivel departamental por lo que no se puede especificar el comportamiento de esta específicamente para el municipio de Medellín. Se presenta la información del Departamento de Antioquia como referencia. (Figura 1).



»» Figura 1. Esperanza de vida al nacer, por sexo. Departamento de Antioquia, 1985-2020

Tomado de DANE Indicadores demográficos según departamento 1985-2020

Morbilidad

La morbilidad, entendida como la enfermedad padecida por un individuo, es un dato estadístico utilizado para realizar aproximaciones al estado de salud de una comunidad; su

que el consolidado nacional presenta un 7,0%, lo que indica un consumo superior de marihuana en el municipio de Medellín de 2,28%.

Respecto a la prevalencia de vida de consumo de sustancias legales, alcohol y cigarrillo, el municipio de Medellín se ubica por encima del consolidado nacional, con una prevalencia de vida de consumo de alcohol de 74,3% y de tabaco de 34,4% en relación al consolidado nacional que presenta consumos de 63,4% y 24,3% respectivamente, hecho que llama la atención si se tiene en cuenta la población que reporta dichos consumos.

La sustancia que presenta los consumos a edades más tempranas es el tabaco, tanto a nivel nacional (16,9 años), como en el municipio de Medellín (16,4 años). En términos de edad, en el municipio de Medellín se están iniciando consumos de sustancias legales de cigarrillo y alcohol, así como de la sustancia ilegal marihuana, a los 17 años y medio; muy similar al consolidado nacional correspondiente a la edad de inicio de alcohol y de marihuana. Sin embargo, se observa que en los estimulantes la edad de inicio es muy inferior a la edad nacional, 20 años para Colombia, mientras en Medellín se da a los 17 años.

Las sustancias que presentan los consumos a edades más tempranas en el municipio de Medellín y a nivel nacional son: estimulantes, tabaco, alcohol, solventes y energizantes, con edad de inicio de 12 años. Por su parte el consumo de popper, dick, tranquilizantes y alucinógenos, presenta edad de inicio de 13 años. Las sustancias ilegales como: bazuco, marihuana, cocaína y éxtasis presentan edad de inicio de 14 años, tanto en el municipio de Medellín como en el consolidado nacional. Finalmente, la edad de inicio para el consumo de heroína en el municipio de Medellín es de 13.9 años, similar al consolidado nacional, que presenta edad de inicio de 13,8 años.

MORTALIDAD

Con relación a las causas de mortalidad general en el municipio de Medellín, entre los años 2005 y 2014, se destacan las enfermedades del sistema circulatorio como la principal causa, con una tasa de

141,3 muertes por cada cien mil habitantes en el año 2005 y de 120,9 en el último año; en segundo lugar, se encuentra la mortalidad por neoplasias, las cuales presentaron una tasa de 103,9 al inicio del período estudiado y de 107,9 muertes por cada cien mil habitantes al final del mismo. Tanto la primera como la segunda causa presentan un descenso importante en la mortalidad, esto posiblemente, se atribuye a la implementación de guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana a la población, en cuyos programas se intervienen afecciones crónicas con el fin de avanzar en la identificación temprana y tratamiento, además de, conservar el estado de salud en la población general.

Causas externas⁽¹⁾

Llama la atención el comportamiento de las causas externas para el periodo de tiempo comprendido entre los años 2005 y 2014. Aunque ha presentado un decremento porcentual del 21,9% con respecto al 2005, se evidencia un pico importante en el año 2009 donde la tasa alcanzó un valor de 120 muertes por cada 100.000 habitantes. Después de este año se logró avanzar en la reducción de las muertes violentas, la principal causa que afecta el indicador. Sin embargo, para el año 2016, se observa de nuevo un incremento en la tasa de homicidios del 11% con relación al año 2015.

Al analizar el año 2016, del gran grupo de causas externas que afectan la población general, las agresiones (homicidios) se ubican como la primera causa de muerte, con un total de 20,5 muertes por cada cien mil habitantes; mientras que los accidentes de transporte terrestre fueron responsables de 12,8 muertes por cada cien mil habitantes, ocupando el segundo lugar; y las lesiones autoinflingidas (suicidios) ocupan el tercer lugar, por haber originado la muerte de 6 personas por cada cien mil habitantes.

Por otro lado, el comportamiento del suicidio, aunque se ha mostrado fluctuante, se logra identificar un incremento de casos especialmente durante el último año. Es de mencionar, que la tasa de mortalidad

por esta causa para el año 2016 fue superior a la observada en el departamento y en la nación en años anteriores.

En el análisis realizado por la Secretaría de Salud de Medellín en el periodo 2005-2015 de lesiones autoinflingidas, se resalta que, en más de la mitad de las muertes, las personas tenían 34 años o menos. La incidencia de casos de intentos de suicidio es mayor en mujeres, aunque la población masculina es quien más aporta a la mortalidad por suicidio en todos los grupos de edad, principalmente en edades económicamente activas.

La mortalidad en la población masculina presenta un comportamiento muy similar a la mortalidad general del municipio de Medellín en el periodo de análisis. Se destacan como principales causas de mortalidad los grupos de enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 171,7 muertes por cada 100.000 hombres para el año 2005, y para el año 2014 esta tasa presentó un valor de 147,6 muertes. En el grupo de neoplasias se observa un comportamiento muy estable en el tiempo y cuya tasa para el año 2014 fue de 121,8 muertes por cada 100.000 hombres residentes del municipio.

La primera causa de muerte en las mujeres entre 2005 y 2014 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, siendo responsable de 118,6 muertes por cada cien mil mujeres para el año 2005 y 102,1 muertes por cada cien mil mujeres para el año 2014, sin embargo, la tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad presenta un comportamiento decreciente con una variación porcentual del 14% con respecto al año 2005. Llama la atención el comportamiento ascendente de las tasas de mortalidad del grupo de neoplasias, dado que pasó de 92,9 muertes por cada cien mil mujeres en el año 2005 a 100 muertes por cada cien mil mujeres en el año 2014, con un incremento del 7,7%, con respecto al año 2005.

Discapacidad⁽¹⁾

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud, una persona con discapacidad es aquella que tiene limitaciones o

deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano⁽⁷⁾.

Como antecedente, la población de Medellín para 2005, según el censo del DANE de ese mismo año era de 2.214.494 personas, de las cuales 115.873 tenían alguna discapacidad, lo que corresponde al 5,2%. En contraste con datos del censo del año 2005, a diciembre de 2017, en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) han sido caracterizadas 63.831 personas con discapacidad en Medellín, cifra equivalente al 2,5% de la población proyectada para 2017 según el DANE (2.508.452 habitantes). Esta cifra no corresponde necesariamente al total de personas con discapacidad de la ciudad, sino a las que se encuentran caracterizadas en el RLCPD.

Al analizar la discapacidad según las alteraciones permanentes más importantes, de los registros reportados hasta el año 2017 en el municipio de Medellín, con base en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y según datos del Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, prevalece la discapacidad referente a las funciones neuromusculares y las relacionadas con el movimiento, ambas suman el 38,3% del total, seguidas por las funciones mentales con el 27,2% y las funciones sensoriales y dolor con el 11,6%.

Prestación de servicios de salud⁽¹⁾

Es de resaltar que el municipio de Medellín ha sumado esfuerzos y diferentes estrategias para incluir a la población pobre no asegurada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, esto se observa en la afiliación masiva que realiza, ya que actualmente el municipio presenta un porcentaje de afiliación superior al 100% de la población reportada por el DANE. Este indicador se ve influenciado por la movilidad y la portabilidad de la población en el sistema de salud.

Para el mes de diciembre de 2018, el municipio de Medellín contaba con 1.078 instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, de las

cuales, el 93% (948) eran de naturaleza privada y aproximadamente el 7% (59) de naturaleza pública. Es de aclarar que, de esta última categoría, el 88% (52) corresponde a los puntos de atención, entre centros de salud y unidades hospitalarias que conforman la red de la E.S.E Metrosalud, los cuales se encuentran ubicados en todas las comunas y corregimientos de Medellín. Es importante mencionar que el número de IPS en Medellín presentó un incremento del 6% con relación al año anterior, lo que corresponde a 67 IPS nuevas, todas ellas de carácter privado.

Al observar la distribución de las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS- públicas, privadas y mixtas, se evidencia que hay mayor concentración de estas en las siguientes comunas: La Candelaria, Laureles- Estadio y El poblado; en su mayoría, las IPS ubicadas en estos sectores son de naturaleza privada. Es notable además la dispersión de los puntos de atención de las instituciones de naturaleza pública, siendo indiscutible su presencia en cada una de las comunas y corregimientos.

En cuanto a los servicios habilitados en las 1.078 IPS, se evidencia que los servicios de odontología hacen presencia en todos los territorios. Llama la atención que los servicios de medicina general, psicología y ginecobstetricia, se encuentran respectivamente en el 81%, 43% y 33% de los territorios del municipio, evidenciándose mayor concentración de estos servicios en La Candelaria, Laureles-Estadio y El Poblado.

Plan Territorial de Salud, Medellín 2016 – 2019⁽³⁾

El Plan Territorial de Salud de la ciudad se encuentra enmarcado en el Plan de Desarrollo Municipal, en tres dimensiones estratégicas y una dimensión transversal, en esta última, se plantea la equidad como un factor básico para la transformación y desarrollo del municipio.

El objetivo del Plan Territorial de Salud para Medellín, es avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, fortaleciendo el acceso a la prestación de los servicios socio-sanitarios de forma integral, interinstitucional, intersectorial, participativa y



3. Diseño metodológico

● ● ● ○ ○ Yolanda Torres de Galvis
Gloria María Sierra Hincapié





3. Diseño metodológico

Yolanda Torres de Galvis

● ● ● ○ ○ Gloria María Sierra Hincapié

>>>>> Aspectos introductorios

Mediante el contrato número 4600079842 de 2019 celebrado entre la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín y la Universidad CES, se realizó el segundo estudio de salud mental en población general de 13 a 65 años, mediante la aplicación de la metodología del Estudio Mundial de Salud, World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI).

El Estudio aplicó la metodología del Estudio Mundial de Salud Mental, con base en el convenio vigente firmado entre el doctor Ronald Kessler IP del Estudio Mundial y el Rector de

Medellín, y de los aspectos relacionados con situaciones del ambiente general, familiar, de equidad, y su relación con las necesidades específicas indispensables como base para la formulación de políticas municipales de salud mental, la implementación de programas de prevención basados en la evidencia generada en la propia realidad, la orientación de las intervenciones y sentar las bases para su evaluación. Además, contribuye al fortalecimiento de la comunidad científica y a la apropiación social del conocimiento.

>>>>>> Metodología

La metodología del estudio es la misma del Estudio Nacional de Salud Mental 2003 y de los estudios en población general de Medellín 2011-2012, Itagüí 2012, Envigado 2017 y Sabaneta 2018, los cuales, aplican el método de la iniciativa internacional liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH-CIDI).

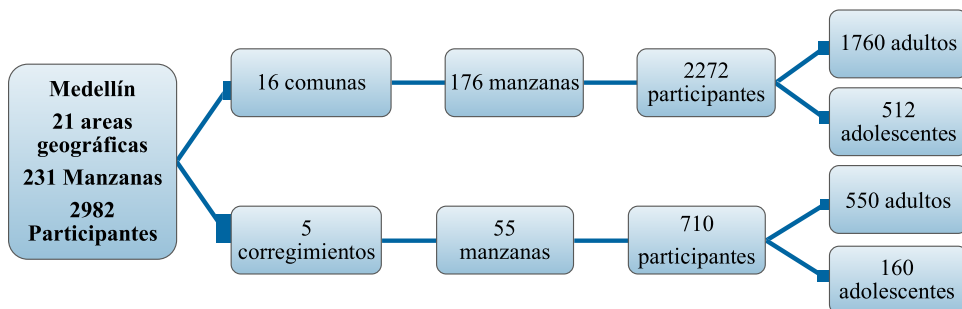
Esta iniciativa tiene como propósito evaluar el estado de los trastornos mentales y las patologías sociales en países con diferentes grados de desarrollo, así como determinar las necesidades en materia de asistencia médica y orientar las políticas de salud. El WMH-CIDI incluye un módulo de cribado y 40 secciones que se centran en: diagnósticos (veintidós), funcionamiento (cuatro), tratamiento (dos), factores de riesgo (cuatro), correlaciones sociodemográficas (siete) y dos secciones sobre aspectos metodológicos.

Las investigaciones realizadas con esta metodología, se han llevado a cabo en más de 30 países alrededor del mundo, con el fin de generar información actualizada, válida y confiable que permita 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.

Desde la epidemiología, se define como un estudio poblacional de prevalencia que permite estimar, como principales indicadores de re-

El tamaño total de la muestra fue de $142 * 21 \text{ áreas} = 2.982$ personas.

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 consideró el grupo de los 13 a los 18 años y para la población adulta la comprendida entre los 19 y los 65 años. Con el fin de garantizar la comparabilidad de este estudio con el realizado en el año 2011 en Medellín, se utilizó como marco muestral el mismo del estudio anterior, el cual comprende la totalidad de viviendas con instalación de energía, ubicadas en los diferentes estratos socioeconómicos, en las 16 comunas y los 5 corregimientos de Medellín.



Elaboración de los autoras para el presente estudio.

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 10 hogares, cantidad denominada “medida de tamaño” (MT), la cual puede tener un rango entre 7 y 21 hogares. A su vez, en cada hogar se seleccionó aleatoriamente para la entrevista un adulto de 19 a 65 años, y un adolescente de 13 a 18 años cuando el hogar contaba con varios de ellos, esto con el objetivo de generar la aleatorización, de lo contrario se seleccionaba el que estaba.

>>>>>> Recolección de la información

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 Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad CES, para proponer el plan de acercamiento y preparación de la comunidad para la etapa de recolección, esto mediante algunos mecanismos de difusión tales como la utilización de:

- Medios masivos de comunicación
- Rueda de prensa
- Canal regional de TV (Telemedellín)
- Medios institucionales
- Redes sociales
- Sensibilización a la comunidad
- Volante y afiche
- Voz a voz
- Apoyo en la difusión de la investigación por parte de la Secretaría de Salud con el equipo COPACOS y mesas de salud.
- Carta de solicitud de ingreso a las unidades residenciales.

>>>>>> Mecanismos de difusión

Sensibilización a la comunidad

El personal contratado para la recolección de información, tenía dentro de sus funciones realizar el primer acercamiento con las viviendas seleccionadas, para sensibilizarlos ante la importancia de participar en el estudio.

Después de que en la vivienda se aceptara hacer parte del estudio, se procedía a tomar la información de las personas y realizar la selección aleatoria de la persona adulta a participar y en caso de que en el hogar se contará con varios adolescentes, realizar el sorteo correspondiente para este grupo de edad.

Pauta publicitaria

La Dra. Natalia López Delgado, Subsecretaria de salud pública, participó en entrevistas para Caracol y Telemédellín informando acerca del estudio.

El día 27 de marzo de 2019, la Dra. Natalia López acompañada de la Dra. Yolanda Torres de la Universidad CES, atendieron la entrevista de Tele Medellín, en el programa hablemos de salud mental, donde también se hizo difusión del estudio.

Volante y afiche dirigido a la comunidad

Mediante 8000 volantes y 400 afiches que incluyeron la información sobre el Estudio de Salud Mental, se les informó a las personas seleccionadas acerca de la importancia y el proceso de su participación, también se brindó asesoría a través de la Línea Amiga de la Alcaldía de Medellín y la Universidad CES para responder a cualquier inquietud.

Los volantes se entregaron a la comunidad en general y los afiches se utilizaron en lugares que contarán con buena visibilidad como lo eran escuelas, iglesias, supermercados y centros de salud.

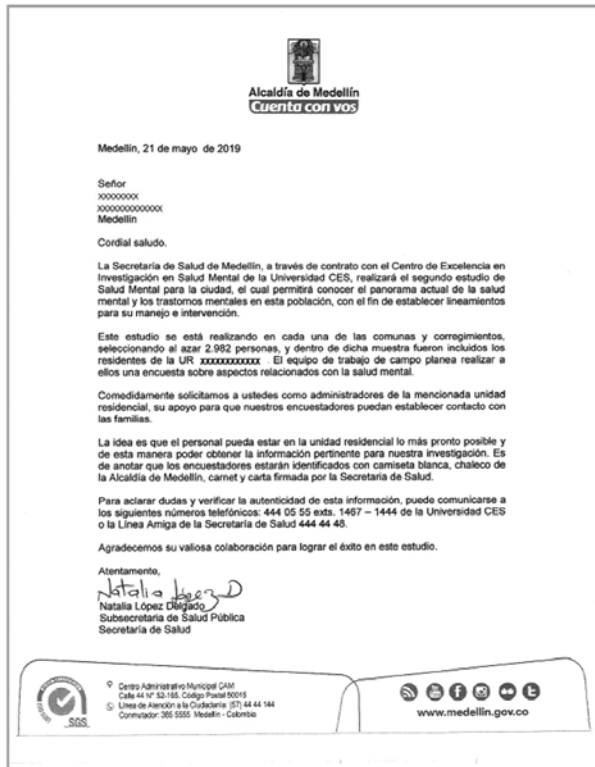


Reuniones con líderes de la comunidad

Se realizaron reuniones con los equipos de la Secretaría de Salud, como los Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), mesas de salud de algunas comunas y corregimientos con el objetivo de lograr apoyo en la difusión de la investigación y de esta forma tener mayor aceptación por parte de la población.

Solicitud de ingreso a las unidades residenciales

Dentro del diseño muestral de las comunas de Robledo, Buenos Aires, La Candelaria, Laureles Estadio, La América, Poblado y Belén; fueron incluidas unidades residenciales que contaban con junta de administración, por lo cual se requirió la solicitud de permisos de ingreso para que los encuestadores pudieran acceder, sensibilizar y concertar citas para recolectar la información.



>>>>>> Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en dos etapas:

Etapas 1: visita inicial por parte del personal encargado del reconocimiento de la zona y la sensibilización, dando a conocer el estudio y tomando la información de las personas residentes en cada una de las viviendas como base para seleccionar la persona a entrevistar.

Etapas 2: A partir de la información recolectada sobre las personas residentes en cada una de las viviendas, se procedió a seleccionar la unidad final (persona a entrevistar) y se generó la lista con nombre, sexo, edad, dirección, teléfono y código de la persona seleccionada; estos datos se le entregaron a los entrevistadores para concertar la cita y hacer la entrevista.

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 la estimación de su prevalencia, tanto en población general como en grupos específicos.

Como ya se informó, la presente investigación hace parte del Estudio Mundial sobre Salud Mental (WMH) y aplicó el instrumento CIDI-OMS (Composite International Diagnostic Interview), desarrollado por un importante grupo de expertos liderado por la OMS en unión con Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA), con base en el DIS (Diagnostic Interview Schedule). Su primera versión viene siendo actualizada hasta llegar a la presente y ha sido objeto de varios estudios para evaluar su validez.

El CIDI-OMS es una entrevista altamente estructurada, diseñada para ser aplicada por entrevistadores legos debidamente capacitados. Esta entrevista genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del DSM-IV y de la CIE-10. Para el presente estudio se utilizó la versión CIDI-Medellín, que es la más actualizada y se adapta culturalmente a la población estudiada.

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

El CIDI-OMS ha sido traducido a numerosos idiomas y se ha aplicado en más de 28 estudios alrededor del mundo, el objetivo ha sido la posibilidad de aplicarlo en forma transcultural. Las preguntas

y la simplicidad del lenguaje en que se desarrolla se orientan hacia el logro de lo anterior, para ayudar a una fácil y precisa traducción a otros idiomas y su traducción hacia atrás (nuevamente al inglés), como el DIS, se aplica con un flujograma de prueba (PFC - Probe Flow Chart). Las respuestas positivas para los síntomas son seguidas de una serie de preguntas que evalúan la severidad de los síntomas, logrando la inclusión o exclusión del uso de medicamentos y la comorbilidad con enfermedad física. Igualmente genera el diagnóstico basado en el DSM-IV y la CIE-10.

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.

Por su facilidad se seleccionó para la aplicación la versión CIDI-CA-PI, la cual emplea un software instalado en minicomputador, disminuyendo de esta forma el tiempo para la digitación de la información, así como las inconsistencias y errores inherentes a la etapa de trans-

cripción de la información a la base de datos. Igualmente, el programa utiliza los árboles de decisión con base en la aplicación de algoritmos, lo que ayuda a mejorar la calidad de la entrevista, al facilitar la correcta aplicación por el entrevistador.

Finalmente, se aplicaron las siguientes escalas de trastornos psiquiátricos y las escalas adicionales sobre factores de riesgo y protección:

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, condiciones crónicas
- Resiliencia
- Eventos vitales
- Funcionamiento en los 30 días previos
- Pareja
- Red de apoyo, situación laboral

Aplicación del instrumento

La entrevista se aplica en dos partes:

Parte I: se aplica en una primera etapa al total de las personas seleccionadas en la muestra, 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 en el estudio fue de dos horas para la entrevista completa, por ello, en algunos casos se requirió la aplicación en dos sesiones para evitar errores debidos al cansancio. El tiempo está relacionado con la frecuencia de trastornos que presentaba el entrevistado.

Entrevistadores

A partir del proceso de capacitación de los entrevistadores seleccionados, se hizo la asignación de las comunas para comenzar el trabajo de campo. La selección del equipo de entrevistadores se llevó a cabo de acuerdo con criterios específicos del grupo de investigación, con perfiles de profesionales del área social, con experiencia en aplicación de encuestas, trabajo de campo y conocimiento del municipio. 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 la capacitación en el CIDI, quedaron seleccionados 20 entrevistadores.

Control de errores y sesgos

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 del programa computarizado que hace parte del CIDI-CAPI; además, se realizó un control mediante llamadas a una sub-muestra aleatoria de entrevistados, a los cuales se aplicó nuevamente un grupo de preguntas del CIDI, para evaluar la concordancia en las respuestas.

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

1. Control de calidad que determina la duración de los tiempos de entrevistas por cada entrevistador, de acuerdo con el tipo de entrevista.
2. Control telefónico al 10% de las entrevistas.

Base de datos final

Se entiende por “Base de datos final”, aquella que es sometida a los controles de calidad y la cual, se considera apta 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 22.0.

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 los factores de expansión, ajustados por edad simple, sexo y lugar de residencia. Esto se elaboró según el modelo propuesto por The WHO World Mental Health Survey Consortium. Los factores de corrección y los factores finales de expansión se aplicaron a la base de datos.

Lo anterior permitió la estimación de los resultados del estudio, con base en los datos muestrales ponderados por el recíproco de dichas probabilidades finales de selección (Factor Básico de Expansión), ajustado por lugar de residencia (comuna/corregimiento), 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 posible 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. Este ajuste controla el sesgo generado por

las tasas de respuesta variables por las UPM, 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 2005-2020 del DANE para Medellín.

Procesamiento y análisis de la información

Esta etapa estuvo a cargo del Grupo de Investigación en Salud Mental de la Facultad de Medicina de Universidad CES, el cual cuenta con un equipo de profesionales de psicología, epidemiología psiquiátrica y estadística con muy larga y reconocida experiencia. Este grupo ha tenido a su cargo el manejo de la base de datos del Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes del 2003, y de los estudios en población general de Medellín 2011-2012, Itagüí 2012, Envigado 2017 y Sabaneta 2018; además, se dispone de profesionales con formación en sistemas de información en salud y con experiencia en manejo de información generada en este tipo de estudios.

El procesamiento de la información se llevó a cabo mediante la aplicación de criterios diagnósticos a la base de datos generada en el estudio. Este procesamiento se realizó con la utilización de los programas SAS versión 9.0 y SPSS versión 22.0.

A partir de las bases de datos finales, 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 constituyen los datos sometidos a los factores de corrección y expansión. En esta etapa se logró la estimación de las proporciones de prevalencia mensual, anual y de vida para los trastornos estudiados.

Para guardar concordancia con los estudios del The WHO World Mental Health Survey, se priorizó la obtención y cálculo de las propor-

ciones de prevalencia de los trastornos mentales estudiados, mediante la aplicación de los criterios del DSM-IV.

Posteriormente, se realizó el análisis bivariado considerando como ejes del análisis para el estudio, el sexo, la edad y el lugar de residencia. De esta forma se obtuvo la estimación de las proporciones de prevalencia para los últimos 30 días, prevalencia anual, prevalencia de vida y el cálculo de los intervalos de confianza (IC95%) para cada una de las medidas de prevalencia.

En el análisis se incluyeron algunos aspectos importantes como la exploración de asociaciones, para lo cual se utilizó el cálculo de las Razones de Disparidad (RD) con sus intervalos de confianza (IC95%). Con lo anterior, se obtuvo la estimación de importantes asociaciones entre factores, lo que permitió estimar la comorbilidad entre trastornos mentales y enfermedades físicas como VIH y accidente cerebrovascular.

Otro importante análisis lo constituyó la utilización de la escala de discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI), con la cual se analizó el impacto de los trastornos estudiados como expresión de la discapacidad en importantes áreas como la laboral y las relaciones sociales.

La interpretación de los resultados y la elaboración del informe final estuvo a cargo de los investigadores que participaron directamente en el estudio.



4. Características de la población de estudio

●●●○○ Gloria María Sierra Hincapié





4. Características de la población de estudio

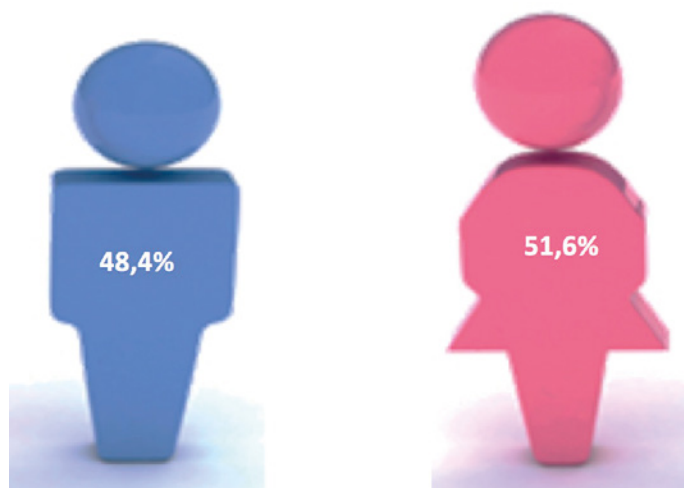
● ● ● ○ ○ Gloria María Sierra Hincapié

>>>>> Características sociodemográficas

Variables demográficas

Edad y sexo

El estudio fue realizado en una muestra de 2970 personas, contando con un porcentaje de aceptación del 99,6%. De la población encuestada, se encontró que el 51,6% pertenecen al sexo femenino, con una razón hombre/mujer de 0,94, es decir, por cada 100 mujeres que participaron en el estudio se presentaron 94 hombres.



» **Figura 1.** Distribución según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

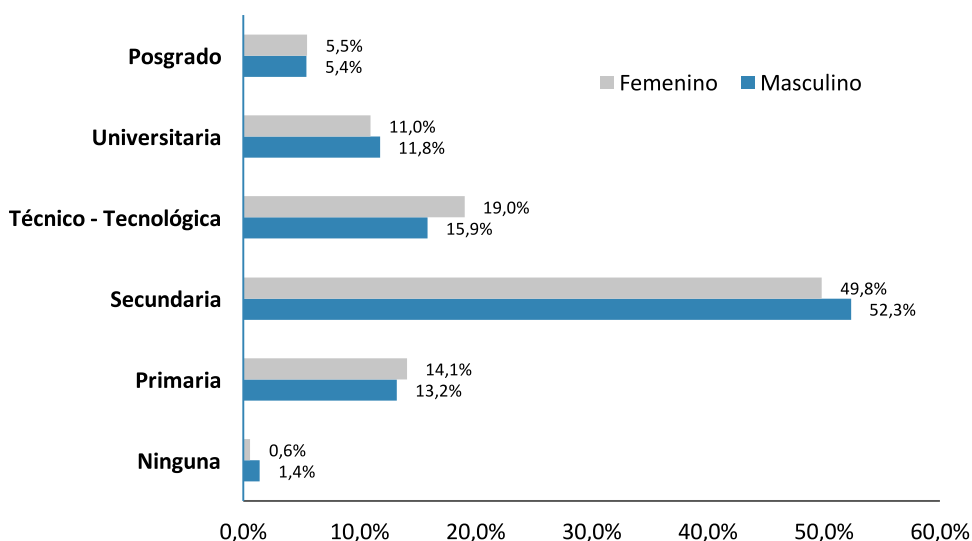
Con relación a la distribución por grupos de edad, desde el diseño muestral se realizó una estratificación que reflejara la distribución por sexo y edad de la población actual de Medellín. Para la población adolescente que va de los 13 a 18 años se presentó una proporción del 22,4%, y para la población adulta el grupo con mayor representación fue el de 45 a 65 años con un 32,1%.

» **Tabla 1.** Distribución según edad y sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	n	%	n	%
13 a 18 años	351	24,4%	315	20,5%	666	22,4%
19 a 29 años	315	21,9%	319	20,8%	634	21,3%
30 a 44 años	337	23,5%	380	24,8%	717	24,1%
45 a 65 años	434	30,2%	519	33,9%	953	32,1%
Total	1437	100,0%	1533	100,0%	2970	100,0%

Al analizar el nivel de escolaridad, se observa que no se presentaron diferencias significativas según el sexo. El nivel de escolaridad predominante es el de secundaria, presentando un 51% en la población total; es de resaltar que se presentó un aumento en los últimos 8 años (2011-2019) de 4,4% a 5,5% en la categoría de posgrado, lo que muestra una mejora en el ámbito de la educación en la población.



»» **Figura 2.** Distribución del nivel de escolaridad según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

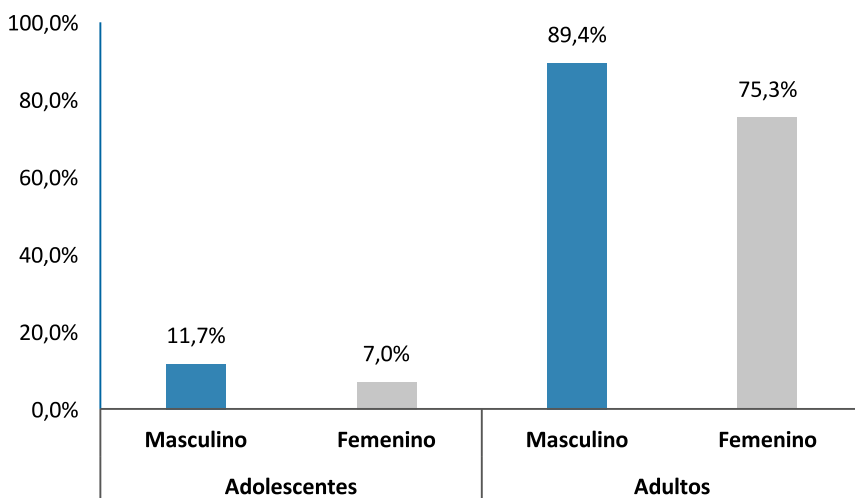
»» **Tabla 2.** Distribución del nivel de escolaridad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Nivel de escolaridad	Masculino	Femenino	Total
Ninguna	1,4%	0,6%	1,0%
Primaria	13,2%	14,1%	13,7%
Secundaria	52,3%	49,8%	51,0%
Técnico – Tecnológica	15,9%	19,0%	17,5%
Universitaria	11,8%	11,0%	11,3%
Posgrado	5,4%	5,5%	5,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Variables del campo laboral

Esta variable se calculó a través de la pregunta: ¿ha trabajado alguna vez en la vida? en la cual se presenta mayor proporción en la población masculina en los dos grupos etarios que se ha dividido la población. Aproximadamente el 10% de la población adolescente ya ha contado con algún trabajo remunerado alguna vez en su vida, en los adultos se presenta una razón para el sexo M:F de 1,2:1,0, es decir, por cada 10 mujeres que habían trabajado alguna vez en la vida se presentaron 12 hombres que lo habían hecho también.



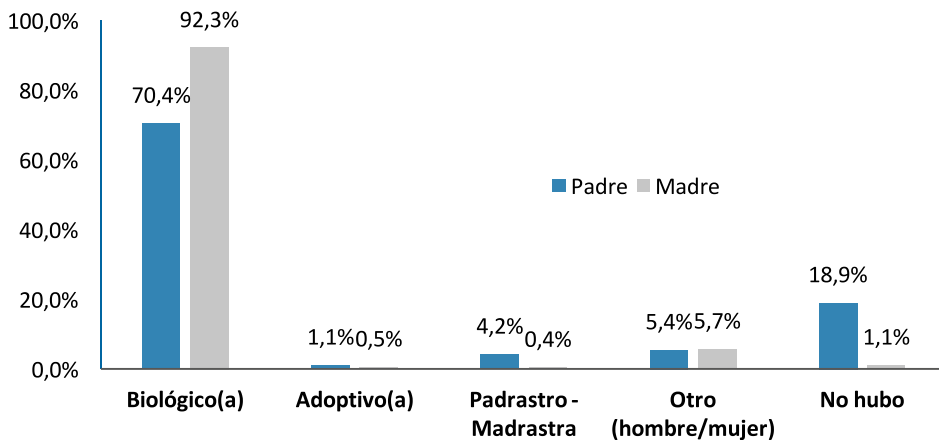
» **Figura 3.** Proporción de personas que han trabajado alguna vez en la vida, según grupo etario y sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Presencia de figuras paternas en la niñez

La presencia de las figuras materna y paterna durante la niñez, juegan un rol importante en el bienestar y el desarrollo de la salud mental de las personas. En la población estudiada se encontró que el 98,9% contó con una figura materna, donde la madre biológica

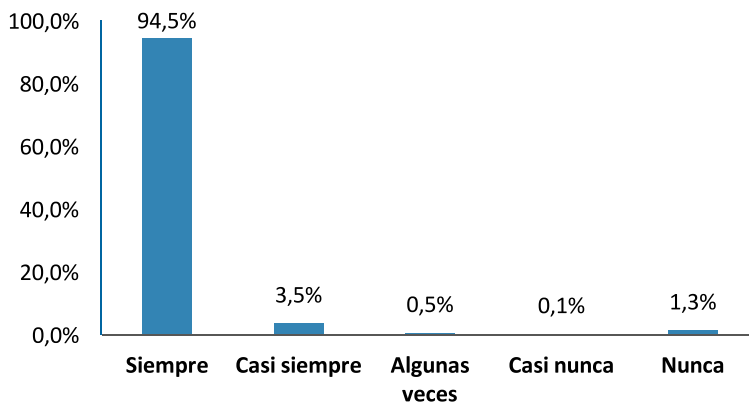
predomina con más del 90%. Con relación a la presencia de una figura paterna, se presentó ausencia de esta en un 18,9%, y un 10,7% contó con una presencia diferente a la del padre biológico.



»» **Figura 4.** Figuras paternas durante la mayor parte de la niñez.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Trabajo remunerado del padre en la niñez



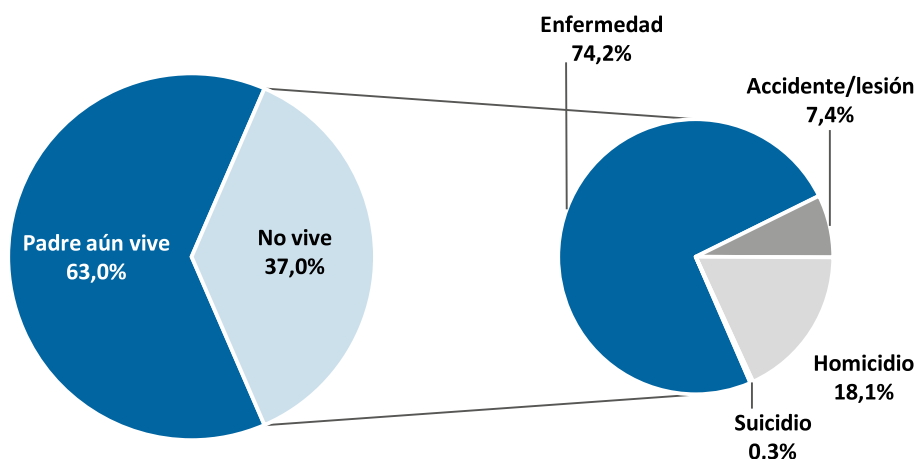
»» **Figura 5.** Trabajo remunerado del padre en la niñez.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Esta variable permite conocer la condición económica que pudo presentar el entrevistado durante su niñez, de acuerdo a la estabilidad laboral y remuneración de sus padres. Para el presente estudio las personas refieren que el 98,0% contó con trabajo siempre y casi siempre, mientras que el 1,3% manifiesta que nunca lo tuvieron.

Otra información sobre los padres

Otras variables de interés en el estudio fueron las relacionadas con los padres, donde se reporta que el 37,0% de ellos había muerto, de los cuales aproximadamente tres de cada cuatro murieron por enfermedad y el resto de las muertes se dieron por causa externa, para este último ítem, el homicidio presentó mayor porcentaje, con un 18,1%.

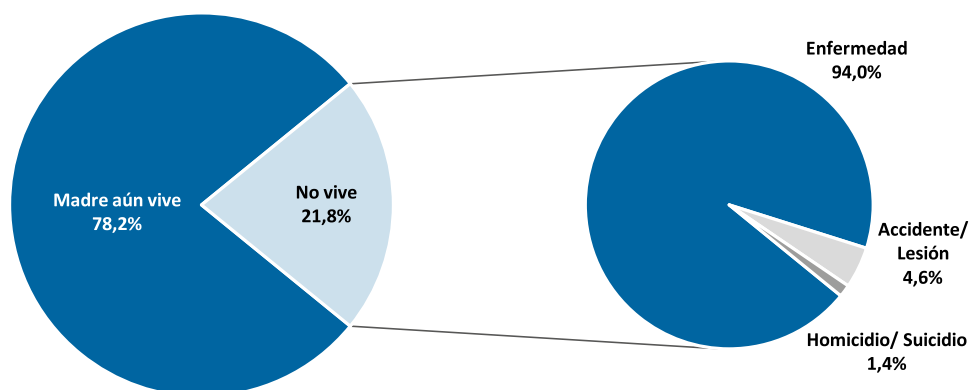


»> **Figura 6.** Información sobre el padre.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Con relación a lo anterior, para la madre también se realizó el mismo análisis, en él se reporta que el 78,2% de la población aún tiene la madre viva; de las personas que manifestaron

que la madre había muerto, el 94% de las muertes fueron por enfermedad general y el resto por causa externa, en este último caso, un accidente o lesión contó con la mayor frecuencia (4,6%).



»» **Figura 7.** Información sobre la madre.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Variables con base a la aplicación de escalas sobre factores asociados

Escala de eventos vitales

Los eventos vitales pueden definirse como sucesos que generan un impacto en el ser humano y pueden ocasionar repercusiones en su salud mental. Al analizar las preguntas relacionadas con la presencia de eventos vitales en el último año, se encontró que no hubo diferencias en las proporciones por sexo, para aquellos que estaban relacionados con la enfermedad o muerte de personas cercanas y relaciones interpersonales. Para los eventos relacionados con el trabajo y la situación económica se encuentra mayor proporción en el sexo masculino.

Los eventos vitales que presentaron mayor proporción en la población general fueron: crisis financiera grave o problemas

económicos importantes, la muerte de un amigo cercano o de un familiar de segundo grado, haber estado desempleado o buscando trabajo durante más de un mes sin éxito, y la enfermedad o herida grave en algún familiar cercano; todas ellas por encima del 11,0%.

El evento vital que menos se presentó en las mujeres fue el tener problemas con la policía o legales de otro tipo, con un 0,6%, y para los hombres fue alguna otra circunstancia que le haya sucedido y que no fue contemplada dentro de las preguntas, con un 0,9%.

» **Tabla 3.** Distribución de los eventos vitales según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Evento vital	Masculino	Femenino	Total
Alguna enfermedad, herida o agresión grave	7,7%	7,5%	7,6%
Alguna enfermedad o herida grave en algún familiar cercano	11,5%	11,5%	11,5%
La muerte de un familiar de primer grado (pareja, padres, hermanos o hijos)	4,5%	5,4%	5,0%
La muerte de un amigo cercano o de un familiar de segundo grado (tíos, primos o abuelos)	14,2%	13,4%	13,8%
Divorcio o separación de su pareja por problemas de convivencia	4,7%	3,3%	4,0%
Ruptura de una relación muy estrecha con alguien muy cercano (familiar o no)	6,0%	5,7%	5,8%
Problemas serios en su relación con un amigo cercano, vecino o familiar	3,7%	4,6%	4,1%
Ha estado desempleado o buscando trabajo durante más de un mes sin éxito	13,6%	11,2%	12,3%
Ha sido despedido del trabajo	3,7%	1,5%	2,6%
Crisis financiera grave o problemas económicos importantes	17,6%	16,6%	17,1%
Problemas con la policía o legales de otro tipo	2,3%	0,6%	1,4%
Pérdida o robo de algo que usted considera como de mucho valor	3,1%	2,3%	2,7%
Alguna otra circunstancia que le haya sucedido...	0,9%	0,8%	0,9%

Escala de indicadores de situaciones de negligencia en la niñez

Las situaciones de negligencia en la niñez consisten en la falta de satisfacción de las necesidades principales del niño: físicas, médicas, educativas y emocionales.

Con relación a la primera pregunta, ¿con qué frecuencia lo ponían a hacer tareas que eran demasiado difíciles o peligrosas para alguien de su edad?, se encontró que en las mujeres un 12,3% presentó esta situación siempre o algunas veces, frente a un 8,5% en los hombres.

Para la segunda pregunta, ¿con qué frecuencia lo dejaban solo o sin que alguien lo supervisara, cuando era demasiado pequeño para estar solo? La respuesta arrojó que por cada 10 hombres que lo vivieron siempre en su niñez, se presentaron 12 mujeres que también lo vivieron.

En la pregunta tres, ¿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? y cuatro, ¿con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban le hacían pasar hambre o no preparaban los alimentos habituales? se presentaron frecuencias muy similares por sexo en la escala de frecuencia de siempre.

En la última pregunta, ¿con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban no le daban tratamiento médico cuando estaba enfermo o se lastimaba? A pesar de que no cuenta con una proporción muy alta con relación a las demás preguntas, es de resaltar su importancia, debido a las repercusiones en salud que se podían presentar.

En general para cada una de las preguntas, los hombres presentaron menores proporciones en todos los ítems de respuesta en comparación con las mujeres.

» **Tabla 4.** Indicadores de maltrato en la niñez.

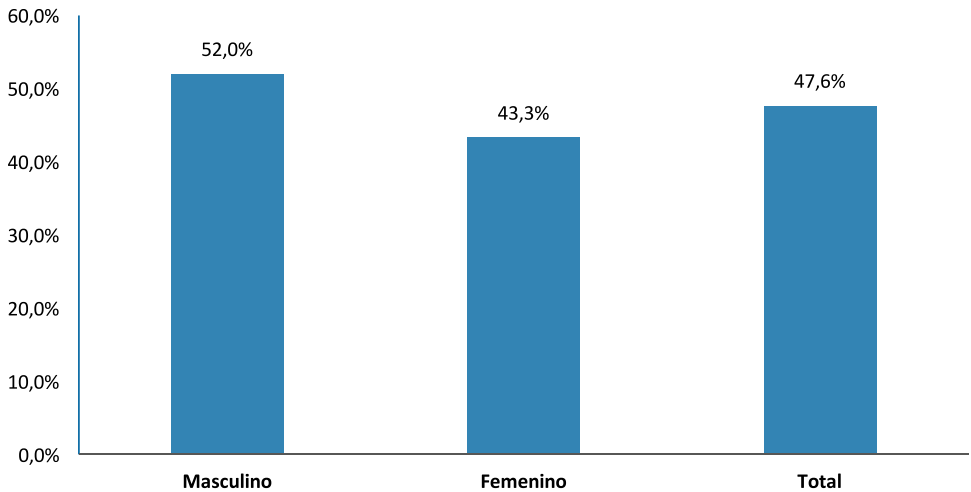
Estudio de salud mental – Medellín 2019

	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	3,3%	5,2%	6,0%	85,5%
	Femenino	4,0%	8,3%	5,5%	82,3%
	Total	3,6%	6,9%	5,7%	83,8%
¿Con qué frecuencia lo dejaban solo o sin que alguien lo supervisara, cuando era demasiado pequeño para estar solo?	Masculino	3,1%	7,6%	6,1%	83,2%
	Femenino	4,3%	7,3%	7,1%	81,3%
	Total	3,8%	7,4%	6,7%	82,2%
¿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%	5,3%	3,6%	89,2%
	Femenino	2,0%	7,5%	5,2%	85,3%
	Total	1,9%	6,5%	4,5%	87,1%
¿Con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban le hacían pasar hambre o no preparaban los alimentos habituales?	Masculino	1,3%	3,0%	3,8%	91,9%
	Femenino	1,3%	5,2%	5,6%	88,0%
	Total	1,3%	4,2%	4,8%	89,8%
¿Con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban no le daban tratamiento médico cuando estaba enfermo o se lastimaba?	Masculino	2,1%	3,8%	3,0%	91,1%
	Femenino	2,7%	5,7%	4,0%	87,6%
	Total	2,4%	4,8%	3,5%	89,2%

Relaciones sexuales en los adolescentes

De la población de adolescentes que participó en el estudio y que comprenden la edad entre los 13 y 18 años de edad, el 47,6% ya ha tenido relaciones sexuales, en este porcentaje predomina el sexo masculino con una proporción de 52,0%, y una razón H:M de 1,2, es decir, por cada 10 mujeres se presentaron 12 hombres que ya iniciaron su vida sexual.

Iniciación de relaciones sexuales

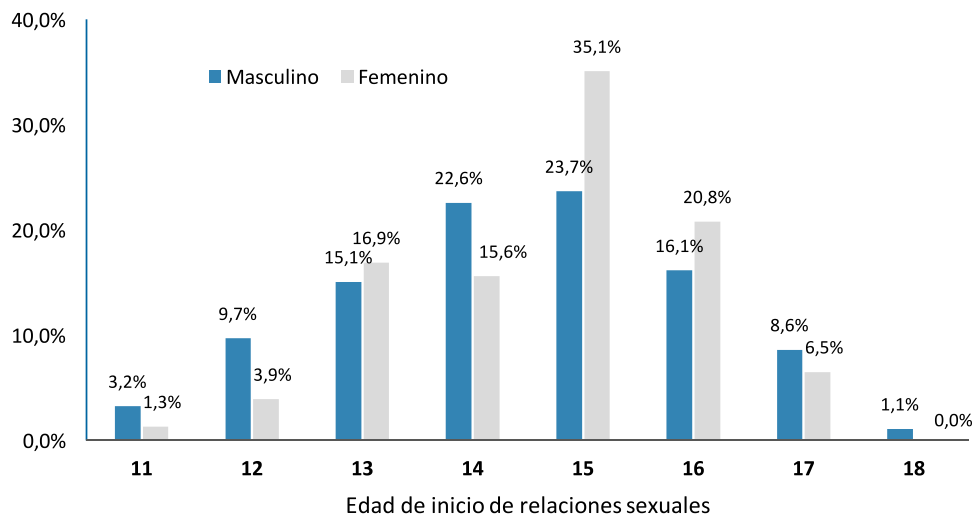


»» **Figura 8.** Información sobre relaciones sexuales en el grupo de adolescentes.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

En cuanto a la edad del inicio de relaciones sexuales en los adolescentes, se encuentra que todas las mujeres habían iniciado su vida sexual antes de llegar a la mayoría de edad (18 años). En ambos sexos la edad más frecuente fue la de 15 años, con un 35,1% para el sexo femenino y 23,7% para el masculino. Para el total de adolescentes se registra que aproximadamente tres de cada cuatro iniciaron las relaciones sexuales entre los 11 y 15 años de edad.

Edad de inicio



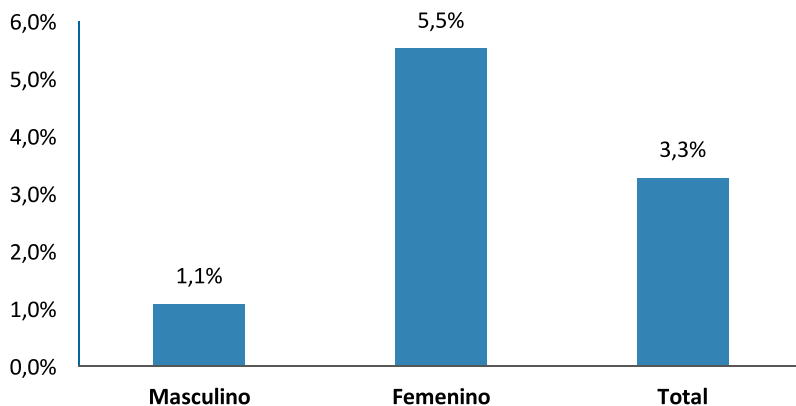
» **Figura 9.** Edad de inicio de relaciones sexuales en el grupo de adolescentes.
Estudio de salud mental – Medellín 2019

Información sobre hijos en los adolescentes

Del total de adolescentes que participaron en el estudio, el 3,3% refirió que ha tenido al menos un hijo, situación que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Por cada hombre adolescente se presentan cinco mujeres que ya tienen hijos.

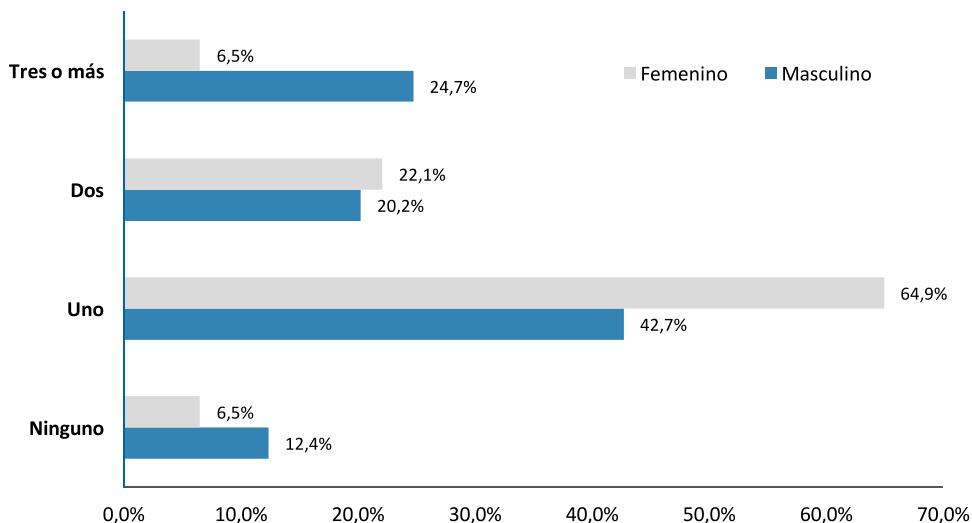
Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses

El 6,5% de los adolescentes hombres indicaron que no habían tenido parejas sexuales durante los últimos 12 meses, en comparación con el 12,4% de las adolescentes mujeres. El 64,9% de las adolescentes mujeres y el 42,7% de los adolescentes hombres informaron que habían tenido una sola pareja sexual. Llama la atención que una cuarta parte de los adolescentes hombres indicaran que el año anterior habían tenido tres o más parejas sexuales.



»» **Figura 10.** Adolescentes que han tenido un hijo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

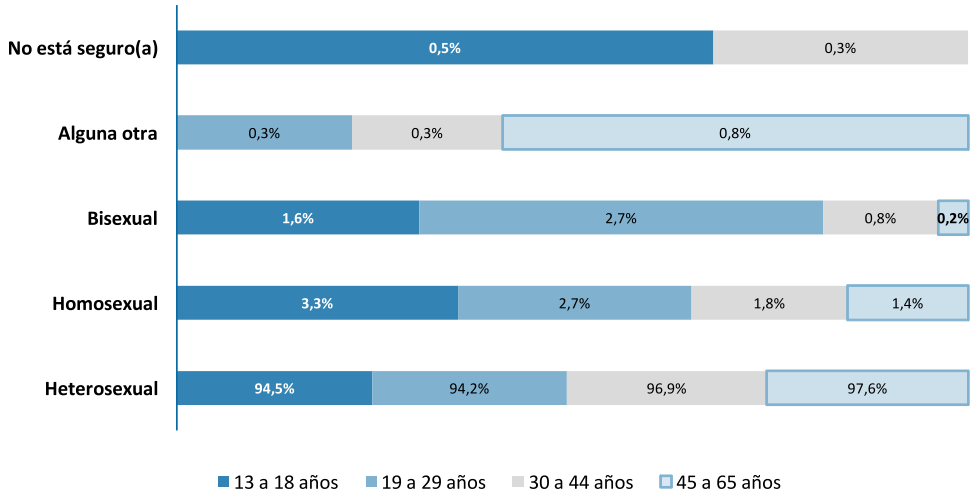


»» **Figura 11.** Adolescentes. Numero de personas con las que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Uso de preservativo

El estudio presenta que de los adolescentes que informaron una vida sexual activa en los últimos doce meses, el 56,6%



»» **Figura 12.** Comportamiento de la tendencia sexual según grupos de edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019



5. Servicios de salud

●●●○○ Guillermo A. Castaño Pérez





5. Servicios de salud

● ● ● ○ ○ Guillermo A. Castaño Pérez

El derecho a la salud ha quedado constituido como un derecho fundamental, como una necesidad básica humana que supone “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad”. El derecho a la salud es un derecho habilitante de otros derechos: en ningún otro como en el de la salud se observa la interdependencia tan claramente como en éste⁽¹⁾.

En los últimos dos siglos, los avances científicos y técnicos de la humanidad han supuesto una revolución en la medicina

objetivos, y sus resultados son, por decir lo menos, mixtos. Por ejemplo, es claro que aún no se ha logrado la universalidad, pues hay un amplio número de personas que no logran acceso al sistema, ya sea porque no están aseguradas o porque cuando requieren atención médica, no logran el correspondiente servicio, y algunos otros no tienen acceso a los servicios de salud, porque no tienen capacidad de copago⁽³⁾.

El acceso a los servicios médicos se define como la disponibilidad de recursos médicos donde y cuando las personas los necesitan⁽⁴⁾. Se puede dividir en acceso efectivo o realizado, el cual depende de los indicadores del uso de los servicios médicos y la satisfacción asociada; también se puede clasificar en acceso potencial, determinado propiamente por las características del sistema de salud y algunas características de las personas en el área geográfica definida⁽⁵⁾.

Además de esta concepción ampliamente aceptada, en la literatura se encuentran variadas y diversas definiciones del concepto de acceso. Para Andersen, se trata de la “capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario”⁽⁶⁾; para Cromely y McLafferty el acceso es el “poder de disponer de los recursos del servicio de salud”⁽⁷⁾; para Dixon-Woods et al., la forma más útil de entender el acceso es a través del concepto de candidatura, o *candidacy*, que describe la elegibilidad de las personas para la asistencia sanitaria, determinada por ellas mismas y por los servicios de salud⁽⁸⁾.

Entre las investigaciones sobre barreras y facilidades del acceso, se destaca a nivel internacional la revisión sistemática de Hirmas Aday et al.⁽⁹⁾. En esta revisión se identificaron las siguientes barreras más recurrentes, que suelen afectar en mayor medida a personas de menor nivel socioeconómico: 1) costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes; 2) temor o vergüenza al ser atendido en un servicio de salud; 3) desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito, y 4) estigma social, creencias y mitos. Por su parte, los facilitadores más frecuentes fueron: 1) contar con redes de apoyo social; 2) valor asignado a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones; 3) adaptación de los servicios al paciente y programas de manejo de la

servicios en las instituciones y las rutas de atención disponibles^(14,15). Esta carencia de información, se explica a partir de las características específicas de la población vulnerable, respecto al desconocimiento del medio receptor o las condiciones de precariedad del mismo, además de los medios por los que las instituciones de salud proporcionan la información sobre el acceso⁽¹⁰⁾.

En este mismo sentido, varios autores dan cuenta de las barreras administrativas que incluyen todas las acciones relacionadas con los trámites y procedimientos de las instituciones implicadas en la atención⁽¹⁴⁾, las evidencian los trámites burocráticos inherentes a dichos procesos, los prolongados tiempos de espera para recibir las ayudas, las razones aducidas que dificultan su identificación y movilidad, además del exceso de trámites para la atención⁽¹⁵⁾.

Estudios realizados en otros países, han encontrado el estigma, los mitos y creencias con respecto a la salud mental como una de las barreras. Un estudio realizado en Nepal⁽¹⁶⁾, cuyo objetivo era investigar las percepciones con respecto a la salud mental y los servicios de atención, encontró que además de las barreras pragmáticas a nivel de los establecimientos de salud, el estigma de salud mental y ciertas normas culturales reducen el acceso y la demanda de servicios. Las encuestas detectaron que la falta de conciencia sobre los problemas de salud mental es un problema importante subyacente, incluso entre aquellos con altos niveles de educación o extracto socioeconómico. Las autoridades sanitarias propusieron estrategias para mejorar la conciencia, como canalizar la educación a través de figuras comunitarias confiables y respetadas, y responder a la necesidad de apertura o privacidad en los programas educativos, dependiendo del tema en cuestión. La adaptación a las percepciones locales de los estigmas surgió como otra estrategia clave para mejorar la demanda.

La situación global: necesidades y servicios de salud mental

Un sistema de salud mental, como cualquier otro sistema, es un conjunto de partes interconectadas que deben funcionar juntas para

ser efectivas. Sin embargo, con frecuencia, los aspectos cruciales de los sistemas de salud mental funcionan mal o faltan por completo.

Se estima que 450 millones de personas en todo el mundo tienen un trastorno mental. En cualquier momento, aproximadamente el 10% de los adultos experimentan un trastorno mental actual, y el 25% desarrollará uno de ellos durante su vida⁽¹⁷⁾. Los trastornos mentales se encuentran en todos los países, en mujeres y hombres, en todas las etapas de la vida, entre ricos y pobres, tanto en entornos rurales como urbanos.

Los trastornos mentales representan el 13% de la carga global de la enfermedad, y esta cifra aumentará a casi el 15% en 2030. Es probable que la depresión sea el segundo mayor contribuyente a la carga global de la enfermedad para esa fecha⁽¹⁸⁾. Estos trastornos también están asociados con más del 90% del millón de suicidios que ocurren anualmente, siendo probable que el número sea mucho mayor, debido al subregistro común de esta causa de muerte.

Las personas con trastornos mentales tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades físicas debido a una función inmune disminuida, un comportamiento de salud deficiente, una adherencia deficiente a los tratamientos médicos, y las barreras sociales para obtener tratamiento⁽¹⁹⁾.

Los costos económicos y sociales de los trastornos mentales también son sustanciales. En los Estados Unidos de América, los costos de tratamiento directo de los trastornos mentales se estimaron en alrededor del 2,5% del producto nacional bruto⁽²⁰⁾. Los costos de tratamiento indirecto son de dos a seis veces más altos. En los países en desarrollo, las familias soportan una proporción significativa de la carga económica y social, debido a la ausencia de una red de servicios integrales de salud mental financiada con fondos públicos. Las familias también se ven afectadas por la exclusión social y la estigmatización.

Hay tratamientos efectivos disponibles para una variedad de trastornos mentales. Muchas personas con depresión pueden ser tratadas

exitosamente con antidepresivos de bajo costo o intervenciones psicológicas, mientras que los fármacos antipsicóticos de primera generación son efectivos y rentables para el tratamiento de la esquizofrenia. El tratamiento basado en la evidencia, aplicado en una población para un conjunto de trastornos (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión y trastorno de pánico), requeriría solo una inversión adicional de US \$.20 per cápita por año en países de bajos ingresos, y US \$.30 per cápita por año en países de ingresos medios bajos⁽²¹⁾.

A pesar de la ubicuidad y prevalencia de los trastornos mentales, muchos países tienen sistemas y servicios de salud mental inadecuados. En la mayoría de los países, especialmente aquellos con economías de ingresos bajos y medianos, existe una enorme brecha entre quienes necesitan atención de salud mental y quienes la reciben.⁽²²⁾ Menos del 28% de los países tienen un presupuesto específico para la atención de la salud mental, y muchos enfrentan una grave escasez de trabajadores de la salud mental⁽²³⁾. Es preocupante que muchos sistemas de salud mental sigan dependiendo de la atención institucional en los hospitales psiquiátricos, a pesar de que estos fueron desacreditados por razones humanitarias y se han vuelto en gran medida obsoletos desde la década de 1950, con el advenimiento de nuevos medicamentos psicotrópicos y programas de rehabilitación psicosocial⁽²⁴⁾. El bienestar de las personas con trastornos mentales, sus familias y comunidades podría mejorarse significativamente con el desarrollo de sistemas de salud mental de buena calidad. En lugar de ser percibido como una carga para los demás y los países en su conjunto, las personas con trastornos mentales podrían contribuir al bienestar social y económico de la sociedad y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, esto requiere una política concertada y enfocada, planificación y desarrollo de servicios, así como su implementación⁽²⁵⁾.

En particular, la atención primaria de salud es la base de una atención de salud mental de alta calidad. Los servicios de salud mental integrados en la atención primaria incluyen la identificación y el tratamiento de los trastornos mentales, la derivación a otros

niveles cuando sea necesario, la atención a las necesidades de salud mental de las personas con problemas de salud física, la promoción y prevención de la salud mental. Además, se mejora el acceso, es más probable que se identifiquen y se traten los trastornos mentales, y se combaten los problemas de salud física y mental comórbidos de manera transparente. Para ser completamente efectiva y eficiente, la atención primaria de salud mental debe complementarse con niveles adicionales de atención. Estos incluyen componentes de atención secundaria, a los cuales, trabajadores de salud primaria pueden recurrir para derivaciones, apoyo y supervisión. Los enlaces a servicios informales y comunitarios también son necesarios. Comprender y apreciar estas relaciones, es crucial para comprender el papel de la atención primaria integrada con la salud mental dentro del contexto del sistema de salud general⁽²⁵⁾.

Acceso a servicios de salud en Colombia

Uno de los principales desafíos que afronta el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, es el acceso a los servicios médicos⁽¹⁰⁾. Lo anterior se debe a que a pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento del 56,9% al 90,8% registrado entre 1997 y 2012^(26,27), el acceso a los servicios de salud en Colombia, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos al momento de necesitarlos, disminuyó en el mismo período al pasar de 79,1% a 75,5%, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV).

En Colombia se ha estudiado ampliamente el acceso a los servicios médicos y su relación con las características de los usuarios y del sistema de salud. Los estudios empíricos han encontrado una fuerte relación entre el acceso realizado y variables socioeconómicas y del sistema de salud como la edad, el sexo, la raza, el estado civil, el nivel de escolaridad, el ingreso, el tamaño del hogar, la ubicación geográfica, la cobertura de aseguramiento y el régimen de afiliación⁽²⁸⁻³⁰⁾. Sin embargo, son escasos los trabajos que evalúan conjuntamente la

utilización de los servicios médicos, ejerciendo control sobre la necesidad de los mismos y las características de la oferta⁽¹⁰⁾, y los que lo hacen se han enfocado en tipos de atención particulares como las consultas en salud mental. Al respecto se encuentra que las barreras de acceso siguen siendo las mismas que se presentan para la atención en salud en general, pero apareciendo con más fuerza el estigma, los mitos y creencias relacionadas con la salud mental y la falta de recurso humano formado en el tema.

Finamente y en relación con la necesidad, demanda y oferta de servicios de la salud en Colombia, es importante evaluar además del acceso y sus posibles determinantes, los aspectos previos al mismo. Antes de que una persona acceda al servicio médico, se presenta la necesidad de atención médica, luego la demanda por el servicio y por último se llega al acceso a través de la oferta^(4,31).

En este sentido, hay que aclarar que existe diferencia entre la necesidad de atención médica y la demanda por servicios de salud. La primera se presenta en el momento en que las personas tienen un problema de salud, independientemente de si consideran que dicho problema requiere o no atención médica; mientras que la segunda depende de factores como el ingreso, los costos de atención, el estado de salud y la gravedad percibida del problema de salud^(32,33). Con respecto a la salud mental, muchas de las personas que sufren alguna alteración no le dan mucha importancia, excepto que los síntomas sean muy preponderantes o su red social advierta su gravedad.

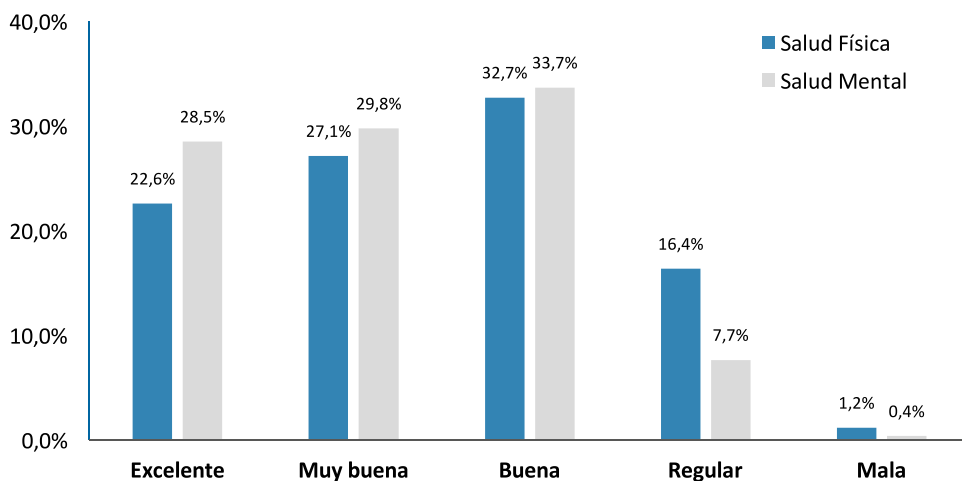
>>>>>> Resultados

Todo lo anterior puede ayudar a explicar los resultados de este estudio con respecto a los servicios de salud por los que se indaga. Se presentan a continuación los resultados de la percepción de salud de los Medellínenses, la utilización de servicios y los profesionales a los que acuden, información que se compara con lo encontrando en el estudio del periodo 2011- 2012.

Percepción de salud

La percepción de salud física de los habitantes de la ciudad de Medellín en general es: buena (32,7%), muy buena (27,1%), excelente (22,6%). Un 16,4% la considera regular y 1,2% mala.

La salud mental en general la consideran mejor que la salud física (33,7% buena; 29,8% muy buena y 28,5% excelente).



» **Figura 1.** Percepción de salud física y mental.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Al comparar los resultados de percepción de la salud mental de los medellinenses con el estudio del 2011-2012, se encuentra que en general la apreciación de salud mental se mantiene.

Tabla 1. Percepción salud mental 2011–2012 Vs 2019.

Estudio de Salud Mental – Medellín 2019

Categoría	2011– 2012	2019
Excelente	34,2%	28.5%
Muy buena	30.1%	29.8%
Buena	28.6%	33.7%
Regular	6.7%	7.7%
Mala	0.3%	0.4%

Utilización de servicios de salud

Con respecto a la utilización de los servicios de apoyo por parte de las personas que tienen problemas de salud mental, la consulta con un profesional es la más frecuente con el 26,7%, siendo más utilizada por las mujeres. Le sigue la atención médica en la cual son recetados medicamentos con un 9,1%, dentro de este porcentaje también son las mujeres quienes más consultan (11,0% vs. 7,1%).

» **Tabla 2.** Utilización de servicios de apoyo por problemas de salud mental según sexo. Año 2011 – 2012.

Estudio de Salud Mental – Medellín 2019

	Masculino	Femenino	Total
Consulta psicológica / Profesional de salud	22,9%	30,4%	26,7%
Receta de medicamentos	7,1%	11,0%	9,1%
Hospitalización	2,4%	1,8%	2,1%
Grupo de autoayuda	1,3%	1,5%	1,4%
Grupo de apoyo por internet	0,4%	0,5%	0,5%
Línea telefónica de intervención	0,3%	0,3%	0,3%

Las hospitalizaciones por problemas de salud mental son más frecuentes en hombres (2,4%) con respecto a las mujeres (1,8%). Llama la atención la búsqueda de grupos de autoayuda por parte de la población, cifra que alcanza un 1,4%, siendo más las mujeres que acuden a este servicio comunitario.

Comparados los resultados de este estudio con los del periodo 2011- 2012, los servicios de apoyo más buscados por las personas con algún problema de salud mental, fueron mayores en lo que respecta a la consulta psicológica/profesional de salud y recetado de medicamentos; la hospitalización, la utilización de grupos de autoayuda, las líneas telefónicas y el uso de grupos de apoyo por internet permanecieron más o menos igual.

» **Tabla 3.** Utilización de servicios de apoyo por problemas de salud mental según sexo. Año 2019

Estudio de Salud Mental – Medellín 2011 – 2012

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

Servicios profesionales

En cuanto al uso de servicios profesionales el psicólogo (a), el psiquiatra y el médico general son los más consultados (65,4%; 7,1% y 6,4% respectivamente). Los religiosos ocupan también un lugar importante alcanzando el 2,0%, y los orientadores un 1,0%.

En el estudio del periodo 2011-2012, los servicios profesionales más utilizados fueron los psicólogos y los médicos generales (56,0% y 15,3% respectivamente). Los psiquiatras el 7,4%, los consejeros/religiosos 2,4% y los orientadores 1,0%. Según estos datos aumentó la utilización de los servicios de psicólogo, disminuyó los del médico general y se mantiene igual el de los psiquiatras.

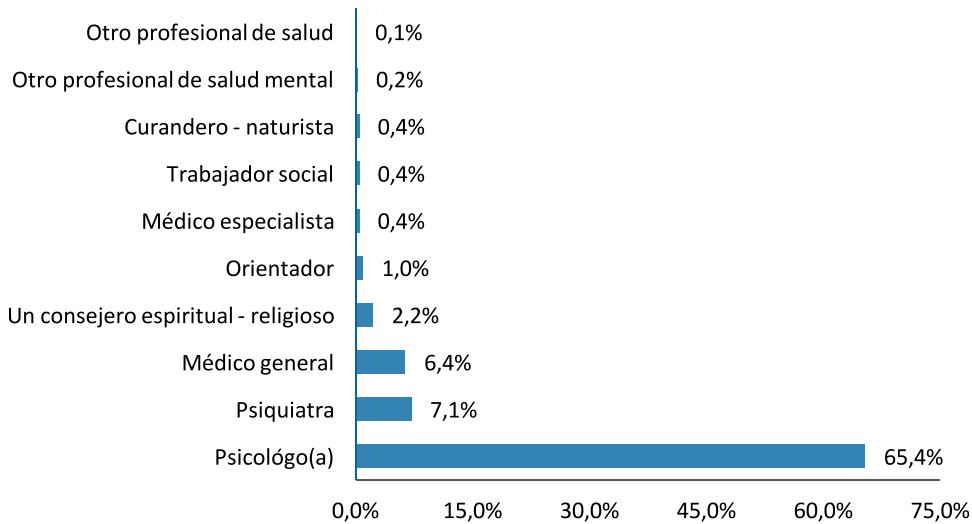


Figura 2. Servicios profesionales utilizados en la vida.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

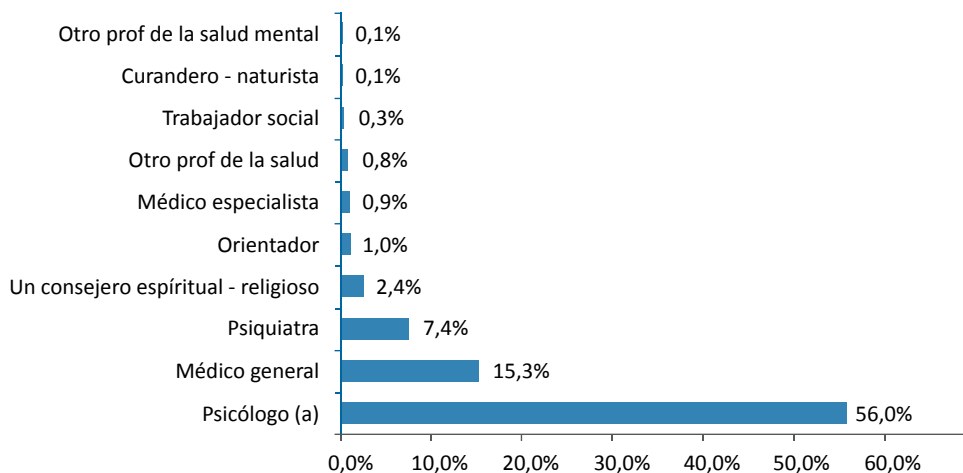


Figura 3. Servicios profesionales utilizados en la vida.

Estudio de salud mental – Medellín 2011 – 2012

>>>>>> Referencias

1. Procuraduría General de la Nación. El derecho a la salud: en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en salud. Bogotá: Procuraduría General de la Nación; 2008.
2. Constitución política de Colombia 1991. Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991.
3. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo; 2007.
4. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208-20.
5. Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res.* 1983;18(1):49-74.
6. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1-10.
7. Cromley EK, McLafferty SL. GIS and public health. 2. ed. New York, NY: The Guilford Press. 2012. 503 p.
8. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med Res Methodol.* 2006 Jul 26;6(6):35.
9. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. [Health care access barriers and facilitators: a qualitative systematic review]. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health.* 2013 Mar;33(3):223-9.
10. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Pública.* 2010 Oct;12(5):701-12.
11. Bello AH, Romero RV. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada. *Rev Gerenc Políticas Salud.* 2003;2(5):78-106.
12. Mogollón Pérez AS, Vázquez Navarrete ML. Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud. *Rev Gerenc Políticas Salud.* 2006;5(11)
13. Mogollón Pérez AS, Vázquez Navarrete M^a L, García Gil M^a del M. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev Esp Salud Pública.* 2003 Abr;77(2):257-66.

14. Hernández Bello A, Gutiérrez Bonilla ML. Vulnerabilidad y exclusión: Condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá-Colombia, 2005. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2008;7(14):145-76.
15. Aristizábal Gómez KV. Falencias en la protección del derecho a la salud: una mirada a la población desplazada. *Justicia Juris*. 2012;8(2):120-9.
16. Demand and access to mental health services: a qualitative formative study in Nepal . *BMC International Health and Human Rights*. Full Text [Internet]. 2014 [citado 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-14-22>
17. Organization World Health. The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope [Internet]. World Health Organization; 2001 [citado 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
18. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006 Nov;3(11):e442.
19. Merrick J, Merrick E. Equal Treatment: Closing the Gap. A Formal Investigation into Physical Health Inequalities Experienced by People with Learning Disabilities and/or Mental Health Problems. *J Policy Pract Intellect Disabil*. 2007 Mar;4(1):73-83.
20. Rice DP, United States. The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 [Internet]. Rockville, MD? U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; 1990 [citado 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://catalog.hathitrust.org/Record/003197292>
21. Chisholm D, Lund C, Saxena S. Cost of scaling up mental healthcare in low- and middle-income countries. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2007 Dic;(191):528-35.
22. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004 Nov;82(11):858-66.
23. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency - The Lancet [Internet]. 2007 [citado 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61239-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61239-2/fulltext)
24. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes . WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.

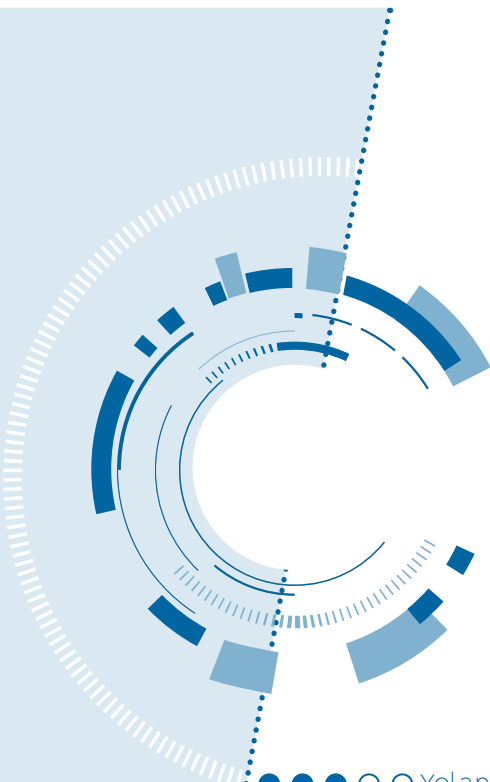
25. A framework for mental health policy, legislation and service development: Addressing needs and improving services. Request PDF [Internet]. ResearchGate. 2005 [citado 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/291062694_A_framework_for_mental_health_policy_legislation_and_service_development_Addressing_needs_and_improving_services
26. Céspedes JE, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C, et al. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. *Rev Salud Pública*. 2000 Ago;2(2):145-64.
27. Restrepo Zea JH, Zambrano A, Velez M, Ramirez-Gomez M. Health Insurance as a Strategy for Access: Streamlined Facts of the Colombian Health Care Reform [Internet]. Rochester, NY: Social Science Research Network; 2007 Mar [citado 3 de diciembre de 2019]. Report No.: ID 1541943. Disponible en: <https://papers.ssrn.com/abstract=1541943>
28. Guarnizo-Herreño CC, Agudelo C. Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2008 Dic;(10):44-57.
29. Zambrano A, Ramírez M, Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. ¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia? *Cad Saúde Pública*. 2008 Ene;(24):122-30.
30. Vargas J J, Molina Marín G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Fac Nac Salud Pública El Escen Para Salud Pública Desde Cienc*. 2009;27(2):121-30.
31. Reyna YC. Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012). Documento de trabajo sobre economía regional. [Internet]. 2014 [citado 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.banrep.gov.co/es/dtser-200>
32. Musgrove P. Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina. *Cuad Econ*. 1985;22(66):293-305.
33. Gallego JM. Demanda por seguro de salud y uso de servicios médicos en Colombia: diferencias entre trabajadores dependientes e independientes. *Lect Econ*. 2008 Nov 11;68(68):95-120.



6. Trastornos del estado de ánimo

●●●○○ Yolanda Torres de Galvis





6. Trastornos del estado de ánimo

● ● ● ○ ○ Yolanda Torres de Galvis

Los trastornos mentales corresponden al 35% de los años de buena salud perdidos por discapacidad, sólo la depresión representa cerca del 12% del total, seguida por los trastornos de ansiedad.

Más de 300 millones de personas sufren de depresión en el mundo, se considera que esta se incrementa por la pobreza, el desempleo, los eventos vitales como la muerte de un ser querido, el consumo de alcohol y otras sustancias.

>>>>>> Introducción

Los trastornos por depresión y ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, trastorno que es la principal causa de discapacidad. En el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 de la OMS, se estimó

El estudio, publicado en *The Lancet Psychiatry*, aporta argumentos sólidos para aumentar las inversiones en servicios de salud mental en todos los países, independientemente de su nivel de ingresos.

“Sabíamos que el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene sentido desde el punto de vista de la salud y el bienestar, pero este nuevo estudio confirma que también lo tiene desde una perspectiva económica”, dijo la Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS). “Tenemos que encontrar formas de asegurarnos de que el acceso a los servicios de salud mental se convierta en una realidad para todos los hombres, mujeres y niños, vivan donde vivan”⁽²⁾.

El nuevo estudio calcula los costos y los resultados sanitarios en 36 países de ingresos bajos, medios y altos durante los 15 años que van desde el 2016 hasta el 2030. Los costos estimados de la ampliación de los tratamientos, principalmente el asesoramiento psicosocial y los medicamentos antidepresivos, se elevan a US\$ 147 000 millones. Sin embargo, los beneficios superan ampliamente los costos. Se calcula que el mejoramiento de la participación y la productividad laboral en un 5%, supone un beneficio de US\$ 399 000 millones, y la mejoría de la salud otros US\$ 310000 millones.

Pese a lo anterior, las inversiones actuales en servicios de salud mental son muy inferiores a lo necesario. Según la encuesta para el Atlas de Salud Mental de la OMS 2014, los gobiernos gastan por término medio un 3% de sus presupuestos sanitarios en salud mental, cifra que oscila entre menos de un 1% en los países de ingresos bajos, y un 5% en los de ingresos altos.

En un estudio realizado por Moussavi et al., en 245.404 personas de 18 años y más, en sesenta países en todas las regiones del mundo, aplicando como criterios diagnósticos la CIE-10, se encontró que la depresión tiene mayor impacto en quienes la padecen, que el impacto que presentan enfermedades crónicas como la angina, la diabetes, la artritis o el asma. Un promedio entre el 9,3% y el 23,0% de las personas con una o más enfermedades físicas crónicas presentaron comorbilidad

con depresión, lo cual fue significativamente mayor que la probabilidad de tener depresión en ausencia de enfermedad física crónica. Después de ajustar por variables socioeconómicas y condiciones de salud, las personas con comorbilidad por depresión y una o más enfermedades crónicas presentaron los peores resultados de salud⁽³⁾.

Lo anterior concuerda con los valiosos resultados basados en la investigación sobre la asociación entre los trastornos mentales y la aparición de enfermedades crónicas, se utilizó la información de la encuesta mundial de Salud Mental en la que se incluyen dos de los estudios de Colombia, la cual aplicó el CIDI, Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta y evaluó la prevalencia de los 12 meses anteriores de 16 trastornos mentales, incluidos los de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos por consumo de sustancias (abuso y dependencia del alcohol; dependencia y abuso de drogas) y trastornos del control de los impulsos.

A partir de los hallazgos sobre la prevalencia de estos trastornos, se estimó la asociación por medio del cálculo de las Razones de Disparidad, las cuales, después de ser ajustadas por variables de confusión, mostraron asociación entre los trastornos del ánimo y comportamiento dosis respuesta para diabetes, dolor crónico, artritis, enfermedades del corazón, asma, enfermedad pulmonar crónica, cáncer e hipertensión. Estos hallazgos demuestran la importancia de los trastornos mentales y su impacto en los posibles efectos y costos de la atención médica de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Está confirmado que los trastornos mentales de todo tipo están asociados con mayor riesgo de aparición de una amplia gama de condiciones físicas crónicas. Se recomienda que en las intervenciones dirigidas a la prevención primaria de las enfermedades físicas crónicas, se debe integrar de manera óptima el tratamiento de los trastornos mentales⁽⁴⁾.

Como complemento, el mundo de las finanzas y de la salud se reunieron para examinar la relación entre el hecho de que “Pese a que en el mundo hay cientos de millones de personas con trastornos mentales, la salud mental haya permanecido en la sombra”, según dijo

Jim Yong Kim, Presidente del Grupo del Banco Mundial, hoy "No se trata de una cuestión únicamente de salud pública, sino también de desarrollo. Tenemos que actuar ya, porque la pérdida de productividad es algo que afecta la economía mundial y no se puede permitir"⁽²⁾.

"La salud mental tiene que ser una prioridad mundial en el ámbito del desarrollo y de las actividades humanitarias, y una prioridad en todos los países", dijo Arthur Kleinman, Profesor de Antropología Médica y Psiquiatría en la Universidad de Harvard, y experto en salud mental mundial. "Tenemos que proporcionar tratamiento a quienes más lo necesitan, y hacerlo en las comunidades donde viven. Mientras no lo hagamos, las enfermedades mentales seguirán eclipsando el potencial de las personas y las economías"⁽²⁾.

Por otro lado, la expansión de los servicios de salud mental contribuirá a lograr una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015 "De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar"⁽²⁾.

Definición del trastorno depresivo

Según la APA, Asociación Americana de Psiquiatría, la depresión (trastorno depresivo mayor) es una enfermedad médica grave y común que afecta negativamente cómo se siente, cómo se piensa y cómo se actúa. Afortunadamente, también es tratable. La depresión provoca sentimientos de tristeza y/o pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba. Conduce a una variedad de problemas emocionales y físicos que puede disminuir la capacidad de una persona para funcionar en el trabajo y en el hogar.

Los síntomas de depresión pueden variar de leves a severos y pueden incluir:

- Sentirse triste o deprimido.
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba.

- **Ambientales:** la exposición continua a la violencia, el abandono durante la infancia, el abuso o la pobreza puede hacer que algunas personas sean más vulnerables a la depresión.

La depresión es uno de los trastornos mentales más tratables. Entre el 80% y el 90% de las personas con depresión, finalmente responden bien al tratamiento y casi todos los pacientes obtienen cierto alivio de sus síntomas.

Tendencia de la depresión

Según la OMS, los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Desde 1990 el número de personas con depresión o ansiedad se ha incrementado aceleradamente en cerca de un 50%, han pasado de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectada, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas.

La depresión afecta a uno de cada quince adultos (6,7%) cada año. Y una de cada seis personas (16,6%) la experimentará en algún momento de su vida. La depresión puede atacar en cualquier momento, pero en promedio, aparece por primera vez entre finales de la adolescencia y mediados de los veinte años. Las mujeres son más propensas que los hombres a experimentar depresión. Algunos estudios muestran que un tercio de las mujeres experimentarán un episodio depresivo mayor en su vida.

En el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 de la OMS, se estimó que la probabilidad de muerte prematura en los que presentan depresión mayor o esquizofrenia, es del 40% al 60% mayor que en la población general.

Depresión en niños y adolescentes

La Asociación Americana de Psicología, recomienda dar prioridad a la depresión como un trastorno común de la adolescencia. A menudo,

Los hombres que manifiestan tener problemas en el trabajo o con su rendimiento, presentan una mayor tendencia a irritarse o enojarse. Estas emociones no son parte de un diagnóstico clásico de depresión, por lo que muchos médicos pasan por alto las señales de advertencia.

En nuestra cultura a los hombres se les ha educado para ser enérgicos, impetuosos, fuertes y con pleno control de las emociones. Sin embargo, es muy frecuente que los hombres también se sientan profundamente tristes y hasta impotentes frente a una pérdida, una frustración o una situación estresante.

Motivos de depresión en el sexo masculino

- **Genéticos:** los hombres con antecedentes de la enfermedad en la familia tienen mayor riesgo de desarrollarla.
- **Ambientales:** el estrés que pueden generar los problemas laborales, económicos, familiares, amorosos, pueden favorecer la depresión.
- **Causas médicas:** la depresión puede presentarse conjuntamente con algunas enfermedades como el cáncer, las enfermedades cardíacas, la diabetes o la enfermedad de Parkinson.
- En algunos casos la medicación para el tratamiento de las mencionadas patologías puede tener efectos secundarios asociados.

Síntomas más frecuentes de depresión en personas del sexo masculino

- Irritabilidad, ira, enojo.
- Ansiedad.
- Desinterés por las responsabilidades y actividades que anteriormente le producían placer.
- Falta de deseo sexual.
- Tristeza o desesperanza.

- Problemas de concentración.
- Fatiga, trastornos del sueño (exceso de sueño o insomnio).
- Inapetencia o deseo de comer de forma compulsiva.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Aislamiento de familiares y amigos.
- Participación en eventos de riesgo.
- Pensamientos suicidas y en casos extremos intentos de suicidio.
- Malestar físico que puede incluir dolor de cabeza o problemas digestivos.

Algunas diferencias sobre cómo afecta la depresión a hombres y mujeres

- Las mujeres no tienen dificultad para expresar sus miedos, dudas, debilidades, mientras a ellos les resulta muy difícil.
- Los hombres ante situaciones de vulnerabilidad como una depresión, suelen volverse agresivos y atacar, mientras las mujeres se retraen, se tornan más apáticas.
- Ellas se culpan a sí mismas, en tanto ellos culpan a los demás.
- A los hombres les cuesta mucho pedir ayuda cuando se dan cuenta que están deprimidos. Ellas en cambio, buscan ayuda con más frecuencia.
- Al ser los hombres más reticentes para admitir su depresión, el diagnóstico suele ser más difícil.
- Las tasas de suicidio son mucho más altas en la población masculina. Lo que alerta sobre la importancia de un diagnóstico oportuno en casos de depresión, estrechamente ligados a las conductas suicidas.

Factores de riesgo para la depresión

Dentro de los factores de riesgo más importantes, se encuentran los siguientes⁽⁵⁾:

- Genéticos: la herencia se ha estimado entre 17 y 75%, con una media de 37%.
- Experiencias en la niñez: la pérdida o alcoholismo de un padre, rasgos antisociales en estos, la carencia de cuidado parental, y el abuso sexual en la niñez son factores de riesgo de gran importancia. Las desventajas de la niñez se suman y confieren un mayor riesgo que un solo factor. Una inteligencia alta y buena relación con un adulto se convierten en un factor protector.
- Rasgos de personalidad: rasgos impulsivos, obsesivos y alto neuroticismo han sido asociados con mayor riesgo.
- Circunstancias sociales: en los hombres la depresión se ha asociado con separación y divorcio.
- Mujeres con tres o más niños menores de 11 años, desempleadas y sin relaciones interpersonales de confianza tienen un riesgo mayor de depresión.
- Eventos adversos de la vida, especialmente las pérdidas afectivas tempranas, incrementan el riesgo entre los 2 y 3 meses siguientes en personas vulnerables.
- Enfermedad física: especialmente las enfermedades crónicas, graves o dolorosas. Las enfermedades neurológicas, el accidente cerebrovascular con epilepsia, tienen mayor prevalencia de depresión⁽⁶⁾.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico de depresión se basa en una buena historia psiquiátrica y examen físico. Se pueden aplicar algunas escalas o instrumentos como la Escala de Depresión de Hamilton, La Escala de Depresión de

al suicidio. Si es leve, se logra tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Los trastornos depresivos contribuyen a una mayor morbimortalidad cuando se asocian con otros problemas físicos, como el infarto agudo de miocardio. Además, el trastorno depresivo se asocia con mayor consumo de alcohol y sustancias, e influye negativamente en las relaciones interpersonales y familiares, y en la productividad a nivel laboral⁽¹⁰⁾.

La mayoría de los pacientes con problemas afectivos buscarán ayuda en el primer nivel de atención en salud, es por esto que los *médicos generales* deberán estar atentos y dispuestos a brindar intervenciones tempranas para prevenir mayor morbilidad y comorbilidades.

A pesar de la eficacia de las intervenciones farmacológicas para los problemas afectivos, persiste la resistencia a considerar los tratamientos farmacológicos como una opción para estos problemas tan comunes en la población general. Existe una falsa creencia de que los medicamentos empleados para los problemas afectivos causan adicción, lo cual contribuye de forma sustancial al estigma frente a buscar ayuda y recibir tratamiento. La falla en el tratamiento a menudo es explicada por la falta de adherencia de los pacientes.

Cerca de dos tercios de los pacientes pueden alcanzar criterios para otro trastorno psiquiátrico, por ejemplo, ansiedad, trastorno por uso de sustancias o trastornos de personalidad.

Comorbilidad

Diagnóstico diferencial, otros trastornos mentales pueden ser confundidos con la depresión. A continuación, se mencionan algunos:

- **Distimia**, es una depresión crónica; el trastorno afectivo bipolar en fase depresiva; el trastorno de estrés postraumático; el trastorno obsesivo compulsivo; y el trastorno de pánico. Algunas enfermedades neurológicas como demencia de Parkinson, epilepsia, tumores o trauma cerebral.

remisión de los síntomas. Esto ocurre hasta en un tercio de los casos, por ejemplo, ánimo bajo, alteraciones del sueño, síntomas físicos.

Existe buena evidencia que soporta el impacto significativo del uso de antidepresivos, reduciendo la longitud de los episodios, los síntomas residuales y la cronicidad, que puede disminuir a menos de 4%.

Mortalidad: La prevalencia de suicidio en personas con depresión grave es variable, pero **puede llegar al 13%, cifra 20 veces mayor que en la población general.** Existe una mayor frecuencia en aquellos con episodios depresivos que requieren hospitalización (12% a 19%)⁽¹¹⁾.

Factores pronósticos: El comienzo agudo, características endógenas (melancólicas), edad temprana de comienzo, son de buen pronóstico.

Mal pronóstico: Comienzo insidioso, depresión neurótica de inicio tardío, síntomas residuales, neuroticismo, baja autoestima, comorbilidad con alcohol, drogas, trastornos de personalidad o enfermedad física y pobre soporte social⁽¹²⁾.

Tratamiento: Un episodio depresivo leve o moderado se puede tratar exitosamente con terapia cognitivo conductual u otra terapia aplicada por un experto, sin necesidad de psicofármacos. Cuando los síntomas depresivos son de gravedad y hay riesgo suicida, es mejor el tratamiento que combina tratamiento con psicofármacos y psicoterapia⁽¹³⁾.

El tratamiento es efectivo del 65% al 75% de los pacientes. La mayoría de las guías de práctica clínica basadas en evidencia, proponen el uso de inhibidores de recaptura de serotonina como primera elección.

El tratamiento farmacológico se debe continuar entre seis meses y un año luego de la remisión de los síntomas depresivos. La discontinuación del medicamento debe ser gradual después de un tratamiento de por lo menos 4 a 6 meses⁽¹⁴⁾. La terapia electroconvulsiva puede ser considerada primera línea de tratamiento en pacientes con episodios graves, con significativa pérdida de peso, reducción del apetito y marcado retardo psicomotor⁽¹⁵⁾.

Distimia: Previamente fue considerada como un subtipo de trastorno de personalidad, es un trastorno caracterizado por síntomas depresivos crónicos de menor gravedad. Estos síntomas permanecen tanto tiempo con la persona que podría no reconocerlos.

Los síntomas típicamente deben durar más de dos años, con los mismos síntomas enumerados para la depresión mayor. La prevalencia de vida se sitúa en 3 a 5% de la población general. Comienza tempranamente, antes de los 20 años, pero también podría comenzar luego de los 50 años. Con una razón de 1,5 mujeres por cada hombre. El curso es menos grave, pero más crónico. El tratamiento sigue las mismas pautas que para la depresión mayor. Los inhibidores de recaptura de serotonina son los medicamentos de elección, así como la terapia cognitivo conductual⁽¹⁶⁾.

Trastorno bipolar

El trastorno afectivo bipolar, previamente denominado enfermedad maniaco depresiva, es uno de los trastornos mentales más graves y persistentes. Se ha asociado con creatividad y con el mundo artístico. Personas muy destacadas de la vida pública han tenido este trastorno, entre quienes se encuentran Jean-Claude Van Damme, Tim Burton, Francis Ford Coppola, Robert Downey Jr, Napoleón Bonaparte, Mozart, Isaac Newton, Santa Teresa, Edgar Allan Poe⁽¹⁷⁾.

Los síntomas pueden variar de un paciente a otro, e incluso, en el mismo paciente entre un episodio y otro. La variedad de presentaciones hace difícil el diagnóstico. De forma clásica, periodos prolongados de profunda depresión alternan con periodos de ánimo excesivamente elevado o irritable, lo cual se denomina manía. Los síntomas de manía, incluyen una disminución de la necesidad de dormir, presión del habla, aumento de la libido, aumento en la actividad motora sin percepción de cansancio y grandiosidad. En casos graves, se puede encontrar alteración del pensamiento con síntomas psicóticos.

En medio de estos, el paciente experimenta períodos de remisión sintomática y funcionamiento normal. Lo que se ha descrito es la

presentación clásica del trastorno bipolar, sin embargo, formas más leves de manía, denominadas hipomanía, pueden asociarse con episodios de depresión. Otra presentación es la ciclotimia, en la cual una persona puede experimentar oscilaciones altas y bajas del ánimo.

El trastorno bipolar ha sido descrito desde los tiempos antiguos. Hipócrates describió pacientes claramente identificados a la luz del conocimiento actual con manía y melancolía. Con la teoría de los humores, se creía que la melancolía era causada por exceso de “bilis negra” y la manía por exceso de “bilis amarilla”. En 1854, Jules Baillarger publicó un artículo en el que describía una forma de doble de locura, “la folie á doublé forme”, y posteriormente, Jean Pierre Falret describió la locura circular, “folie circulaire”. Luego, en 1899, Emil Kraepelin describió la locura maníaco-depresiva. En 1949, Johan Cade publicó un reporte del uso de las sales de litio en pacientes maníacos y abrió la puerta para la investigación de los mecanismos neurobiológicos del trastorno⁽¹⁸⁾.

Características clínicas maníacas: el episodio maníaco se caracteriza por un ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable durante por lo menos una semana o menos y se requiere hospitalización si se presentan tres o más de los siguientes síntomas⁽¹⁹⁾:

- Incremento de la energía (sobreactividad, presión del habla, fuga de ideas, menor necesidad de sueño).
- Incremento en la autoestima (optimismo desbordado, grandiosidad, menor inhibición social, intrusividad, hiperfamiliaridad, fantasioso).
- Menor atención, distraibilidad.
- Comportamientos de riesgo (al conducir, en lo económico, en lo sexual).
- Excitación, irritabilidad, agresividad, suspicacia.
- Disrupción laboral, social, escolar y familiar.

Hipomanía: Para el diagnóstico de un episodio de hipomanía se requiere que los síntomas duren por lo menos 4 días, según el DSM-IV, y el ánimo debe ser claramente diferente del normal, verificado por otros; sin embargo, no debe ser tan grave para interferir con las ocupaciones sociales, académicas y familiares, además no necesita hospitalización.

Los síntomas requeridos son tres o más de los siguientes: ánimo elevado, expansivo o irritable, incremento de la actividad, sentimientos de bienestar y eficiencia mental, mayor autoestima, sociabilidad, locuacidad, intrusividad, menor necesidad de dormir, menor nivel de atención, mayor deseo sexual.

Se ha hablado del espectro bipolar como un trastorno sub-sindrómico caracterizado por un episodio depresivo mayor, sin manía ni hipomanía, con algunas de las siguientes características: historia de trastorno bipolar en familiares de primer grado, hipomanía o manía inducida por antidepresivos, personalidad hipertímica, episodios depresivos recurrentes (>3), episodios depresivos breves (menores de 3 meses), depresión atípica, depresión psicótica, comienzo temprano de la depresión (<25 años), depresión postparto, no respuesta a tres tratamientos con antidepresivos⁽²⁰⁾.

Diagnóstico del trastorno bipolar I y II

Según el DSM-IV se requiere un único episodio maníaco o mixto, con o sin historia de episodios depresivos previos, para hacer el diagnóstico de un trastorno afectivo bipolar tipo I. Para hacer el diagnóstico de trastorno bipolar II se requiere uno o más episodios depresivos y por lo menos un episodio hipomaníaco.

Epidemiología: la prevalencia de vida del trastorno bipolar se ha descrito entre 0,3% y 1,5% (0,6% bipolar I y 0,6% bipolar II, 1,4% para síntomas sub-sindrómicos y 2,4% para trastornos del espectro bipolar). El trastorno bipolar I afecta por igual a hombres y mujeres, en tanto que el trastorno bipolar II se presenta más en mujeres. Se ha descrito que las mujeres con trastorno bipolar II pueden presentar un ciclado más rápido, así como los primeros episodios tienden a ser más

maníacos en hombres y más depresivos en mujeres. El pico de edad en el cual inician los síntomas se sitúa entre los 15 y 24 años^(21,22).

Morbilidad y mortalidad: la morbilidad y mortalidad son altas. Son frecuentes la pérdida de trabajo, la disminución de la productividad, los efectos sobre el matrimonio y la familia, así como los intentos de suicidio en un 25% a 50% de los pacientes, y de suicidio consumado en 10% de ellos, siendo más común en hombres que en mujeres y generalmente durante un episodio depresivo. Es frecuente la comorbilidad con trastornos de ansiedad y por uso de sustancias, lo cual también incrementa el riesgo de suicidio.

Pronóstico: dentro de los primeros dos años después de un primer episodio, del 40% al 50% de los pacientes experimentan otro episodio maníaco. El 7% de los pacientes pueden no tener recurrencia, 45% algunos episodios futuros y 40% recurrencias persistentes. A menudo el ciclado entre depresión y manía se acelera con la edad.

Etiología: a pesar de los grandes esfuerzos en materia de investigación frente al trastorno bipolar, su etiología permanece sin clara explicación. Existen múltiples factores asociados entre los cuales se encuentran:

Factores genéticos: los estudios familiares y de adopción han contribuido a comprender cómo los familiares en primer grado de personas con trastorno bipolar tienen un riesgo siete veces mayor de sufrir el trastorno, con un riesgo entre 10 y el 15%. Los hijos de un padre con trastorno bipolar tienen un chance de 50% de desarrollar un trastorno psiquiátrico no exclusivamente bipolar sino también esquizofrenia y esquizoafectivo. La concordancia en gemelos monocigóticos es del 33 al 90% y en dicigóticos de 23%. Los resultados de cuatro estudios de asociación genómica han candidatizado dos genes, el ANK3 (ankyrin G) y el CACNA1C (subunidad alfa 1C del canal de voltaje de calcio). Otros genes propuestos son el de fosfatidil inositol y el gen CLOCK (relacionado con el ritmo circadiano)⁽²¹⁾.

Neuroimagen: un análisis reciente de imágenes estructurales y funcionales del cerebro, encontró una menor materia gris y menor activación en áreas de regulación afectiva.

Factores bioquímicos: cada vez se tiene más evidencia de la importancia del glutamato en el trastorno bipolar y en la depresión. La hipótesis catecolaminérgica muestra un incremento en noradrenalina en la manía y una disminución en la depresión. Desregulación del calcio puede generar alteración en la transmisión glutamatérgica. También un desbalance del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal es de importancia en el trastorno bipolar.

Factores ambientales: los eventos estresantes, el embarazo y las pérdidas afectivas pueden favorecer una crisis o el inicio del trastorno bipolar.

Muerte celular programada: estudios en animales han mostrado que los antidepresivos, el litio y el valproato, indirectamente regulan factores envueltos en la supervivencia celular como el CREB, BDNF, Ccl-2 y MAP kinasas, lo cual se puede correlacionar con pérdida celular en regiones cerebrales como el córtex frontal y el hipocampo. Esto, según algunos investigadores, sugiere que en el trastorno bipolar puede ocurrir una muerte celular anormal en circuitos neuronales críticos, envueltos en regulación emocional⁽²⁴⁾.

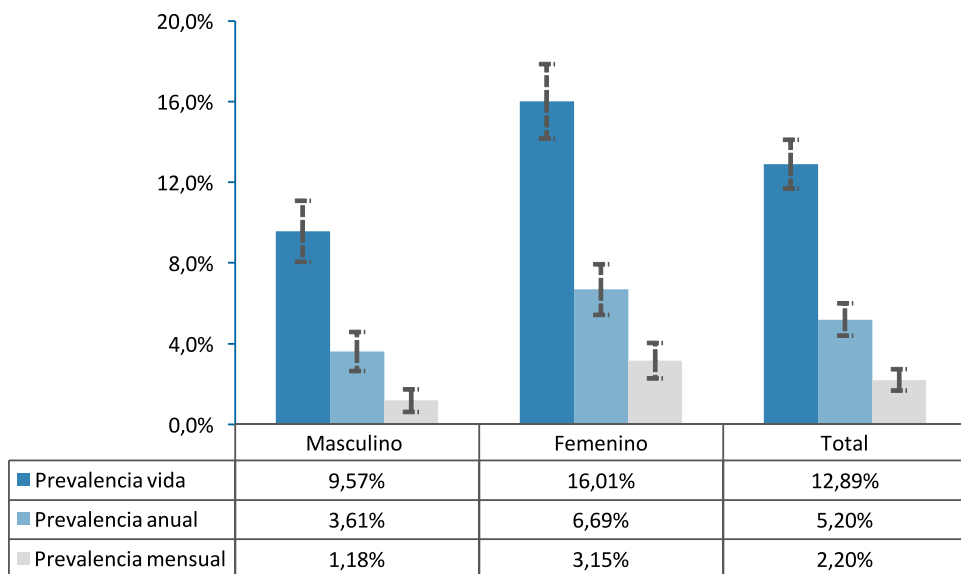
Kindling: esta palabra puede comprenderse como un aumento de la excitabilidad de las neuronas del sistema límbico, lo cual ocurriría en una persona con predisposición genética para trastorno bipolar y, luego de noxas neuronales (consumo de drogas, estrés crónico, entre otros), podría surgir la manía. Después de un primer episodio, el daño neuronal persistiría y, con menores estímulos estresores, podría llegar a una recaída sintomática.

Tratamiento: el tratamiento del trastorno bipolar se ha centrado en los estabilizadores del ánimo (litio, valproato) y, más recientemente, en los antipsicóticos atípicos (olanzapina, quetiapina, risperidona, entre otros). El tratamiento de los episodios depresivos usualmente es más difícil y se asocia con mayor riesgo suicida. Si bien la regla en el tratamiento es optimizar los medicamentos para la manía, en algunos casos se considera el uso de antidepresivos. La terapia electroconvulsiva es considerada una buena opción de tratamiento, principalmente en fase depresiva⁽²⁵⁾.

En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, la psicoeducación, si bien no reducen las recurrencias y las recaídas, sí ayuda al paciente y a la familia a comprender mejor el trastorno. La terapia cognitivo comportamental enseña habilidades cognitivas y comportamentales para afrontar mejor los estresores psicosociales y los problemas asociados, además de mejorar la adherencia al tratamiento y disminuir la gravedad de los síntomas. También puede ser de gran ayuda la terapia familiar^(26,27).

>>>>>> Resultados

Depresión mayor



>> **Figura 1.** Prevalencia del trastorno depresivo mayor por cien según sexo.

Estudio de Salud Mental- Medellín 2019

La prevalencia durante la vida se presentó en casi trece de cada cien personas, siendo mayor para el sexo femenino con una prevalencia de 16,01% versus 9,57% en el masculino. El

año anterior al estudio, cinco de cada cien personas presentaron el trastorno, con un predominio para el sexo femenino cuya prevalencia fue de 6,69%, frente a 3,61% para el masculino.

En forma general esta prevalencia es un indicador muy importante y concordante con la literatura, afecta más al sexo femenino.

La depresión mayor es uno de los trastornos con mayor impacto económico y la OMS lo considera como prioritario, y recuerda que su tratamiento es costo efectivo y cada vez se cuenta con mayor evidencia científica que sustenta nuevos tratamientos y su efectividad. .

» Tabla 1. Prevalencia para trastorno de depresión mayor según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

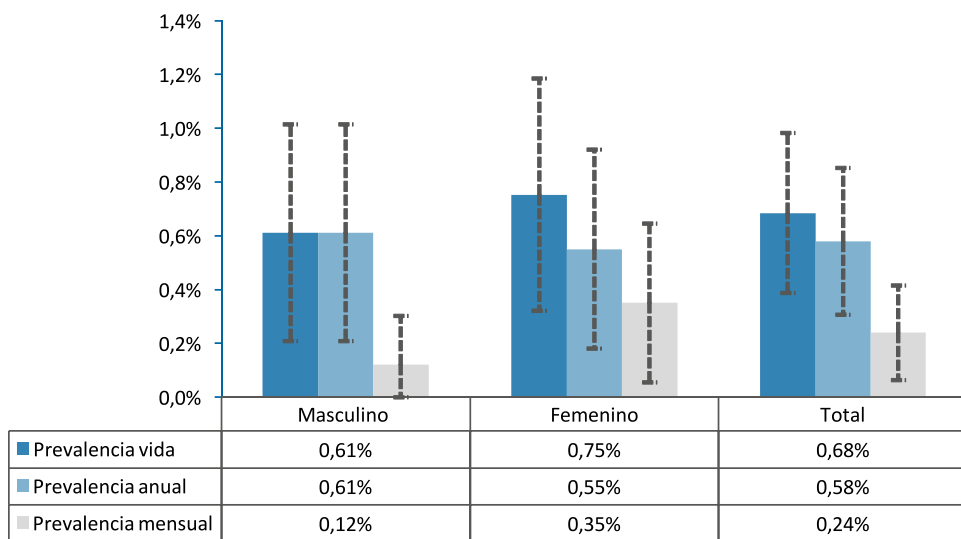
Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	8,0%	3,8%	1,5%
19 a 29 años	11,9%	6,5%	2,4%
30 a 44 años	15,0%	6,9%	3,5%
45 a 65 años	13,3%	3,6%	1,3%
Total	12,9%	5,2%	2,2%

En la tabla anterior se observan los indicadores para los cuatro grupos de edad analizados. Se identifica una mayor prevalencia de vida en el grupo de 30 a 44 años, con 15,0%, seguido por el grupo de 45 a 65 años, con 13,3%.

En los últimos 12 meses, la mayor prevalencia se encontró en los grupos de 30 a 44 años, con 6,9%, en el de 19 a 29 años, con 6,5%, y la menor proporción para el grupo de 45 a 65 años, que fue de 3,6%.

Trastorno distímico

La prevalencia anual para el trastorno distímico para el sexo femenino fue de 0,75%, para el masculino de 0,61%, y para el total de la población fue de 0,58.



» **Figura 2.** Indicadores de prevalencia para trastorno distímico por cien según sexo y razón hombre/mujer.

Estudio de Salud Mental–Medellín, 2019

A pesar de presentar una frecuencia baja, las personas ven altamente afectada su calidad de vida, en sus diferentes áreas, la social y la laboral son las más impactadas, recordando que presentan probabilidad de suicidio.

» **Tabla 2.** Prevalencia para trastorno distimia según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

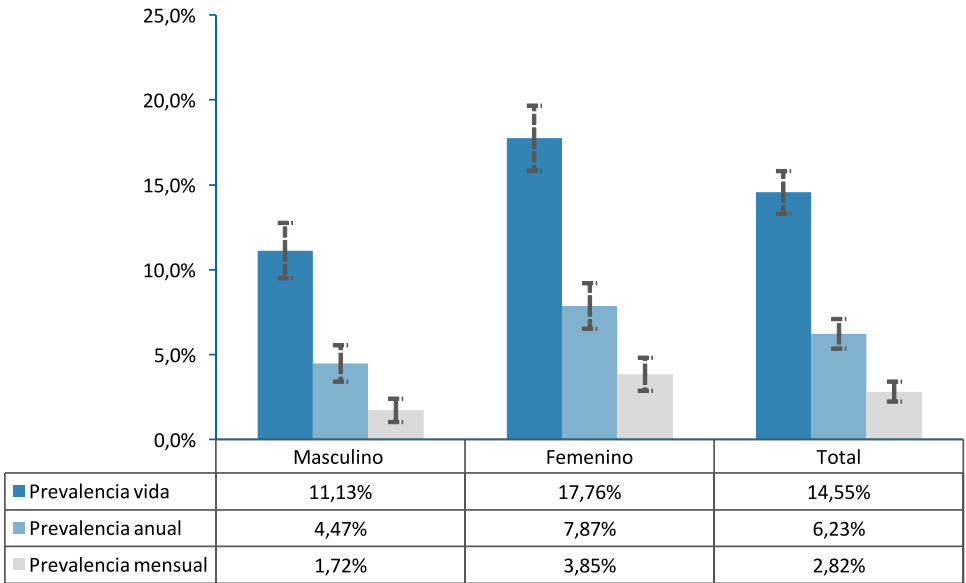
Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	0,5%	0,5%	0,3%
19 a 29 años	0,5%	0,3%	0,0%
30 a 44 años	0,9%	0,6%	0,4%
45 a 65 años	0,7%	0,7%	0,3%
Total	0,7%	0,6%	0,2%

Tabla 3. Prevalencia para trastorno bipolar I, II según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	3,2%	2,9%	1,5%
19 a 29 años	1,6%	0,6%	0,3%
30 a 44 años	1,7%	1,4%	1,2%
45 a 65 años	1,1%	0,4%	0,1%
Total	1,6%	1,0%	0,6%

Cualquier trastorno del estado de ánimo



» **Figura 4.** Prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Cerca del 15% de la población estudiada presentó cualquiera de los trastornos del ánimo durante la vida, y más de seis de cada cien personas los presentaron durante el año anterior al estudio.

Su alta frecuencia los presenta como prioridad y con necesidad de ofrecer programas “masivos” desde la atención primaria.

» **Tabla 4.** Prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

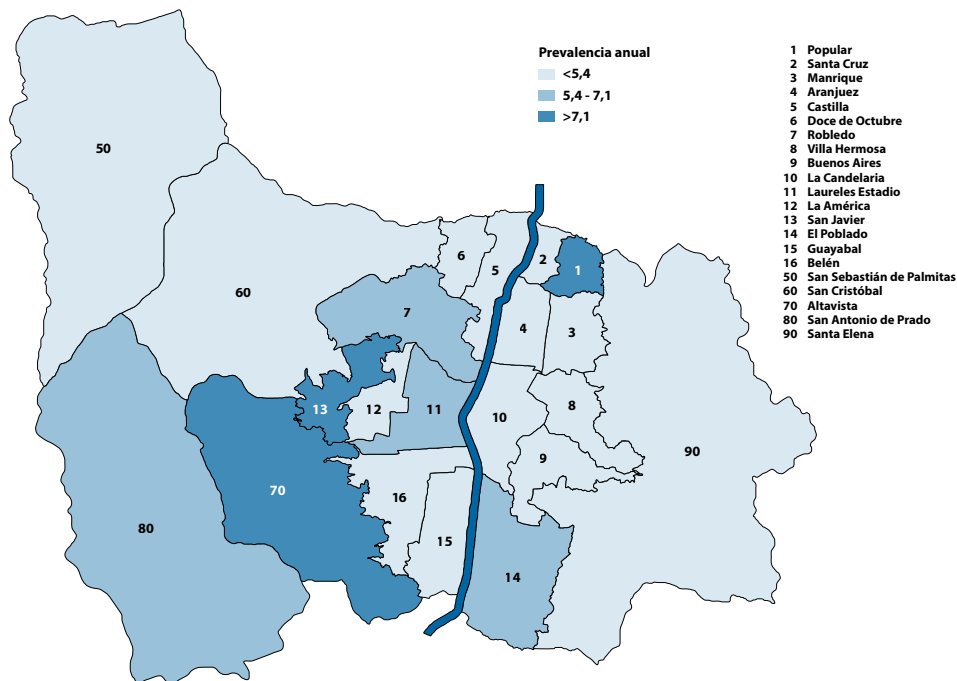
Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	11,3%	6,6%	2,9%
19 a 29 años	13,5%	7,1%	2,7%
30 a 44 años	16,7%	8,2%	4,7%
45 a 65 años	14,5%	4,0%	1,4%
Total	14,6%	6,2%	2,8%

Por grupo de edad, en forma concordante con la información encontrada anteriormente, el de 30 a 44 años presentó las prevalencias más altas para los dos indicadores. La prevalencia anual y de vida para cualquier trastorno del ánimo presentó tendencia dosis -respuesta: a mayor edad mayor frecuencia, disminuyendo nuevamente a partir de los 45 años.

Las tres comunas con mayor frecuencia para cualquier trastorno del ánimo fueron: San Javier, Popular y el corregimiento de Altavista. Por otro lado, se presentó una prevalencia entre 5,4% y 7,1% para San Antonio de Prado, el Poblado, Laureles y Robledo.

Al compararlo con el comportamiento presentado en el primer estudio de salud mental de Medellín, 2012, se presentaron cambios para varias comunas, entre ellas la comuna 14 el Poblado, que pasó de riesgo bajo a riesgo medio.

Según los resultados del presente estudio, la prevalencia de depresión durante la vida se presentó en casi trece personas por cada cien, siendo mayor para el sexo femenino, con una prevalencia de 16,01% versus 9,37%.



» Mapa 1. Prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo en el último año según lugar de residencia.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

En el año anterior al estudio, cinco de cada diez personas presentaron el trastorno, con un predominio para el sexo femenino con una prevalencia de 6,69%, frente al 3,61% del género masculino. Durante los últimos 12 meses, la mayor prevalencia se encontró en los grupos de edad productiva de 30 a 44 años y en el de 19 a 29 años.

Para concluir, recordemos algunos datos presentados al introducir el capítulo. Los trastornos mentales corresponden al 35% de los años de buena salud perdidos por discapacidad, y sólo la depresión representa cerca del 12% del total.

La depresión se comporta como la primera causa de carga de morbilidad entre los jóvenes y es un factor asociado al suicidio

9. Cassiani-Miranda CA V-HM, Pérez-Aníbal E H-BM, Hernández-Carrillo M. Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica*. 2017;(37):112-20.
10. Kessler RC MK, Wang PS. Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;(3):137-58.
11. Coshal S SJ, Matorin AA SA. Evaluation of depression and suicidal patients in the emergency room. *Psychiatry Clin North Am*. 2017;(40):363-337.
12. Markkula N SJ. Prevalence, risk factors and prognosis of depressive disorders. *Duodecim*. 2017;(133):275-82.
13. Cunningham JEA SC. Cognitive Behavioral therapy for Insomnia (CB-I) to treat depression: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2018;(1):10-6.
14. Valerio MPSA, Martino DJ. A quantitative review on outcome to antidepressants in melancholic unipolar depression. *Psychiatry res*. 2018;(265):100-10.
15. Gbysl K VP. Electroconvulsive therapy increases brain volume in major depression: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2018; 138 (3): 180-195.
16. MacQueen G SP, Keshavarz H, Jaworska N LM, Beyene J RP. Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Failed Antidepressant Treatment Response in Major Depressive Disorder, Dysthymia, and Subthreshold Depression in Adults. *Can J Psychiatry*. 2017;(62):11-23.
17. Semple David SR. Bipolar Disorder. In: *Oxford Handbook of Psychiatry*. Third edition. Oxford Handbook of Psychiatry; 2013.
18. Angst J SR. Historical Perspectives and natural of bipolar disorder. *Natural History. Biol Psychiatry*. 2000;(48):445-57.
19. Grande I BM, Birmaher B VE. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016;(387):1561-72.
20. Ghaemi SN KJ, Goodwin FK. Cade's disease and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition fo bipolar spectrum disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2002;(47):125-34.
21. Nivoli AMA PI, Rosa AR. Gender differences in a cohort sutdy of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *J Affect Disord*. 2011;(68):241-51.
22. Merikangas KR JR, He JP. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;(68):241-51.



7. Trastornos de ansiedad

● ● ● ○ ○ Carolina Salas Zapata





7. Trastornos de ansiedad

● ● ● ○ ○ Carolina Salas Zapata

>>>>> Antecedentes

La ansiedad es una emoción normal que todos los seres humanos han experimentado, pero que no resulta sencillo definir. Desde el punto de vista evolutivo, promueve la adaptación y la supervivencia al movilizar a la persona a estar más consciente frente a su entorno. Desde el siglo XX, la ansiedad ha hecho parte de las clasificaciones psiquiátricas, con un espectro desde la ansiedad normal o adaptativa, hasta la ansiedad patológica que supera la capacidad adaptativa de la persona, provocando malestar significativo con síntomas físicos, psicológicos y conductuales⁽¹⁾.

tercio de los individuos con trastornos de ansiedad reciben tratamiento, con la excepción de los Estados Unidos, donde las tasas de tratamiento son considerablemente más altas⁽⁵⁾.

Relación entre ansiedad y estrés

El término estrés deriva de la palabra inglesa *stress* que significa carga y *strain* tensión o esfuerzo. Hans Seyle tomó la palabra *stress*, para describir la respuesta fisiológica de un organismo que intenta contrarrestar o prevenir las amenazas y lograr la homeostasis, sin embargo, bajo esta perspectiva hubiese sido más correcto usar la palabra *strain*. En el estrés se necesita un “estresor”, esto es una demanda o una potencial amenaza, en tanto que en la ansiedad no es necesario el estresor⁽⁶⁾.

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes en la población general⁽⁷⁾. Estos trastornos están fuertemente influenciados por factores étnicos, raciales y culturales⁽⁸⁾.

Clínica

Los trastornos de ansiedad son un grupo de entidades nosológicas caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión física-mental y activación autonómica que produce malestar notable, con deterioro en la calidad de vida y la salud física y mental del individuo. Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados factores biológicos, psicológicos y sociales. Los tratamientos actuales son exitosos en una alta proporción de casos e incluyen psicofármacos y psicoterapia.

La Clasificación del grupo de trastornos de ansiedad según el DSM IV-TR⁽⁹⁾ incluye los siguientes trastornos:

Trastorno de ansiedad generalizada⁽¹⁰⁾

La ansiedad, en ocasiones, es parte normal de la vida. Todos los seres humanos se preocupan por cosas como los problemas de salud, dinero o familiares. Sin embargo, las personas con trastorno de

ansiedad generalizada se preocupan extremadamente o se sienten muy nerviosas por estas y muchas otras cosas, incluso cuando hay poca o ninguna razón para preocuparse. No les es fácil a las personas con el trastorno de ansiedad generalizada controlar su ansiedad y mantenerse concentradas en las actividades diarias.

Signos y síntomas

El trastorno de ansiedad generalizada se desarrolla lentamente, y suele comenzar durante la adolescencia o la adultez temprana. Las personas con este trastorno pueden:

- Preocuparse demasiado por las cosas cotidianas.
- Tener problemas para controlar sus preocupaciones o sentimientos de nerviosismo.
- Ser conscientes de que se preocupan mucho más de lo que deberían.
- Sentirse inquietas o tener dificultad para relajarse.
- Tener problemas para concentrarse.
- Sorprenderse fácilmente.
- Tener problemas para dormir o para permanecer dormidas.
- Sentirse cansadas todo el tiempo.
- Tener dolores de cabeza, musculares, del estómago o molestias inexplicables.
- Tener dificultad para tragar.
- Tener temblores o tics (movimientos nerviosos).
- Sentirse irritables o nerviosas.
- Sudar mucho, sentirse mareadas o que les falta el aire.
- Necesitar ir al baño a menudo.
- Los niños y los adolescentes con el trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan excesivamente sobre:

- Su rendimiento, como en la escuela o en los deportes.
- Catástrofes, como terremotos o guerras.
- Los adultos con este trastorno a menudo son sumamente nerviosos sobre situaciones diarias como:
 - Seguridad laboral o el rendimiento en el trabajo.
 - Salud.
 - Finanzas.
 - Salud y bienestar de sus hijos.
 - Atrasarse en las tareas.
 - Completar las tareas del hogar y cumplir con otras responsabilidades.

Tanto los niños como los adultos con el trastorno de ansiedad generalizada, pueden experimentar síntomas físicos que dificultan su funcionamiento y que interfieren con la vida diaria.

Causas

A veces el trastorno de ansiedad generalizada es hereditario, pero nadie sabe con seguridad por qué algunas personas lo tienen y otras no. Los investigadores han descubierto que hay varias partes del cerebro, así como procesos biológicos, que desempeñan un papel clave en el miedo y la ansiedad.

Trastorno de pánico⁽¹¹⁾

Las personas con este trastorno tienen ataques repentinos y repetidos de miedo que duran varios minutos o más. Estos se conocen como ataques de pánico, los cuales se caracterizan por temor a los desastres o miedo a perder el control, incluso cuando no hay un peligro real. Es posible que el afectado se sienta como si fuera a tener un ataque al corazón. Los ataques de pánico pueden ocurrir en cualquier momento. Muchas personas con trastorno de pánico se preocupan y temen la posibilidad de que el episodio se repita. Es posible que una persona que tiene este trastorno pueda desanimarse o avergonzarse

porque no puede llevar a cabo rutinas normales como ir a la escuela o trabajar, ir a la tienda o conducir.

Este trastorno de pánico con frecuencia comienza a finales de la adolescencia o a principios de la edad adulta y hay más mujeres que hombres que lo presentan. Sin embargo, no todo el que tiene ataques de pánico tendrá el trastorno de pánico.

Causas

A veces se da en las familias, pero no se sabe con certeza por qué algunos miembros lo tienen y otros no. Los investigadores han descubierto que hay algunas partes del cerebro y ciertos procesos biológicos, que juegan un papel clave en el miedo y la ansiedad. Algunos investigadores piensan que las personas con trastorno de pánico malinterpretan sensaciones corporales inofensivas como amenazas.

Señales y síntomas

Las personas con trastorno de pánico pueden tener:

- Ataques repentinos y repetidos de pánico con ansiedad y miedo abrumador.
- Sensación de estar fuera de control o de miedo a la muerte o de una fatalidad inminente durante un ataque de pánico.
- Síntomas físicos durante un ataque de pánico, como latido fuerte o rápido del corazón, sudor excesivo, escalofríos, temblores, problemas respiratorios, debilidad o mareos, hormigueo o entumecimiento de las manos, dolor en el pecho, dolor de estómago y náuseas.
- Preocupación intensa acerca de cuándo ocurrirá el próximo ataque de pánico.
- Miedo de ir a los lugares donde han tenido un ataque de pánico en el pasado.

Trastornos fóbicos⁽¹²⁾

El término fobia deriva de la palabra griega *phobos*, que significa temor, pánico y terror, y de la deidad del mismo nombre, que provocaba pánico en sus enemigos. Ya en los papiros egipcios y en el *Corpus Hippocraticum* hay referencias a estos temores. El uso del término médico aparece por primera vez en un trabajo de Celso, quien habla de hidrofobia como síntoma importante de la rabia. Según Marks (citado en la Guía de autoevaluación y actualización en Psiquiatría sobre los trastornos de ansiedad, 2001) la fobia se empieza a utilizar en su sentido actual en 1801. La fobia es “el miedo persistente, irracional, exagerado e invariablemente patológico frente algún estímulo específico o situación. Tanto la presencia como la anticipación de la entidad fóbica producen un estrés grave en la persona afectada, que habitualmente reconoce que su reacción es excesiva. La consecuencia es una necesidad imperiosa de evitar el estímulo temido”⁽¹³⁾. Las reacciones fóbicas alteran la capacidad de los afectados para funcionar en la vida.

Epidemiología

Se ha observado en el hombre, al igual que en los primates, una respuesta de temor no aprendida hacia los ruidos intensos y frente a todos los estímulos novedosos, súbitos y bruscos. La frecuencia de fobia como tal, varía según la edad, el sexo y la cultura. En la población infantil son frecuentes los temores (90%). Con la maduración y el aprendizaje, estos miedos van disminuyendo, de forma que la mayor parte desaparecen al llegar a la pubertad. La edad media de inicio de una fobia determinada, es la siguiente: fobia simple (9-15 años), fobia social (16 años), agorafobia (29 años). Respecto al sexo, la presentación varía según el tipo de fobia debido a: a) Diferencias biológicas; b) Facilitación social de agresividad y valentía en el varón; c) Mayor tendencia en el varón a no admitir temores, porque ello lesiona su autoestima y la consideración social. En general las fobias son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres. La

fobia específica es más frecuente que la fobia social y la agorafobia. La fobia de tipo sangre-inyecciones-daño, tiene una prevalencia mujer-hombre de 1:1.

Clasificación

En la literatura se clasifican las fobias de la siguiente forma:

Fobias a estímulos externos:

Agorafobia: es el miedo irracional a espacios abiertos, lugares con mucha gente, o a dejar un lugar seguro (temor a salir del hogar, entrar en tiendas y almacenes, temor a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo). Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de las conductas de evitación son variables, este es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar confinados en su casa.

Más que el temor a la situación misma, el agorafóbico teme quedarse indefenso en determinadas situaciones. Por eso el estar acompañado de alguien de confianza reduce su conducta de evitación.

Fobia social: también llamado trastorno de ansiedad social. Es el temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público, en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación por parte de los demás. Tienen miedo excesivo a la humillación o turbación en diferentes escenas sociales, como a hablar en público, a orinar en un cuarto de baño público (también llamada “vejiga tímida”) y a hablar en una cita. Puede ser una patología crónica e incapacitante.

Fobia específica: el individuo con fobia específica anticipa el daño, como el ser mordido por un perro, o el pánico a perder el control cuando se encuentre en una situación determinada, o temer desmayarse al cerrarse una puerta. La fobia a los animales habitualmente son miedos monosintomáticos que comienzan en la niñez, antes de los ocho años de edad. Algunos autores afirman que los pacientes con estas fobias se condicionan en forma diferente a como lo hacen los fóbicos adultos.

Fobias a estímulos internos:

- a) Nosofobias
- b) Fobias obsesivas

Este grupo se superpone con otras patologías como la hipocondría, la depresión o la neurosis de angustia (en el caso de las nosofobias) y con las neurosis obsesivas (en el caso de las fobias obsesivas). Por ejemplo, existe una fobia de origen interno llamada “Globo Histérico” (fobia al ahogo), en el cual, el individuo está obsesionado por el temor a ahogarse y ser incapaz de respirar al ingerir alimentos o incluso su propia saliva. Este síndrome suele diagnosticarse y relacionarse erróneamente con trastornos típicos de la alimentación. Sin tratamiento estos pacientes pueden perder peso hasta poner en peligro su vida. Se presenta casi exclusivamente en los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo.

Causas

La causa de las fobias es multifactorial, debido a las interacciones entre factores biológicos, genéticos y ambientales. Las personas con fobia específica tipo sangre-inyecciones-daño, pueden haber heredado un reflejo vaso-vagal particularmente potente, que acaba asociándose con emociones fóbicas. Diversos estudios revelan que ciertos niños están constitucionalmente predispuestos a las fobias, porque han nacido con un temperamento específico conocido como de inhibición conductual a lo desconocido. El estrés ambiental crónico (como la muerte o separación de un progenitor, la humillación por parte del hermano mayor, la violencia intrafamiliar) actúa sobre esta disposición temperamental del niño para producir una fobia.

La fobia específica generalmente es el resultado de asociar un objeto o situación específica con emociones de miedo o pánico. Por ejemplo: una persona que asocia el conducir con una experiencia emocional (un accidente), hace la asociación permanente entre conducir y el miedo ante la posibilidad de resultar herido. La asociación puede ser debida a un evento traumático vivido por la persona, o a la información

obtenida a través de los padres o medios masivos de comunicación. El individuo que sufre de fobia social a menudo proviene de una familia donde la madre padece también fobias, y es incapaz de imponer normas de conducta aceptables, además corrige a través de regaños continuos. Los padres de este grupo son por lo general menos cariñosos, más críticos y más sobreprotectores que otros padres.

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

El término TEPT engloba dos aspectos bien definidos: por una parte una respuesta de estrés que naturalmente es patológica, y por otro, el trauma. Estrés es un concepto científico que alude a una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda. Frente a un estresor el organismo responderá buscando la adaptación y el equilibrio (homeostasis). El estresor puede ser físico o psicológico y la respuesta puede resultar adaptativa (eustrés) o patológica (distrés). De acuerdo con el concepto científico de estrés, se podría tener una denominación más adecuada para el TEPT y que no llevara a confusión, como podría ser “trastorno por distrés postraumático”. Por otra parte, la respuesta de estrés de los pacientes con TEPT no corresponde a una exageración de la respuesta normal de estrés, sino que incluye diversos indicadores biológicos que permiten caracterizar e individualizar la respuesta específica de este cuadro clínico⁽¹⁴⁾.

El vocablo trauma proviene del griego y significa herida. En el TEPT lo central es el trauma psíquico; es decir, el impacto emocional de un determinado suceso capaz de provocar una serie de manifestaciones físicas y psicológicas. El acontecimiento traumático ha sido definido por la Asociación Psiquiátrica Americana, como aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida (como puede ser un duelo simple, una enfermedad crónica, una pérdida económica o un conflicto sentimental), que afectará prácticamente a todas las personas y que provocará un intenso miedo, terror y desesperanza, con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero⁽¹⁵⁾.

En este sentido el trauma se vincula directamente con los desastres, estos pueden clasificarse de acuerdo con su origen en naturales (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tornados), accidentales (incendios forestales, accidentes de tránsito, choques de aviones) o provocados deliberadamente por el hombre (violaciones, torturas, cautiverios, ataques terroristas, asaltos, maltrato infantil). El acontecimiento traumático provocará una demanda para el organismo y dependiendo del contexto biopsicosocial del sujeto, los mecanismos de adaptación serán suficientes o insuficientes para poder conseguir una estabilización en un determinado lapso de tiempo, y a un determinado costo para la persona⁽¹⁴⁾.

Clínica

Ante un hecho traumático se producen las más variadas reacciones. Lo más frecuente es que el sujeto en un primer momento tenga una respuesta, en la cual se esfuerce por sobrevivir y protegerse. En esta etapa puede escapar, presentar insensibilidad, quedar paralogizado por temor y llegar a enmudecer, o bien puede aparecer una confusión al estar en un estado de shock. A continuación habrá un intento de adaptación a través de alguna acción coherente con la situación, lo que le permitirá recuperar su condición previa al hecho traumático, para posteriormente realizar una elaboración adecuada de lo sucedido. En otros casos habrá una conducta disociada o bien se buscará la adaptación a través del control de las emociones, mediante el uso y abuso de alcohol y drogas. Cabe señalar que ningún tipo de respuesta previene la aparición de un TEPT, y este se presentará en una minoría de las víctimas de situaciones traumáticas, con cifras que van entre el 10% y el 20%⁽¹⁴⁾.

Sintomatología⁽¹⁴⁾

La tríada clínica que define el TEPT comprende los fenómenos invasores, los de evitación y la respuesta de hiperalerta. El reexperimentar los síntomas vividos durante el hecho traumático está fuera del control de la persona, y en forma persistente pueden aparecer

imágenes, pensamientos, sensaciones, ruidos u olores vinculados con el trauma, sea en forma espontánea o bien gatillados por estímulos que recuerdan el suceso traumático. Estos fenómenos pueden ocurrir durante la vigilia o también durante el sueño en forma de pesadillas. Estos recuerdos invasores muchas veces se acompañan de síntomas autonómicos como taquicardia, polipnea, temblor fino generalizado, cambios de temperatura, sudoración e incluso piloerección. Entre los elementos gatillo de los fenómenos invasores, las imágenes provenientes de la televisión, del cine o incluso de las fotos de la prensa escrita tienen gran importancia. Un ruido, un color, un aroma, una palabra escrita o pronunciada por alguien, también pueden servir como desencadenantes de los síntomas invasores.

Como una estrategia del paciente para reducir o intentar eliminar la aparición de los fenómenos invasores, surgen conductas de evitación. Muchas veces deben investigarse en profundidad estas conductas, ya que el paciente las ha adoptado activamente y a él no le extraña el hecho de que prácticamente no sale de su casa, por temor a volver a presentar, por ejemplo, un accidente automovilístico, o bien que cambió el trayecto que hacía desde su hogar hasta el trabajo para así no pasar por la esquina donde fue asaltado. El paciente comienza a aislarse socialmente y evita conversaciones en torno a su situación traumática o temas relacionados. Algunos pacientes pueden rechazar la realización de ciertos exámenes o procedimientos médicos, como, un examen ginecológico en víctimas de violación, lo que refleja una conducta de evitación; en otras ocasiones una falta de adherencia al tratamiento también puede reflejar una conducta de evitación⁽¹⁶⁾.

La respuesta general del paciente ante los estímulos está reducida, al igual que, la capacidad de expresar emociones (“embotamiento emocional”) y en ocasiones puede confundirse con un desinterés o desmotivación que lleve a sospechar que se presenta un cuadro depresivo. El recuerdo específico del episodio traumático conviene precisarlo, para así determinar la existencia de algún tipo de amnesia que pueda traducir una manifestación disociativa. Otros fenómenos

disociativos que pueden presentarse como reacción aguda al suceso traumático son la despersonalización, la desrealización, diversos trastornos de la percepción o de la temporalidad; estos fenómenos también pueden repetirse durante la evolución del TEPT⁽¹⁴⁾.

Trastorno de ansiedad por separación

La esencia de este trastorno es el miedo o ansiedad inapropiada y excesiva frente a la separación de la figura de apego. Además, se puede acompañar de distrés excesivo, recurrente y pensamientos catastróficos de lo que podría ocurrir en el tiempo de la separación. Para evitar la separación, la persona puede rehusarse a ir a estudiar, trabajar, dormir o realizar actividades lejos de la figura de apego. Además, se pueden presentar pesadillas recurrentes con temas relacionados con la separación, cefalea, dolor abdominal, náuseas o vómito cuando se anticipa o se da la separación de la figura de apego⁽¹⁷⁾.

Causas

La ansiedad de separación es para algunos una conexión indisoluble, con características anatómicas y funcionales que marcaron la emergencia de los mamíferos. Dentro de estos hitos evolutivos se encuentra el aumento y plasticidad del comportamiento, lo que se relaciona con un mayor vínculo madre-hijo a través de un claro mecanismo de apego, que da emergencia a la ansiedad de separación⁽¹⁸⁾.

Por tanto, el trastorno de ansiedad por separación debe ser comprendido a la luz de la historia de la evolución biológica y cultural de la humanidad. Evidencia reciente indica que la exposición temprana a adversidad y factores genéticos, pueden interactuar elevando el riesgo de que se presente un trastorno de ansiedad por separación. También se ha postulado que este trastorno de ansiedad puede ser la antesala de futuros problemas de salud física y mental, y que la identificación y seguimiento temprano de estos niños con inusuales y persistentes perfiles de ansiedad de separación durante los años preescolares, puede constituir una estrategia con valor preventivo⁽¹⁹⁾.

Trastorno obsesivo compulsivo

Constituye una condición crónica común, a menudo asociada con ansiedad marcada y depresión, caracterizada por “obsesiones” y “compulsiones”. Las obsesiones / compulsiones deben causar angustia o interferir con el funcionamiento social o individual de la persona (usualmente desperdiciando tiempo), y no debe ser el resultado de otro trastorno psiquiátrico. En algún momento del trastorno, la persona reconoce que los síntomas son excesivos o irracionales⁽²⁰⁾.

El trastorno obsesivo-compulsivo es un trastorno crónico (duradero) común, en el que la persona tiene pensamientos recurrentes (obsesiones) y, en respuesta a estas obsesiones, tienen comportamientos (compulsiones) que siente la necesidad de repetir una y otra vez⁽²¹⁾.

Si bien hay momentos en que todos sentimos la necesidad de revisar las cosas, las personas con trastorno obsesivo-compulsivo tienen pensamientos incontrolables que les causan ansiedad, haciéndoles comprobar las cosas repetidamente o realizar rutinas y rituales por lo menos por una hora diaria. Llevar a cabo estas rutinas y rituales puede traer un alivio breve a la ansiedad, pero es temporal. Si no se trata este trastorno, estos pensamientos y rituales le ocasionan gran angustia a la persona e interfieren con el trabajo, la escuela y las relaciones personales⁽²¹⁾.

Señales y síntomas

Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo pueden tener obsesiones, compulsiones o ambas cosas. Algunas personas con este trastorno también tienen un trastorno de tics. Los tics motores son movimientos repentinos, breves y repetitivos, como parpadear excesivamente, hacer muecas faciales, encoger los hombros o sacudir la cabeza o los hombros. Entre los tics vocales más comunes están carraspear la garganta, olfatear fuertemente o hacer ruidos como gruñidos.

Causas⁽²¹⁾

El trastorno obsesivo-compulsivo puede tener un componente genético. Aunque hay ocasiones en que varios miembros de la familia lo tienen, nadie sabe a ciencia cierta por qué algunos en la familia lo tienen y otros no. El trastorno obsesivo-compulsivo suele comenzar en la adolescencia o a principios de la edad adulta. Tiende a aparecer a una edad más temprana en los niños que en las niñas. Los investigadores han encontrado que varias partes del cerebro, así como ciertos procesos biológicos, desempeñan un papel clave en los pensamientos obsesivos y el comportamiento compulsivo, así como en el miedo y la ansiedad. Los investigadores también saben que las personas que han sufrido traumas físicos o sexuales tienen mayor riesgo de presentar el trastorno obsesivo-compulsivo.

Después de una infección por estreptococos, algunos niños pueden presentar síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo de manera repentina, o si ya padecían el trastorno, los síntomas pueden empeorar. Este síndrome post-infeccioso autoinmune se denomina trastorno pediátrico neuropsiquiátrico autoinmune, asociado con infecciones estreptocócicas.

Los trastornos de ansiedad en la clasificación DSM-5⁽²²⁾

Las modificaciones de la quinta edición de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), (American Psychiatric Association, 2013) para la clase diagnóstica de los trastornos de ansiedad, con respecto a su edición anterior (DSM-IV-TR), avanza hacia una clasificación diagnóstica basada en criterios etiológicos y patofisiológicos.

Estos cambios pueden resumirse en tres:

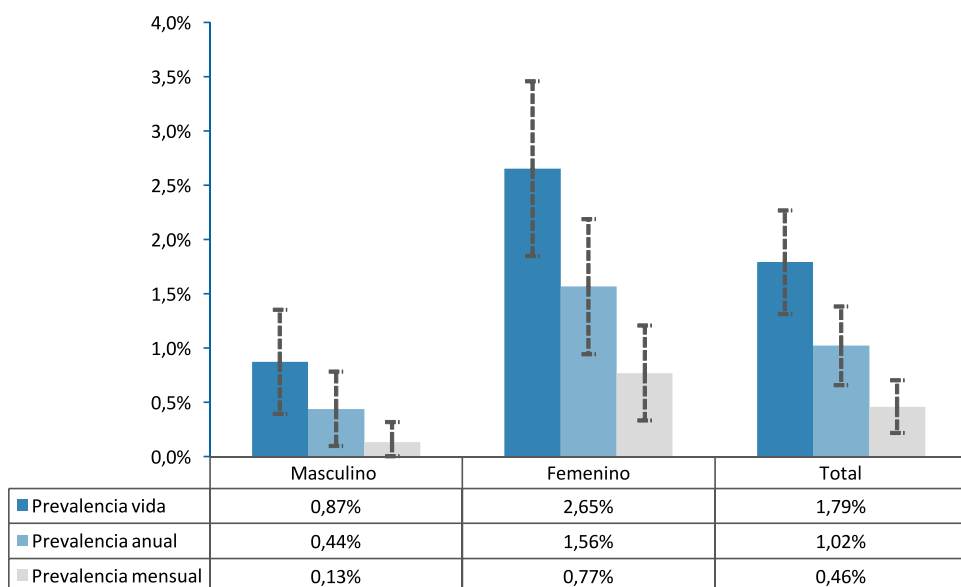
1. Se han incluido dos trastornos que anteriormente se encontraban en la sección de “Trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia”: el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo.

experimentación, hiperactivación, evitación y “alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo”. Los umbrales de edad también se han modificado, así como los criterios que se aplican para su diagnóstico en menores de 6 años⁽²³⁾.

>>>>>> Resultados

Se encontró que el 1,79% de la población había presentado ansiedad generalizada alguna vez en la vida y el 1,02% en el último año. Este diagnóstico fue más prevalente en mujeres que en hombres (1,56% vs. 0,44% respectivamente, en los últimos 12 meses). En cuanto a los grupos de edad, dicho diagnóstico fue más frecuente en el grupo de personas que tenían entre 45 y 65 años, con cifras cercanas para el grupo de 13 a 18 años.

Trastorno de ansiedad generalizada



»» **Figura 1.** Prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

» **Tabla 1.** Prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

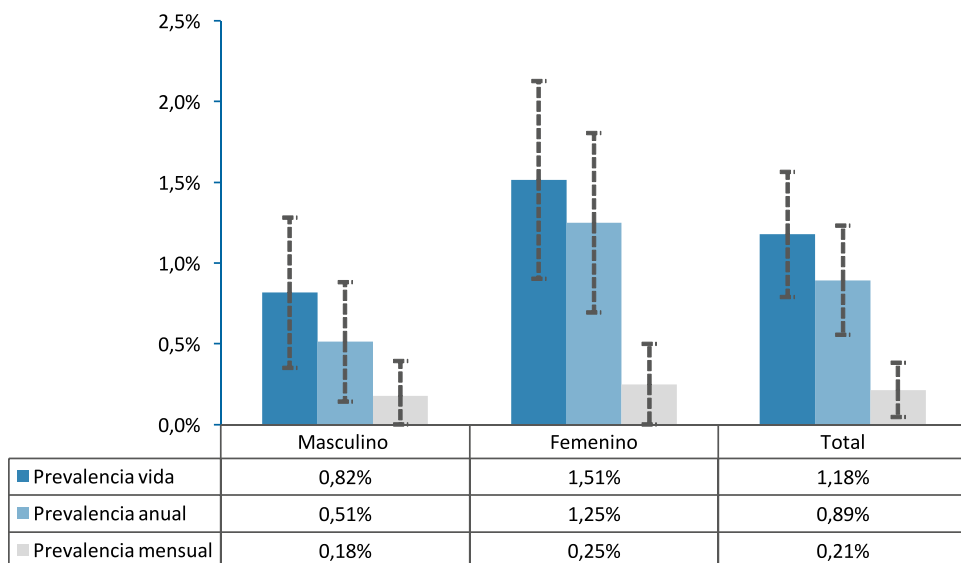
Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	1,5%	1,1%	0,2%
19 a 29 años	1,4%	0,8%	0,3%
30 a 44 años	2,0%	1,0%	0,5%
45 a 65 años	2,0%	1,2%	0,6%
Total	1,8%	1,0%	0,5%

Trastorno de pánico

El 1,18% de los entrevistados había presentado trastorno de pánico alguna vez en la vida y el 0,89% en el último año. Este diagnóstico fue más prevalente en mujeres que en hombres (1,25% vs. 0,51% respectivamente, en los últimos 12 meses). En cuanto a los grupos de edad, dicho diagnóstico fue más frecuente en el grupo de personas que tenían entre 30 y 44 años, seguido por el grupo de 45 a 65 años.

Trastorno de agorafobia

Se observó que el 1,04% de los sujetos había presentado agorafobia alguna vez en la vida y el 0,58% en el último año. Este diagnóstico fue más prevalente en mujeres que en hombres (0,71% vs. 0,44% respectivamente, en los últimos 12 meses). En cuanto a los grupos de edad, fue más frecuente en quienes tenían entre 45 y 65 años, con cifras cercanas para el grupo de 30 a 44 años, teniendo en cuenta la prevalencia anual. Sin embargo, al analizar los datos de prevalencia vida, el grupo de 13 a 18 años presentó cifras similares a las del grupo de 45 a 65 años.



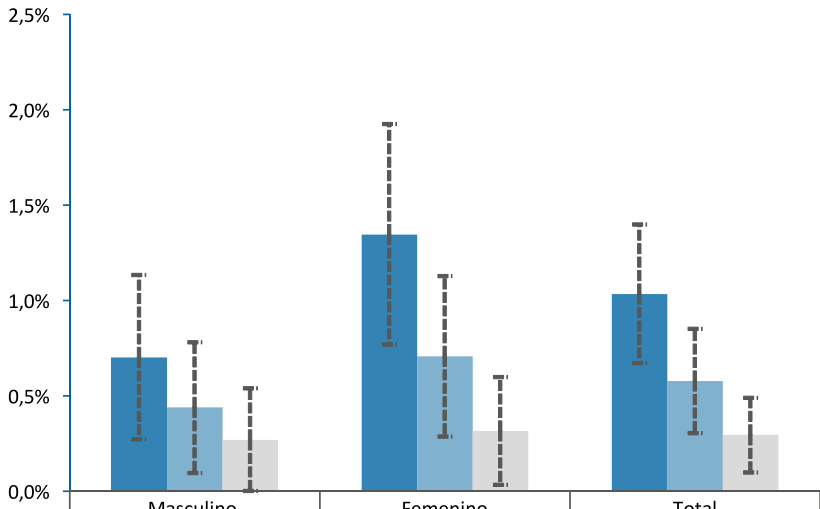
»» **Figura 2.** Prevalencia para trastorno de pánico y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

»» **Tabla 2.** Prevalencia para trastorno de pánico según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	0,5%	0,4%	0,1%
19 a 29 años	1,0%	0,6%	0,0%
30 a 44 años	1,6%	1,3%	0,5%
45 a 65 años	1,2%	0,9%	0,2%
Total	1,2%	0,9%	0,2%



	Masculino	Femenino	Total
Prevalencia vida	0,70%	1,35%	1,04%
Prevalencia anual	0,44%	0,71%	0,58%
Prevalencia mensual	0,27%	0,32%	0,29%

» **Figura 3.** Prevalencia para trastorno de agorafobia y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

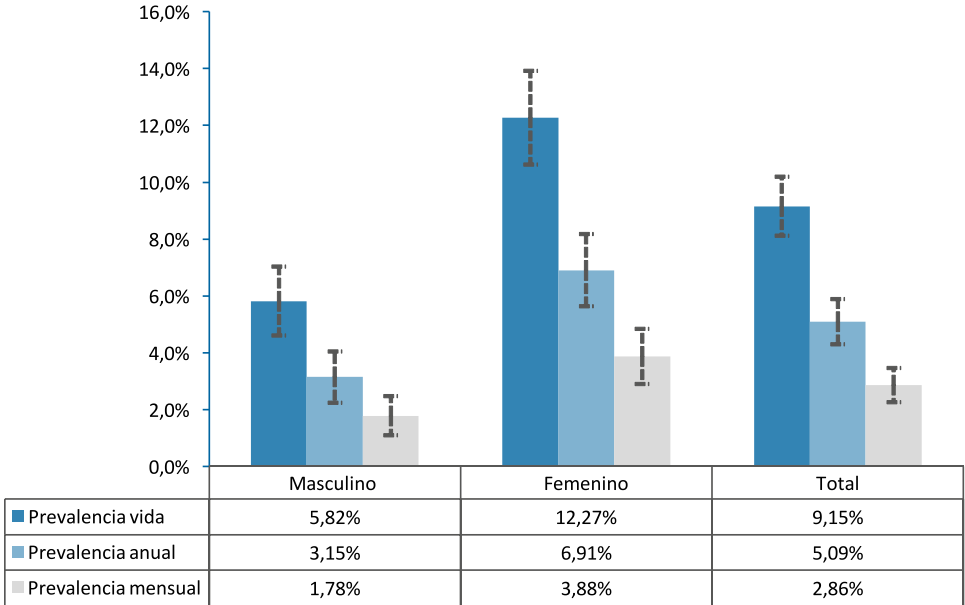
Estudio de salud mental – Medellín 2019

» **Tabla 3.** Prevalencia para trastorno de agorafobia según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	1,2%	0,3%	0,0%
19 a 29 años	0,7%	0,2%	0,2%
30 a 44 años	1,1%	0,6%	0,4%
45 a 65 años	1,2%	0,9%	0,3%
Total	1,0%	0,6%	0,3%

Trastorno de fobia específica



» **Figura 4.** Prevalencia para trastorno de fobia específica y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

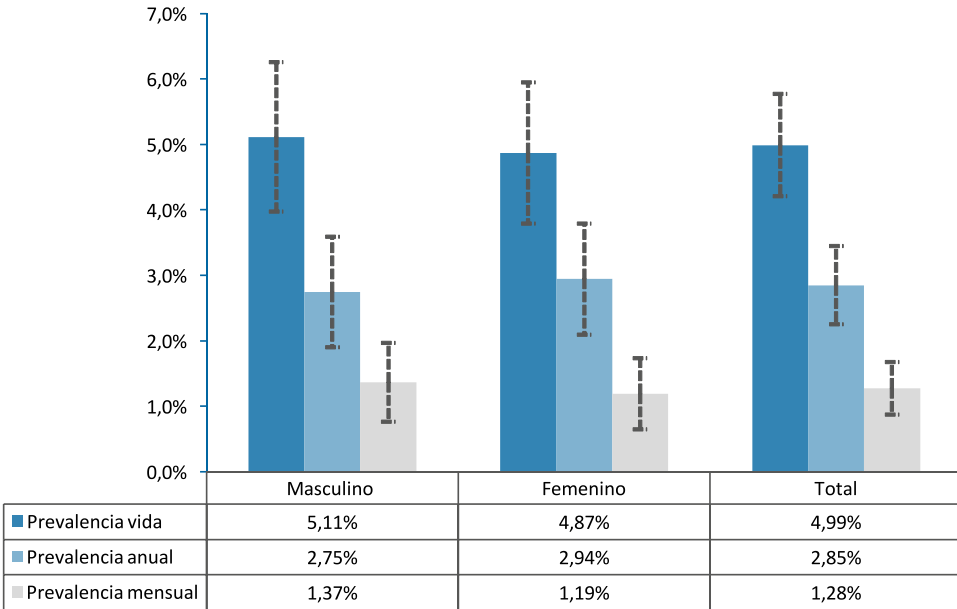
Se encontró que nueve de cada cien personas entrevistadas había presentado el trastorno de fobia específica alguna vez en la vida, y cinco de cada cien lo habían presentado en el último año. Este diagnóstico fue más prevalente en mujeres que en hombres (6,91% vs. 3,15% respectivamente, en los últimos 12 meses). En cuanto a los grupos de edad, fue más frecuente en quienes tenían entre 19 y 29 años, seguido por el grupo de 45 a 65 años, teniendo en cuenta la prevalencia anual. Sin embargo, al analizar los datos de prevalencia de vida, se observó la cifra más alta en quienes tenían entre 30 y 65 años.

» **Tabla 4.** Prevalencia para trastorno fobia específica según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	4,1%	2,7%	1,8%
19 a 29 años	8,4%	5,7%	2,7%
30 a 44 años	10,0%	5,2%	2,9%
45 a 65 años	10,5%	5,4%	3,3%
Total	9,1%	5,1%	2,9%

Trastorno de fobia social



» **Figura 5.** Prevalencia para trastorno de fobia social y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

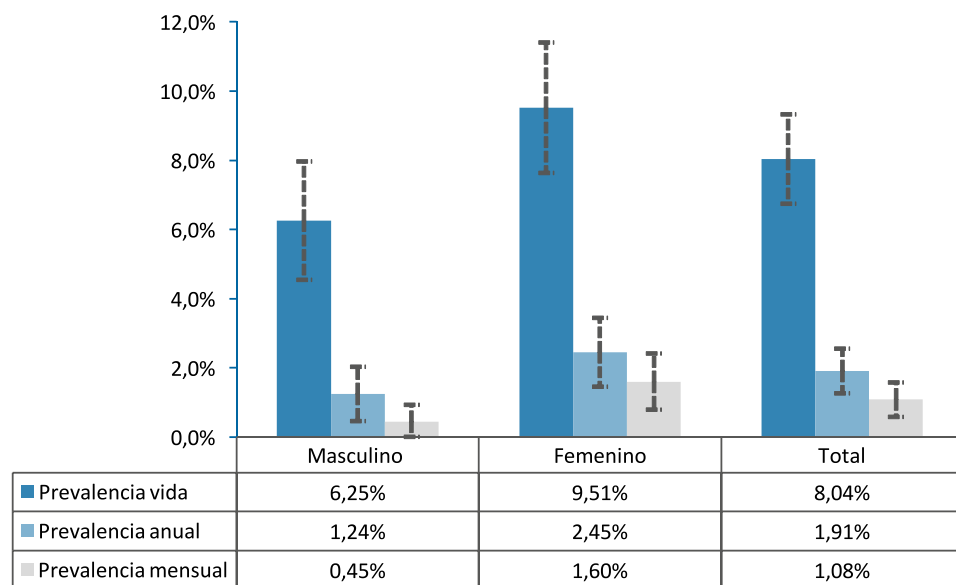
Se observó que cinco de cada cien personas había presentado el trastorno de fobia social alguna vez en la vida, y tres de

cada cien lo habían presentado en el último año. Esta fobia se comportó de forma similar en mujeres y en hombres (2,94% vs. 2,75% respectivamente, en los últimos 12 meses). En cuanto a los grupos de edad, fue más frecuente en los jóvenes de 13 a 18 años, tanto para la prevalencia anual como la de vida.

Tabla 5. Prevalencia para trastorno de fobia social según edad.
Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	7,4%	6,5%	3,9%
19 a 29 años	6,1%	3,8%	2,0%
30 a 44 años	4,4%	2,1%	0,6%
45 a 65 años	4,2%	1,8%	0,6%
Total	5,0%	2,8%	1,3%

Trastorno de estrés postraumático



» **Figura 6.** Prevalencia para trastorno de estrés postraumático y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

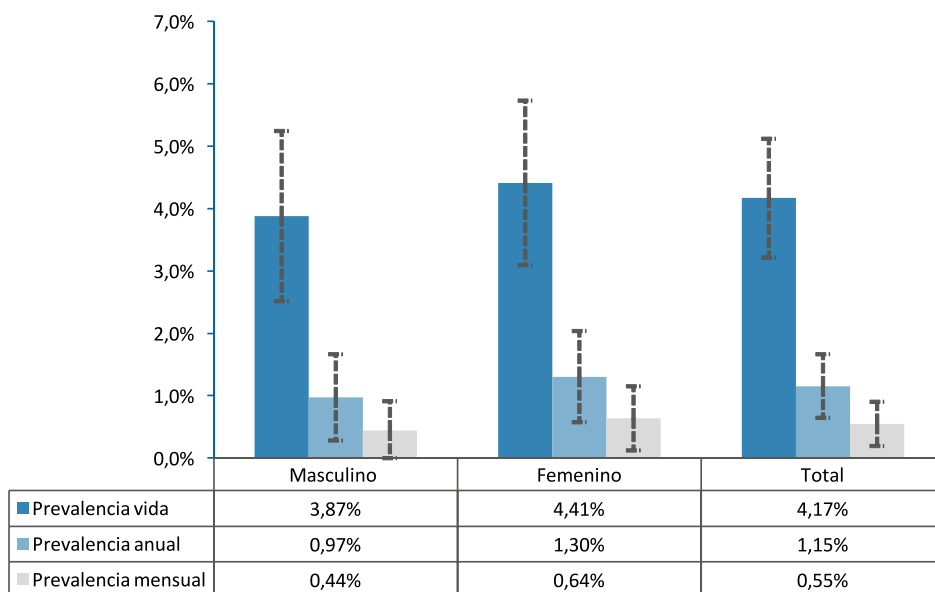
Se observó que el 8,04% de los sujetos había presentado estrés postraumático alguna vez en la vida y el 1,91% en el último año. Este diagnóstico fue más prevalente en mujeres que en hombres (2,45% vs. 1,24% respectivamente, en los últimos 12 meses). En cuanto a los grupos de edad, fue más frecuente en adultos de 30 a 65 años.

» **Tabla 6.** Prevalencia para trastorno de estrés postraumático según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	3,3%	1,9%	1,4%
19 a 29 años	6,4%	1,4%	0,9%
30 a 44 años	10,4%	2,1%	1,1%
45 a 65 años	8,5%	2,1%	1,1%
Total	8,0%	1,9%	1,1%

Trastorno de ansiedad por separación



» **Figura 7.** Prevalencia para trastorno de ansiedad por separación y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

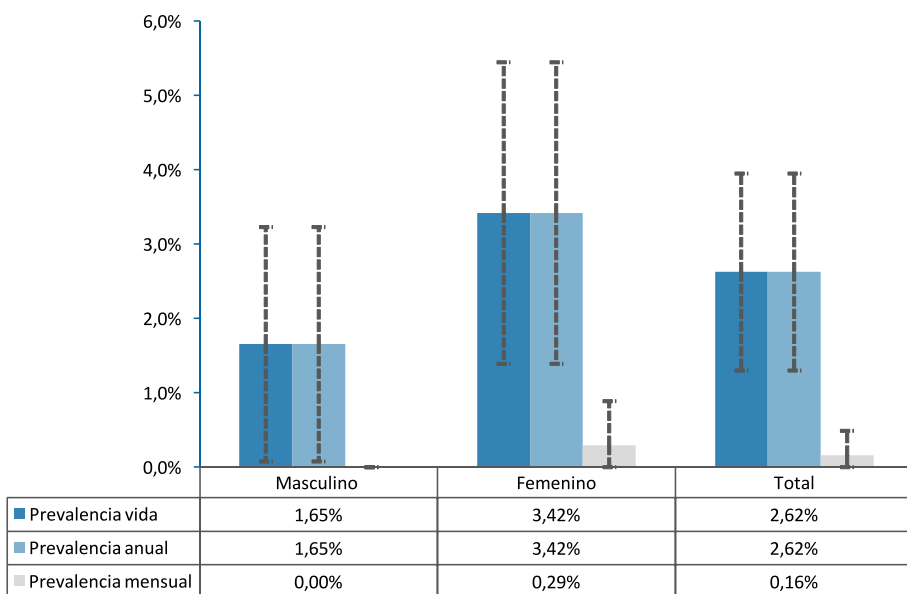
» **Tabla 7.** Prevalencia para trastorno de ansiedad por separación según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	1,1%	0,4%	0,0%
19 a 29 años	6,0%	0,9%	0,6%
30 a 44 años	4,3%	2,1%	0,9%
45 a 65 años	3,8%	0,7%	0,4%
Total	4,2%	1,2%	0,5%

Trastorno obsesivo compulsivo

El 2,62% de los sujetos había presentado trastorno obsesivo compulsivo alguna vez en la vida, con una cifra similar para la prevalencia del trastorno en el último año. El diagnóstico se presentó más en mujeres que en hombres (3,42% vs 1,65% respectivamente, en los últimos 12 meses). En cuanto a los grupos de edad, fue más frecuente en los jóvenes de 19 a 29 años.



» **Figura 8.** Prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

trastorno de ansiedad alguna vez en la vida, y diez de cada cien lo presentaron en el último año. En general estos diagnósticos fueron más prevalentes en mujeres que en hombres. En cuanto a los grupos de edad y analizando la prevalencia anual, los trastornos de ansiedad fueron más frecuentes en quienes tenían entre 13 y 18 años. Sin embargo, llama la atención en la prevalencia de vida, que esta fue mayor en las personas de 30 a 44 años, encontrando que veintiuno de cada cien personas habían presentado algún trastorno de ansiedad alguna vez en la vida.

» **Tabla 9.** Prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	14,3%	11,4%	6,7%
19 a 29 años	18,2%	10,9%	5,3%
30 a 44 años	21,1%	9,4%	4,6%
45 a 65 años	19,8%	9,6%	4,9%
Total	19,2%	10,0%	5,1%

Ubicación geográfica de los trastornos de ansiedad

Al revisar las cifras de prevalencia anual de los trastornos de ansiedad en las comunas y corregimientos de Medellín, se encontró que dicha problemática se concentró en la comuna 13 - San Javier y en el corregimiento de San Antonio de Prado, con prevalencias superiores al 11%. En las comunas Popular, La Candelaria y el corregimiento de Altavista se presentaron cifras menores de prevalencia, pero con un comportamiento importante en salud pública, oscilando entre 8,9% y 11%.

en Medellín y Sabaneta y, a su vez, superior al de Envigado; en cuanto al trastorno obsesivo compulsivo, Medellín triplicó la prevalencia de Sabaneta, lo que correspondió a una prevalencia de siete puntos porcentuales mayor a la de Envigado. En general, para cualquier trastorno de ansiedad (en conjunto), Medellín duplicó la prevalencia que ha sido reportada en Envigado y Sabaneta.

» **Tabla 10.** Comparativo de la prevalencia de los trastornos de ansiedad en tres municipios de Antioquia. Estudio de salud mental – Medellín 2019

Trastorno	Envigado 2017	Sabaneta 2018	Medellín 2011	Medellín 2019
Trastorno de pánico	0,7%	0,3%	0,8%	0,9%
Ansiedad generalizada	0,3%	1,0%	1,1%	1,0%
Fobia Social	1,5%	0,2%	3,0%	2,9%
Fobia específica	2,0%	0,5%	5,8%	5,1%
Agorafobia	0,2%	2,0%	0,9%	0,6%
Estrés postraumático	0,1%	0,6%	1,1%	1,9%
Ansiedad por separación	1,0%	0,2%	1,1%	1,2%
Obsesivo compulsivo	2,0%	1,1%	4,6%	2,7%
Cualquier trastorno de ansiedad	4,4%	4,2%	10,3%	10,0%

»»»»» Referencias

1. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007 Mar 6;146(5):317-25.
2. Rivera L. Hablemos de ansiedad en el Día Mundial de la Salud Mental [Internet]. Mexico: TecReview. 2017 [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://tecreview.tec.mx/hablemos-de-ansiedad-en-el-dia-mundial-de-la-salud-mental/>
3. World Health Organization. Depression and other common mental disorders. Global health estimates [Internet]. World Health Organization. 2017. [citado 11 de noviembre 2019] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=72652A20363590B9D3077803B5B45D8E?sequence=1>

4. World Health Organization. OMS. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% [Internet]. Washington DC: World Helath Organization. 2016 [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
5. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, Sadikova E, Sampson N, Chatterji S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*. 2018;(35)(3):195-208.
6. Ortolani D, Garcia MC, Melo-Thomas L, Spadari-Bratfisch RC. Stress-induced endocrine response and anxiety: the effects of comfort food in rats. *Stress Amst Neth*. 2014 May;17(3):211-8.
7. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen H-U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2012 Sep;21(3):169-84.
8. Hinton DE. Multicultural challenges in the delivery of anxiety treatment. *Depress Anxiety*. 2012 Ene;29(1):1-3.
9. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV TR. Barcelona; 2002.
10. National Institute of mental health. NIMH » Trastorno de ansiedad generalizada [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new/index.shtml>
11. National Institute of mental health. NIMH » Trastorno de pánico [Internet]. 2017 [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-panico-cuando-el-miedo-agobia/index.shtml>
12. Montelongo RV, Zaragoza ACL, Bonilla GM, Bayardo SJV. Los trastornos de ansiedad. *Rev Digit Univ*. 2005;6(11):8.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
14. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Revista en Internet]. 2002 [citado 22 de noviembre de 2019];40. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=en


15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R. Third edition revised. Washington, DC: American Psychiatric Association;1987.
16. Shemesh E, Rudnick A, Kaluski E, Milovanov O, Salah A, Alon D, et al. A prospective study of posttraumatic stress symptoms and nonadherence in survivors of a myocardial infarction (MI). *Gen Hosp Psychiatry*. 2001 Ago;23(4):215-22.
17. Silove D, Rees S. Separation anxiety disorder across the lifespan: DSM-5 lifts age restriction on diagnosis. *Asian J Psychiatry*. 2014;(11):98-101.
18. Battaglia M. Separation anxiety: at the neurobiological crossroads of adaptation and illness. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17(3):277-85.
19. Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Longitudinal Patterns of Anxiety From Childhood to Adulthood: The Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Ene;53(1):21-33.
20. Semple D, Smith R. *Oxford Handbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
21. National Institute of mental health. NIMH » Trastorno Obsesivo-Compulsivo [Internet]. Estados Unidos. 2017 [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-obsesivo-compulsivo/index.shtml>
22. Tortella-Feliu M. Anxiety disorders in DSM-5. *Rev Iberoam Psicopatología*. 2014;62(110):62-9.
23. Del Barrio V. Salud mental infanto-juvenil: Requisitos para su evaluación, diagnóstico precoz y prevención. *Infocoponline Rev Psicol [Revista en Internet]* 2010 [citado 6 de marzo de 2013]; 1. Disponible en: <https://www.cop.es/infocop/pdf/1863.pdf>



8. Trastorno por uso de sustancias psicoactivas

● ● ● ○ ○ Guillermo A. Castaño Pérez





8. Trastorno por uso de sustancias psicoactivas

● ● ● ○ ○ Guillermo A. Castaño Pérez

Consumo de drogas en grandes ciudades

>>>>>> Introducción

Gran parte de la investigación actual sobre el consumo de drogas se realiza en entornos urbanos. Sin embargo, sorprendentemente se ha realizado poca investigación para examinar el papel del entorno urbano en la aparición del consumo.

Las áreas urbanas a menudo son las que presentan mayores prevalencias de consumo de drogas^(1,2), comparadas con las rurales o los poblados pequeños. En particular, se ha sugerido que los entornos urbanos pueden servir como cruce y destino final en la red de distribución de drogas^(1,3,4).

Hay información limitada sobre la influencia del entorno social en los comportamientos de consumo de drogas en la mayoría de las áreas. Las características del entorno social pueden tener un impacto tanto en la prevalencia como en los patrones de consumo de drogas^(5,6).

En todo el mundo, y especialmente en los países en desarrollo, los entornos en los que viven las personas han cambiado rápidamente durante las últimas décadas. Muchos de estos cambios han sido buenos y han llevado a mejores niveles de vida y armonía social, pero muchos otros han sido perjudiciales para la salud y han causado disgregación en la familia, la comunidad y aparición de problemáticas psicosociales varias.

Uno de los aspectos negativos del cambio social ha sido la mayor disponibilidad y uso de sustancias psicoactivas por parte de los jóvenes. El uso de sustancias y los problemas asociados con este comportamiento han sido parte de la historia humana durante mucho tiempo. Lo que es diferente hoy en día, es la mayor disponibilidad de una amplia variedad de sustancias y la disminución de la edad en la que tiene lugar la experimentación con estas⁽⁷⁾.

Los factores asociados con el consumo de drogas son muchos y variados, y comprenden predisposiciones individuales, características familiares y determinantes sociales y ambientales complejos. Uno de los factores sociales a menudo implicados en un patrón cambiante de consumo de sustancias psicoactivas es la urbanización, el proceso de aumento de las poblaciones urbanas y las experiencias de vivir en grandes ciudades. La urbanización es un fenómeno creciente. Actualmente, el 55% de las personas en el mundo vive en ciudades. Según un nuevo informe de la Organización de Naciones Unidas, se estima que esta proporción aumentará hasta en un 13% de cara a 2050⁽⁸⁾. La mayor parte del crecimiento ocurrirá en los países en desarrollo, situación que no estará acompañada por los recursos físicos, económicos y sociales necesarios para mantener una existencia armoniosa en estos entornos urbanos.

La forma en que la combinación de factores sociales, económicos y políticos, que definen la vida en pueblos y ciudades, contribuye a la

etiología del uso de sustancias, es un tema de investigación importante con implicaciones para las políticas públicas⁽⁸⁾.

El uso de sustancias psicoactivas es una práctica antigua entre personas de todo el mundo. El alcohol se ha consumido por sus efectos placenteros desde los primeros asentamientos humanos. El cannabis, el khat, las hojas de coca y la adormidera se han usado en diferentes sociedades durante siglos. Sin embargo, en tiempos más recientes, el uso tradicional y a menudo controlado de estas sustancias ha dado paso a un patrón de consumo más problemático, esto sumado a la aparición de nuevas drogas, ha generado muchos problemas sociales y de salud.

El informe mundial sobre las drogas⁽⁹⁾ de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), reporta que alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, aproximadamente el 5,6% de la población mundial con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016, y como mínimo, 31 millones de las personas que consumen drogas padecen trastornos derivados de ello.

El mismo informe plantea que 13,8 millones de jóvenes de 15 y 16 años consumieron cannabis durante el año anterior en todo el mundo, lo que equivale a una proporción del 5,6%. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud OMS reporta que en el 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas como consecuencia del consumo de drogas; de esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis), el resto de las muertes podían atribuirse a este mismo trastorno de forma indirecta como en los casos de infección por virus, por ejemplo, el VIH y la hepatitis C, contraídos como resultado de prácticas de inyección inseguras⁽¹⁰⁾.

Según la OMS, los opioides siguieron siendo las drogas que más daños causaron y fueron responsables del 76% de las muertes, cifras que representan grandes retos para la sociedad, toda vez que las consecuencias individuales y sociales derivadas del consumo de sustancias, afectan el desarrollo social y económico de un país

el comportamiento en cuestión, o sobre si actúan como determinantes o como consecuencias del consumo de drogas⁽¹²⁾.

Los factores de riesgo individuales incluyen predisposición genética, privación social, psicopatología (por ejemplo, depresión y trastornos de la personalidad) y en el nivel de logro educativo, en particular, el abandono de la escuela secundaria⁽¹²⁾. Los factores ambientales identificados que aumentan la probabilidad de que los jóvenes se involucren con las drogas son la disponibilidad de las mismas, la pobreza, las normas culturales y las actitudes que apoyan el uso de estas sustancias, además, la influencia de los compañeros y la urbanización como un aspecto del cambio social.

La urbanización se ha definido como “el proceso por el cual una proporción cada vez mayor de poblaciones llega a vivir en centros urbanos. Implica no solo un cambio en la distribución de las personas sino también los procesos subyacentes a este cambio, que generalmente implican una combinación de factores”⁽¹³⁾.

Como sugiere la definición, la urbanización es un concepto amplio y complejo, que comprende varios cambios culturales y de actitud en una sociedad. Es un proceso que implica un aumento en la proporción de personas que viven en áreas urbanas y un entorno con características específicas que son distintas de las áreas rurales. Tanto como proceso y entorno, la urbanización parece afectar la salud mental y el abuso de sustancias debido al aumento de los factores estresantes y la reducción del apoyo social⁽¹⁴⁾, y a menudo involucra varios factores sociales, económicos, familiares, además de la disponibilidad de las drogas.

A medida que crece la población en la ciudad, las viviendas cambian. Los edificios de gran altura sustituyen a las viviendas individuales. Los cambios en la forma de alojamiento tienen un impacto en la manera en que las personas se relacionan entre sí, tanto para protegerse del exceso de estimulación, como para su privacidad⁽¹⁵⁾.

Las personas que viven en apartamentos pueden evitar el contacto mutuo como resultado del espacio restringido que debe compartirse. Los adolescentes en este espacio son más anónimos, ya que están

en las escuelas donde hay una gran cantidad de alumnos por salón y donde los maestros no pueden atenderlos de manera más cercana⁽⁷⁾.

En las grandes ciudades, las personas que solían conocer a sus vecinos, si no por su nombre, al menos visualmente, pierden incluso este conocimiento y el anonimato crece. Los cambios en la forma de transporte afectan aún más las oportunidades para que los vecinos se conozcan. El crecimiento de la población de muchas ciudades grandes no tuvo como resultado más transporte público sino, por el contrario, un crecimiento de los medios de transporte individuales⁽⁷⁾.

Los cambios en la estructura del mercado laboral plantean otro conjunto de riesgos. Los trabajos se volvieron menos estables y esto tuvo un impacto negativo en las familias, como resultado de la inestabilidad económica y residencial.

De otro lado, en las grandes urbes la disponibilidad de las drogas y el pobre control comunitario favorece el consumo de sustancias. Una mayor disponibilidad de alcohol fomenta el consumo, al igual que un mayor acceso a las drogas incentiva su uso⁽¹⁶⁾. Cuando las comunidades permiten el consumo público de drogas, envían un mensaje equivocado a los jóvenes sobre lo que es aceptable y lo que no; actitud que puede interpretarse como señal de que está bien usar drogas y, de hecho, fomentar su uso⁽¹⁷⁾. Las comunidades pueden inhibir el comportamiento riesgoso y proteger a los grupos vulnerables fomentando el control social.

En esta misma línea, Galea et al.⁽¹⁸⁾, sugiere que entre las características del entorno urbano que pueden estar asociadas con el uso y abuso de drogas existen varios componentes. Uno de ellos relacionado con las características urbanas de nivel macro, que dan forma al comportamiento. En este ítem, los determinantes primarios fundamentales están relacionados con la infraestructura, el empleo, los recursos educativos y de salud de las comunidades; y los determinantes secundarios resultan de las posibles consecuencias de las condiciones fundamentales, además, pueden mediar la relación entre los factores primarios del vecindario y el uso y abuso de drogas en la población.

En segundo lugar están los factores a nivel individual, que pueden estar influenciados por el entorno urbano y desempeñar un papel mediador o moderador (por ejemplo, redes sociales y estresores psicosociales) en las asociaciones entre las características del entorno y el uso de drogas.

Por otro lado, la densidad poblacional puede ser una característica particularmente importante del entorno urbano, que puede afectar la salud y el comportamiento. Las teorías de la socialización colectiva hacen énfasis en la influencia del grupo sobre el individuo⁽¹⁹⁾. Además, debido a que las poblaciones urbanas concentradas comparten recursos comunes, las prácticas de un grupo pueden afectar de manera importante la salud de otros. Por ejemplo, se ha demostrado que los barrios urbanos más densamente poblados tienen más probabilidades de albergar ventas ilícitas de sustancias, al igual que, poseer una mayor demanda y mayor consumo⁽²⁰⁾, pudiendo actuar esto como un contagio social. Otro ejemplo, son las normas sociales saludables sobre el consumo de alcohol, que se han utilizado como intervenciones efectivas para disminuir el consumo de esta bebida, considerada de alto riesgo para los estudiantes universitarios⁽²¹⁾. Además, las normas sociales varían entre ciudades y dentro de ellas⁽²²⁾ son cambiantes, también han contribuido a una disuasión general del tabaquismo, han favorecido la disminución de la prevalencia del consumo en el mundo durante los últimos 15 años. Sin embargo, las normas sociales también pueden apoyar el abuso de sustancias.

Finalmente, el estrés de las grandes urbes, también ha sido relacionado con el abuso de sustancias. Dentro de este marco, la hipótesis de reducción del estrés sugiere que las drogas se usan para aliviarlo⁽²³⁾, adicional a esto, el consumo de drogas en barrios urbanos desfavorecidos y segregados se percibe como un mecanismo de respuesta a una serie de experiencias estresantes de la vida⁽²⁴⁾. Al respecto, algunas investigaciones han encontrado que la desventaja económica del vecindario tenía una relación moderada con el consumo de drogas, aunque esto no se ha probado sistemáticamente⁽²⁵⁾.

Salud Pública y consumo de drogas

El consumo de sustancias aumenta los costos de atención a la salud debido a que incrementa el riesgo de muchas condiciones-lesiones relacionadas con la intoxicación (accidentes y violencia), enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras)—así como el desarrollo de uso nocivo, abuso y dependencia⁽²⁶⁾. La comorbilidad, es decir, la presencia de más de una enfermedad o trastorno, es de especial relevancia, debido a que es muy frecuente que las personas con adicción padezcan algún otro trastorno psiquiátrico⁽²⁷⁾, igualmente, los resultados de diversos estudios, indican que los trastornos por uso de sustancias psicoactivas incrementan en forma importante el riesgo de que el sujeto tenga alguna conducta suicida⁽²⁸⁾.

Una herramienta útil para analizar las consecuencias del consumo de sustancias es un indicador de la OMS denominado carga global de enfermedad (Global Burden of Disease, GBD), que evalúa el impacto de las enfermedades, lesiones y otros factores de riesgo con base en la mortalidad prematura y días vividos sin salud. De la lista total de ochenta y ocho condiciones, a nivel mundial, los trastornos por uso de alcohol y otras drogas ocupan el 35° y 31° lugares, respectivamente. Esto implica que las drogas ilícitas contribuyen con el 0,8% y el alcohol con el 0,7% de la carga mundial de mortalidad y discapacidad. Todas las regiones de América ocupan lugares por encima de la media mundial de la carga de enfermedad, tanto para drogas ilícitas como para alcohol. Destacan los Estados Unidos y Canadá, con el 11° lugar en el caso de drogas ilícitas y 19° en el caso de alcohol. En los países de la región sur de América Latina (Chile, Argentina y Uruguay), las drogas ilícitas y el alcohol ocupan los puestos 18° y 19° respectivamente, y en la región tropical (Brasil y Paraguay), el 22° y 17° lugares, respectivamente⁽²⁹⁾.

El consumo de alcohol y otras drogas son factores de riesgo importantes entre sesenta enfermedades y lesiones derivadas de accidentes y violencia. En el hemisferio americano, el uso de drogas ocupa el 19° lugar entre cuarenta y tres factores de riesgo analizados,

aunque constituye un mayor factor en los países de América del Norte con alto ingreso (10°), la región Andina (11°) y las regiones sur y tropical de América Latina (13°)⁽³⁰⁾.

Con respecto a la mortalidad, de acuerdo con la estimación del estudio GBD, en 2010, a nivel mundial se atribuyeron 1.111.000 muertes al abuso de alcohol, lo que corresponde al 0,21% del total de las muertes. Esta cifra aumentó un 48,9% con relación a lo presentado en 1990. En el mundo, la mortalidad por trastornos de abuso de alcohol ocupa el 55° lugar de 106 causas de muerte. En gran parte del Hemisferio Occidental, el alcohol es un factor importante: en América Latina tropical, se encuentra en el 25° lugar; en América Central, en el 29°, en América del Sur, en el 41° y en los países de altos ingresos de América del Norte, en el 32°.⁽³⁰⁾

En la mencionada lista de 106 causas de muerte, a nivel mundial los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas ocupan el 58° lugar, pero al observar el interior del Hemisferio, encontramos las siguientes variaciones: en los Estados Unidos y Canadá ocupan el 15° lugar, destacándose como una de las causas de muerte más importante; en la región andina ocupan el 40° lugar; y en América Latina central el 52° lugar, lo más cercano al panorama mundial. El informe GBD indica que a nivel mundial en 2010, un total de 776.000 muertes estuvieron asociadas al abuso de drogas ilegales, lo cual representa un aumento del 191,7% en comparación con 1990⁽³⁰⁾.

Los opioides son responsables de poco más de la mitad de las muertes asociadas con drogas ilícitas (55,4%) y la mortalidad asociada con esta causa aumentó el 385% entre 1990 y 2010, lo que refleja el incremento en el abuso de fármacos opioides. La contribución de la cocaína a la mortalidad general es marginal (0,6%) y ha disminuido desde 1990⁽³¹⁾.

Por otra parte, una publicación basada en el GBD⁽³²⁾ estimó el impacto de 1.160 secuelas de 289 enfermedades y lesiones, durante el período 1990-2012. Según el estudio, en los días vividos con discapacidad se encontró que en el 2010, los trastornos por abuso de

México (1%). En América Central el valor promedio es alrededor del 2,4% de la población, cifra muy similar a la observada como promedio en América del Sur. No hay datos comparables disponibles para la región del Caribe⁽³³⁾.

Con respecto a la cocaína a nivel mundial, entre el 0,3% y el 0,4% de personas de entre 15 y 64 años de edad, declararon haber consumido esta sustancia alguna vez en el último año. El total de usuarios en las Américas alcanza entre 7 y 7,4 millones de personas, lo que arroja una prevalencia de 1,2%, equivalente al porcentaje encontrado en la población europea⁽³⁵⁾. El consumo en los países de las Américas representa aproximadamente el 45% del total de consumidores de cocaína a nivel mundial, mientras que Europa occidental y central tiene el 25%⁽³³⁾.

En ambas regiones existe una gran variabilidad en el uso de cocaína entre los países. En algunos países de América, por ejemplo, la prevalencia del uso de cocaína es inferior a 0,1% de la población y en otros supera el 2%⁽³³⁾.

El porcentaje de individuos consumidores también puede variar de forma importante al interior de los países. Por ejemplo, los estudios en la población general realizados en Colombia en el año 2011⁽³⁶⁾, Chile 2010⁽³⁷⁾ y Argentina 2010⁽³⁸⁾, muestran que la prevalencia de consumo en los departamentos/regiones/provincias de dichos países va de 0,1 a 2%. Algo similar ocurre cuando se comparan los estados dentro de los Estados Unidos⁽³⁹⁾.

Las cocaínas fumables también son consumidas en la región. En esta categoría de drogas se están incluyendo aquellas cuyas formas de uso son fumadas, y que son derivadas ya sea del proceso de producción del clorhidrato de cocaína (pasta base de cocaína, basuco), así como del clorhidrato de cocaína (crack y cocaína base libre). Durante los últimos diez años el consumo de pasta base de cocaína (PBC), que anteriormente se limitaba máxime a los países de la región andina, se ha ido extendiendo a países como Argentina, Chile y Uruguay⁽⁴⁰⁾. Si bien la prevalencia del consumo no es tan alta en comparación

países a ser la primera droga que se usa. Según el estudio de 2011, la mayor prevalencia en el uso de inhalables se registra en Brasil (14,4%), seguido de Jamaica (13,9%), Trinidad y Tobago (13,3%) y Guyana (10,4%). Los Estados Unidos (6%) y México (5%) presentan también una significativa prevalencia⁽³³⁾.

Estrategias de intervención

Para enfrentar el problema del consumo de drogas en las grandes ciudades, el alcalde Mayor de la ciudad de Boston y su equipo de trabajo publicaron un kit de herramientas para alcaldes y políticos, en el año 2015. La siguiente es una lista de verificación de las estrategias que han tenido un impacto positivo en las ciudades de EEUU⁽⁴¹⁾:

1. Realice una evaluación de necesidades para ayudar a definir las prioridades de su ciudad y así abordar los esfuerzos de prevención, tratamiento y recuperación del uso de sustancias; brechas en los servicios; y forma de fortalecer la respuesta al uso de las mismas.
2. Crear un grupo de trabajo para abordar el uso y abuso de sustancias, dirigido por el alcalde. Incluya un grupo diverso de líderes en salud y seguridad pública, académicos, profesionales, empresas privadas, otras partes interesadas de la comunidad y personas en recuperación. El grupo debe ser el encargado de llevar a cabo las recomendaciones de la evaluación de necesidades, que pueden incluir lo siguiente:
 - a. Aumentar la conciencia pública sobre los trastornos por consumo de sustancias.
 - b. Crear un punto central de acceso para tratamiento y apoyo.
 - c. Designe a una persona de contacto municipal, una posición que sea apoyada por el alcalde para llevar a cabo recomendaciones y liderar la respuesta de la ciudad a la adicción.
 - d. Fomentar la colaboración regional y estatal.

- e. Desarrolle e implemente políticas que hayan demostrado su eficacia.
 - f. Implementar programas de educación preventiva e intervención en las escuelas y colegios.
3. Construir y fortalecer diversas asociaciones e iniciativas. Las asociaciones pueden incluir lo siguiente:
- a. Integre a todas las Secretarías de la Administración de la ciudad: aliente a todos a unirse al tema en torno a los trastornos por uso de sustancias y a desarrollar una comprensión de su papel para abordar una respuesta al problema.
 - b. Sistema de justicia penal: cree oportunidades dentro del sistema de justicia.
 - c. Organizaciones comunitarias y coaliciones religiosas: cree relaciones con las comunidades de base que ofrecen apoyo y otras iniciativas relacionadas con el uso indebido y los trastornos del uso de sustancias.
 - d. Capacite y equipe recurso humano para prevenir e intervenir.
 - e. Crear equipos de respuesta a sobredosis compuestos por personal de primera respuesta, policías y bomberos, especialistas en reducción de daños y otros profesionales que estén capacitados en prevención de sobredosis. El equipo revisa los datos del primer respondedor de las sobredosis informadas y brinda asistencia individualizada a los departamentos de emergencia, hogares, negocios locales y espacios públicos.
 - f. Emplee estrategias para recolectar jeringas y otros objetos punzantes de manera segura. Este esfuerzo puede incluir una respuesta integrada del departamento salud de la ciudad, una unidad móvil de objetos punzantes, cajas de recolección en espacios públicos, servicios de recolección de recetas y programas de intercambio de agujas.

- g. Promover servicios familiares que ofrezcan recursos, asesoramiento y apoyo de pares a familiares y seres queridos que se enfrentan a los efectos del trastorno por uso de sustancias.

>>>>>> Resultados

El consumo de drogas en Medellín

Los estudios epidemiológicos sobre consumo de drogas en Medellín son escasos. Datos de prevalencia de consumo en la vida han sido reportados en el Estudio de Salud Mental de Medellín 2011-2012, realizado también por el Grupo de Investigación de la Universidad CES. En una muestra representativa de 4.176 personas y usando la misma metodología, se encontraron prevalencias de consumo para alcohol (84,5%), marihuana (21,9%) cocaína y derivados (7,1%), medicamentos no recetados (2,9%), heroína y otros (2,3%), que comparados con lo encontrado en el presente estudio permite evidenciar una reducción en el consumo de alcohol (51,3%), marihuana (16,4%), cocaína y derivados (5,8%), medicamentos no recetados (1,8%), al igual que, un aumento en el consumo de heroína y otros medicamentos (2,5%), pero estos cambios no son estadísticamente significativos.

En el estudio del 2011-2012, las prevalencias más altas de consumo en la vida se dieron para el alcohol en la comuna Manrique (61,2%); Santa Cruz, marihuana (23,6%); Aranjuez, cocaína (10,4%), medicamentos no recetados (8,1%), heroína y otros (7,0%). En el actual estudio las prevalencias más altas para alcohol se encontraron en la comuna San Javier (48,0%); marihuana San Antonio de Prado (20,1%); cocaína y derivados, medicamentos no recetados en San Javier (9,4%) y (7,1%) respectivamente, y heroína y otros en la América (4,4%).

Los resultados de las prevalencias actuales por comunas y corregimientos, pueden verse en la siguiente tabla.

» **Tabla 1.** Prevalencia de consumo de sustancias en la vida según lugar de residencia.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

	Alcohol	Marihuana	Cocaína y sus derivados	Medicamentos no recetados	Heroína y otros
Popular	41,3%	17,8%	6,2%	2,4%	4,2%
Santa Cruz	31,7%	8,5%	2,2%	0,7%	1,9%
Manrique	36,5%	11,1%	2,3%	0,9%	2,1%
Aranjuez	28,0%	7,4%	0,4%	0,0%	0,0%
Castilla	33,5%	7,9%	4,4%	0,5%	0,5%
Doce de octubre	25,4%	6,8%	1,6%	0,6%	1,5%
Robledo	30,1%	11,1%	3,6%	1,6%	1,0%
Villa Hermosa	39,9%	14,9%	2,5%	0,0%	1,0%
Buenos Aires	42,0%	18,6%	6,9%	3,3%	2,5%
La Candelaria	37,8%	9,7%	4,8%	0,5%	2,5%
Laureles Estadio	38,7%	12,3%	4,2%	0,7%	2,1%
La América	36,1%	12,6%	5,6%	2,7%	4,4%
San Javier	48,0%	16,2%	9,4%	7,1%	2,6%
Poblado	43,1%	11,2%	1,1%	0,0%	0,7%
Guayabal	30,6%	10,2%	3,1%	1,2%	2,3%
Belén	40,2%	9,9%	5,7%	0,0%	2,9%
Comunas	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%
San Sebastián de Palmitas	31,8%	10,1%	2,6%	1,0%	1,1%
San Cristóbal	34,8%	14,9%	4,4%	2,2%	1,9%
Altavista	33,4%	8,6%	4,1%	0,8%	0,9%
San Antonio de Prado	46,7%	20,1%	5,9%	1,1%	1,2%
Santa Elena	36,0%	5,7%	3,6%	0,5%	1,7%
Corregimientos	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%
Medellín	51,3%	16,4%	5,8%	1,8%	2,5%

Una revisión al consumo de drogas en Medellín y el Área Metropolitana reportados en otros estudios realizados con diferentes metodologías, dan una idea de cómo se ha comportado este a través de los años.

En el Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas Colombia 2008, que incluyó una muestra de 2.503 personas de Medellín y el Área Metropolitana, la prevalencia de consumo de alcohol para el último mes fue del 40,99% (IC 95% 37,30 - 44,69). El consumo en el último año para cualquier sustancia ilícita según lo reportado en dicho estudio fue de 6,31% (IC 95% 4,59 - 8,04).

El consumo reciente (prevalencia último año) de marihuana en Medellín y el Área metropolitana fue de 5,26 % (IC 95% 3,68 - 6,83) y para cocaína 2,05% (IC 95% 1,11 - 3,00).

Revisando el estudio más reciente en la población general colombiana, realizado en el año 2013, los datos de prevalencia de consumo de drogas en Medellín y el Área Metropolitana en una muestra de 2.988 personas, reportaron consumo de alcohol en el último mes del 40,45% (IC 95% 37.61 - 43.29). Consumo reciente (prevalencia último año) de cualquier sustancia ilícita 8,17% (IC 95% 6,66 - 9,68) que incluyó las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, sustancias inhalables y dick.

Con respecto al consumo reciente (prevalencia último año) para marihuana, la cifra reportada para Medellín y el Área Metropolitana en el estudio nacional del 2013 fue de 7,45% (IC 95% 6,00 - 8,89).

Comparación de prevalencia de consumo de drogas ilícitas en Capitales Colombianas

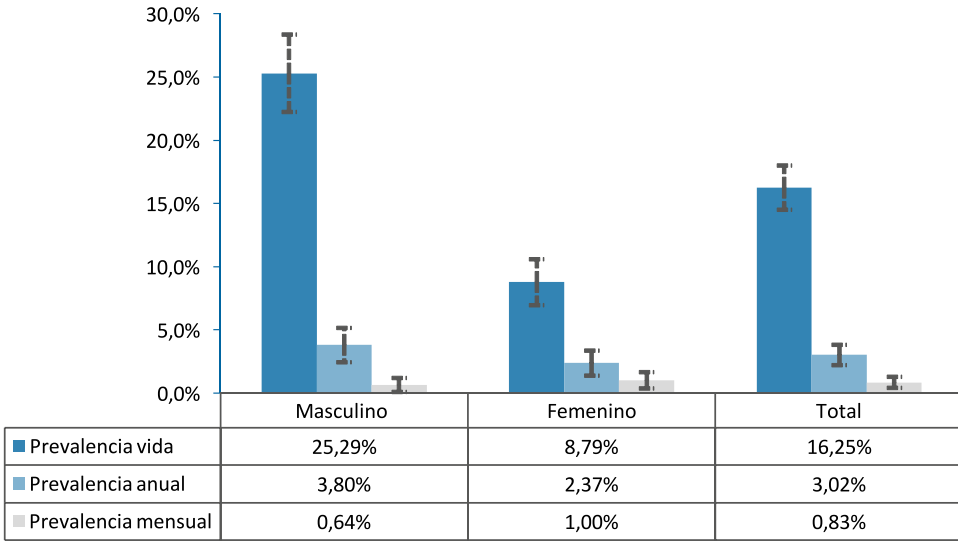
Con el fin de dar una mirada al comportamiento del consumo de drogas en las diferentes capitales del país, se hace una revisión de los estudios realizados. Se advierte que el periodo de recolección de la información y la metodología usada pueden ser distintos lo que no permite hacer comparaciones. Medellín tiene las prevalencias de consumo en la vida más alta para las drogas ilícitas. En la tabla siguiente se presentan los resultados encontrados.

gran variedad de factores de riesgo relacionados con el individuo y su ambiente. La relación entre personas y sustancias, así como las consecuencias que se derivan del uso, comprende un amplio espectro de posibles combinaciones y resultados. En el uso experimental, una droga se consume para probar sus efectos y después de pocos eventos se abandona. El uso regular o social se presenta cuando se continúa usando la sustancia después de haber experimentado, lo que implica la integración del consumo al estilo de vida habitual. El uso nocivo es definido por la OMS como un patrón de consumo que causa daño, ya sea mental o físico, y tiene como consecuencia el abuso y dependencia. El abuso de sustancias psicoactivas, se define como: “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. La dependencia define el estado de necesitar o estar sujeto a una sustancia, e implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal, esto implica el desarrollo de una tolerancia (necesidad de aumentar cada vez más la cantidad de sustancia para sentir los mismos efectos) y síndrome de abstinencia (malestar cuando se deja de consumir)⁽⁴³⁾.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, última versión⁽⁴⁴⁾, el abuso y la dependencia se incluyen bajo el término de Trastornos por uso de sustancias, y los jerarquiza en leve, moderado y severo. El CIE 11, mantiene la definición de Consumo perjudicial y Dependencia⁽⁴⁵⁾.

Abuso de alcohol

Los indicadores de prevalencia de abuso de alcohol en Medellín presentan tasas en la vida del 16,25%, último año 3,02% y último mes 0,83%; siendo está más alta en los hombres a lo largo de su vida (25,29% vs. 8,79%) y en el último año (3,80% vs. 2,73%), pero mayor en las mujeres en el último mes (1,0% vs. 0,64%).



» **Figura 1.** Prevalencia para trastorno abuso de alcohol y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Teniendo en cuenta las edades, el grupo con mayores tasas de prevalencia de abuso de alcohol, corresponde a la franja entre los 19 y 29 años, y le sigue la de los 30 a los 44 años. Llama la atención el grupo de menores de edad (en quienes normativamente está prohibido el consumo), puesto que reportan prevalencias en la vida del 4,8%, último año 2,5% y último mes 1,0%.

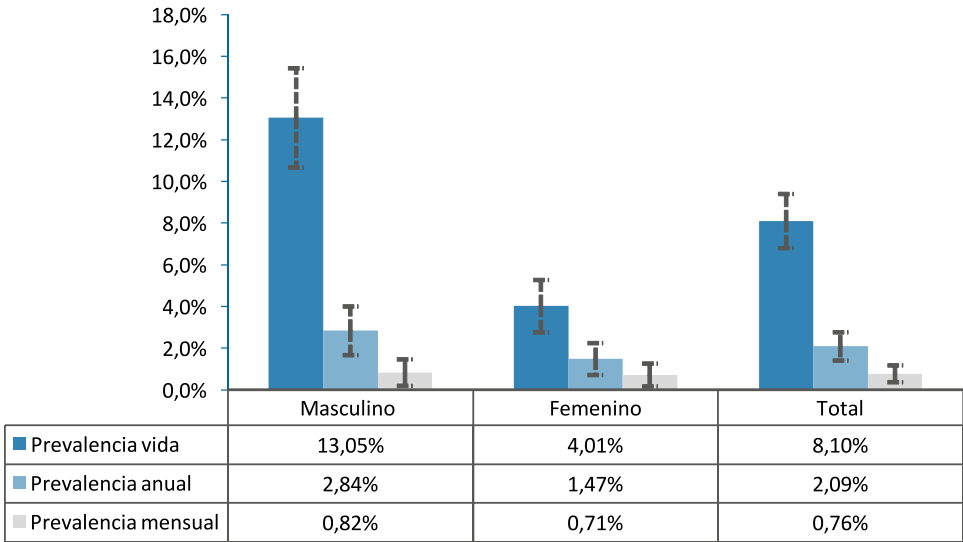
» **Tabla 4.** Prevalencia para trastorno abuso de alcohol según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	4,8%	2,5%	1,0%
19 a 29 años	17,3%	5,9%	1,3%
30 a 44 años	18,8%	2,6%	0,7%
45 a 65 años	16,1%	1,8%	0,6%
Total	16,3%	3,0%	0,8%

Dependencia de alcohol

En Medellín las prevalencias de alcoholismo alcanzan tasas en la vida 8,10%, anual de 2,09% y último mes del 0,76%, siendo esta mayor en los hombres.



»» **Figura 2.** Prevalencia para trastorno dependencia de alcohol y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Este trastorno (dependencia) está presente en todos los grupos de mayores de edad (mayores de 18 años), con una prevalencia un poco más notable en el grupo de 19 a 44 años.

En el grupo de menores de edad el trastorno de dependencia se presenta con prevalencias en la vida y el último año del 0,8% y en el último mes del 0,3%. Sus implicaciones para la salud individual, colectiva y pública son devastadoras.

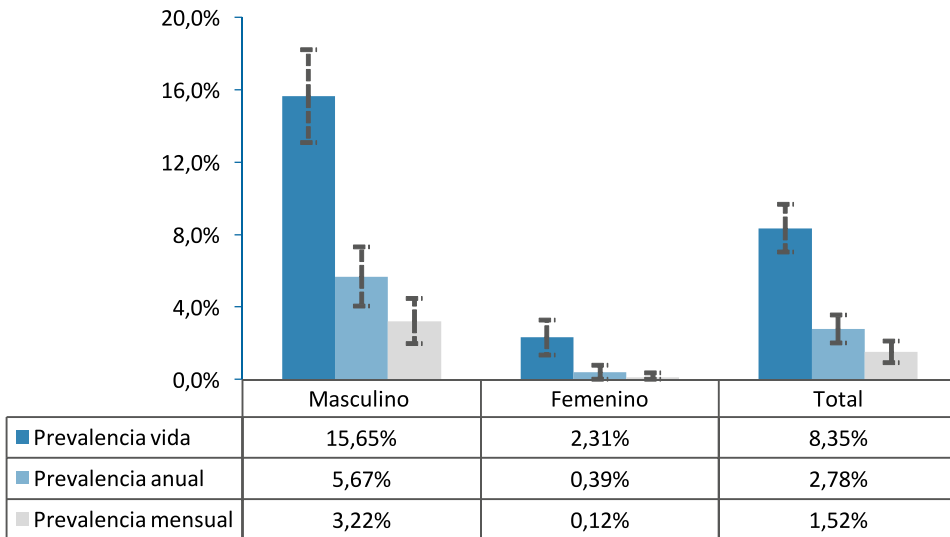
» **Tabla 5.** Prevalencia para trastorno dependencia de alcohol según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	0,8%	0,8%	0,3%
19 a 29 años	8,1%	3,2%	0,9%
30 a 44 años	9,3%	2,5%	0,7%
45 a 65 años	8,9%	1,4%	0,8%
Total	8,1%	2,1%	0,8%

Abuso de drogas

El trastorno por abuso de drogas en Medellín presenta prevalencias en la vida del 8,35%, último año 2,78% y último mes 1,52%; siendo este más frecuente en hombres.



» **Figura 3.** Prevalencia para trastorno abuso de drogas y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

El grupo de edad en el que más se presenta este trastorno es el de 19 a 29 años y le sigue el de 30 a 34 años. La franja de menores de edad presenta prevalencias de trastorno de abuso de drogas importantes, aspecto muy problemático para la salud, por la etapa evolutiva de maduración cerebral en la que se encuentran.

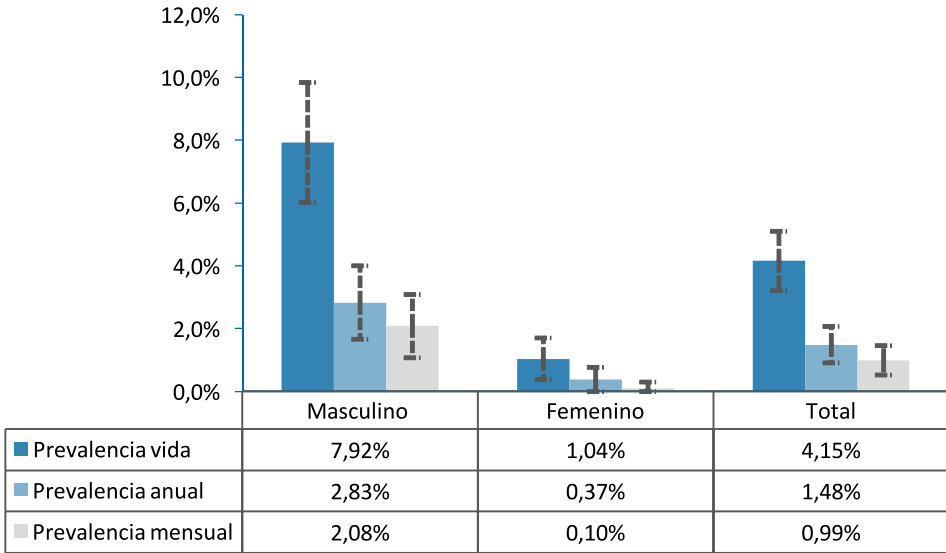
» **Tabla 6.** Prevalencia para trastorno abuso de drogas según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	9,4%	5,2%	2,8%
19 a 29 años	12,6%	6,3%	3,4%
30 a 44 años	10,4%	2,4%	1,2%
45 a 65 años	3,7%	0,3%	0,3%
Total	8,3%	2,8%	1,5%

Dependencia de drogas

Tener un trastorno de dependencia a las drogas es más grave que tener un trastorno de abuso. Las prevalencias de dependencia en Medellín, alcanzan tasas en la vida del 4,15%, último año del 1,48% y último mes de 0,99%, presentándose un predominio en el sexo masculino.



» **Figura 4.** Prevalencia para trastorno dependencia de drogas y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Como se presenta en el trastorno de abuso, la dependencia es también más frecuente en el grupo etario entre los 19 y 29 años, seguido del grupo de 30 a 44 años.

En los menores de 18 años las prevalencias para el trastorno de dependencia también son importantes, presentándose tanto en la vida (1,6%), en el último año (1,3%) y en el último mes (0,8%). Sus implicaciones para los jóvenes, sus familias, la sociedad y la salud pública son también graves.

Cualquier trastorno por uso de sustancias

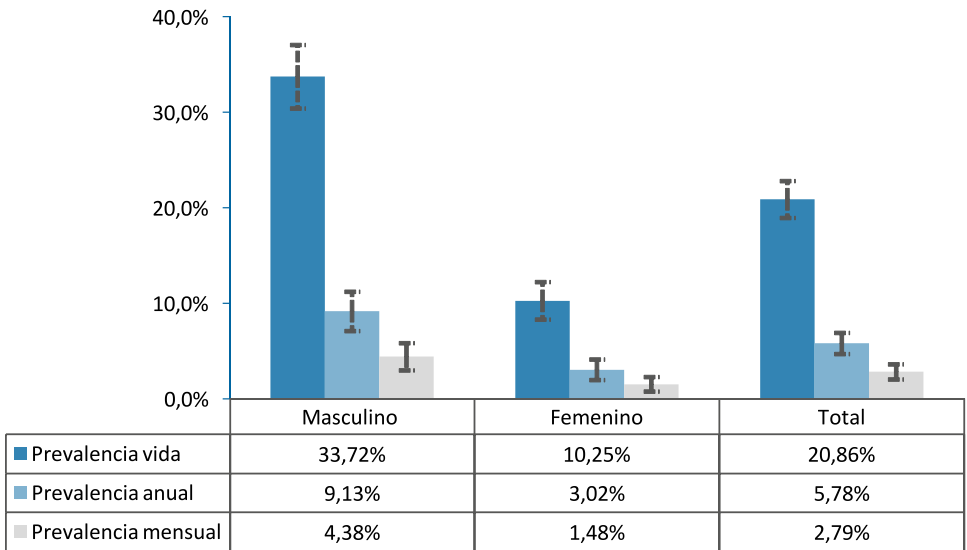
Al sumar los trastornos por abuso y dependencia de todas las sustancias, incluidos el alcohol y las otras drogas, las prevalencias aumentan de manera importante. En Medellín el 20,86% han presentado un trastorno por uso de cualquier sustancia en la vida, según el estudio, trastorno reciente (último año) del 5,78%

y actual (último mes) de 2,79%. Siendo los hombres quienes más han sido afectados.

» **Tabla 7.** Prevalencia para trastorno dependencia de drogas según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	1,6%	1,3%	0,8%
19 a 29 años	7,9%	4,3%	2,2%
30 a 44 años	5,6%	1,2%	1,2%
45 a 65 años	1,5%	0,2%	0,2%
Total	4,2%	1,5%	1,0%



» **Figura 5.** Prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

El grupo etario más afectado por los trastornos relacionados con el uso de sustancias, incluido el abuso y la dependencia para cualquier droga y el alcohol es el de 19 a 29 años, seguido por el de 30 a 44 años. Las tasas son también importantes en los mayores de 45 años.

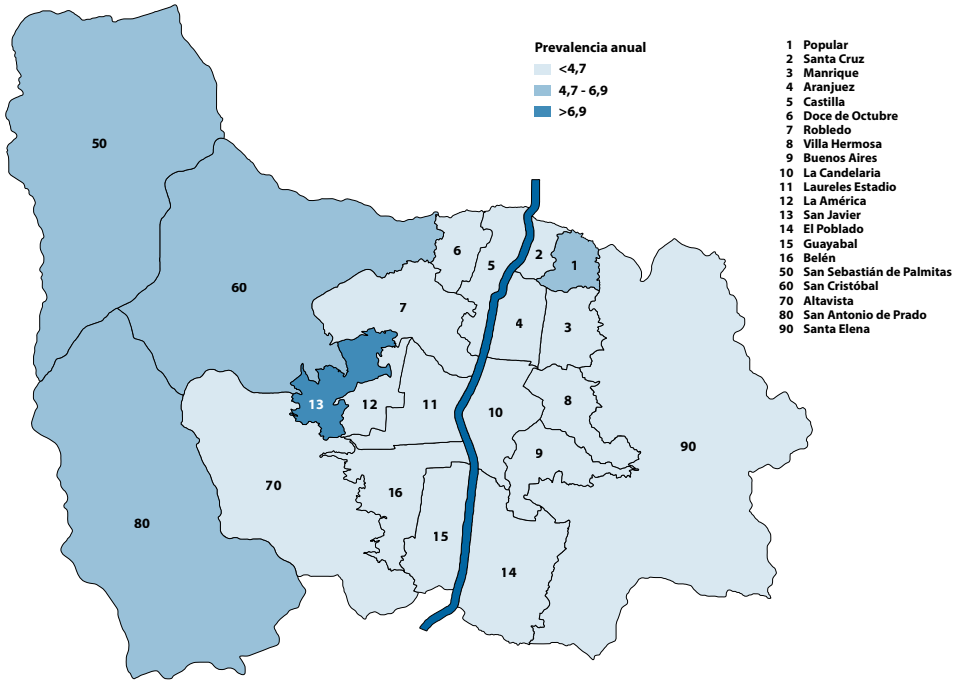
En los menores de edad (13 a 18 años), las tasas de prevalencia para cualquier trastorno y cualquier sustancia son, en la vida del 12,2%, reciente del 6,9% y actual del 4,0%.

» **Tabla 8.** Prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	12,2%	6,9%	4,0%
19 a 29 años	24,1%	11,4%	5,5%
30 a 44 años	23,7%	5,3%	2,2%
45 a 65 años	18,4%	2,5%	1,3%
Total	20,9%	5,8%	2,8%

Las comunas más afectadas por el consumo de drogas incluido el alcohol, y en donde se presentan trastornos de abuso y/o dependencia son: San Javier, con tasas de prevalencia en el último año > 6,9%; Popular y los corregimientos de San Sebastián de Palmitas, San Cristóbal y San Antonio de Prado con prevalencias entre el 4,7% y 6,9%. Las demás comunas y corregimientos presentan tasas < de 4,7%. Tasas todas relevantes y que necesitan ser intervenidas mediante el ofrecimiento de programas de tratamiento basado en la evidencia.



» Mapa 1. Prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias en el último año según lugar de residencia

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Comparación de los resultados años 2011-2012 y 2019 entre prevalencias de trastornos por consumo de alcohol y otras drogas en Medellín

Las prevalencias del último año y último mes de cualquier trastorno (abuso y/o dependencia) por cualquier sustancia (alcohol y otras drogas) se mantuvieron estables en el estudio del 2011- 2012 y 2019 con excepción de la prevalencia en algún momento de la vida, que aumentó en el 2019 (20,86% vs. 15,77%).

Al comparar los resultados de las prevalencias por trastornos de abuso/dependencia por consumo de drogas entre los estudios 2011- 2012 y 2019, se encuentra un aumento para todos los indicadores (vida, último año y último mes) para ambos trastornos.

» **Tabla 11.** Comparación resultados prevalencias para abuso/dependencia de drogas. Medellín 2011-2012 y 2019.

Indicador	Drogas	2011- 2012	2019
Prevalencia de vida	Abuso	6,15% (IC 95% 5,1 - 7,2)	8,35% (IC 95% 7,0 - 9,7)
Prevalencia de último año		1,79% (IC 95% 1,2 - 2,4)	2,78% (IC 95% 2,0 - 3,6)
Prevalencia de último mes		1,01% (IC 95% 0,6 - 1,4)	1,52% (IC 95% 0,9 - 2,1)
Prevalencia de vida	Dependencia	2,11% (IC 95% 1,5 - 2,7)	4,15% (IC 95% 3,2 -5,1)
Prevalencia de último año		0,70% (IC 95% 0,3 - 1,1)	1,48% (IC 95% 0,9 - 2,1)
Prevalencia de último mes		0,36% (IC 95% 0,1 - 0,6)	0,99% (IC 95% 0,5 - 1,5)

Comparación de resultados cualquier trastorno por consumo de alcohol y otras drogas. Medellín y algunas ciudades del Valle de Aburra

Medellín presenta las tasas de prevalencia más altas para cualquier trastorno (abuso/dependencia) y por cualquier sustancia, en relación con las ciudades de Itagüí, Sabaneta y Envigado. Dado que en todos los estudios se aplicó la misma metodología, las diferencias son estadísticamente significativas.

» **Tabla 12.** Comparación resultados prevalencias para cualquier trastorno con cualesquiera sustancias Medellín y algunas ciudades del Valle de Aburra.

Indicador	Itagüí (2012)	Sabaneta (2018)	Envigado (2017)	Medellín (2019)
Prevalencia de vida	11,6% (IC 95% 5,2 - 12,2)	8,7% (IC 95% 5,2 - 12,2)	16,10 (IC 95% 13,7 - 18,5)	20,86% (IC 95% 18,9 - 22,8)
Prevalencia de último año	4,8% (IC 95% 2,7 - 6,8)	1,3% (IC 95% 0,1 - 1,7)	4,67 (IC 95% 3,3 - 6,0)	5,78% (IC 95% 4,7 - 6,9)
Prevalencia de último mes	0,9% (IC 95% 0,1 - 1,9)	0,4% (IC 95% 0,1 - 1,2)	2,02% (IC 95% 1,1 - 2,9)	2,79% (IC 95% 2,0 - 3,6)

»»»»»» Referencias

1. Hunt LG, Chambers CD. The heroin epidemics: a study of heroin use in the United States, 1965-1975. Holliswood, New York: Spectrum; 1976.
2. Hughes PH, Barker NW, Crawford GA, Jaffe JH. The natural history of a heroin epidemic. *Am J Public Health.* 1972;62(7):995-1001.
3. Furst RT, Herrmann C, Leung R, Galea J, Hunt K. Heroin diffusion in the mid-Hudson region of New York State. *Addiction.* 2004;99(4):431-41.
4. Frischer M, Anderson S, Hickman M, Heatlie H. Diffusion of drug misuse in Scotland: Findings from the 1993 and 1996 Scottish Crime Surveys. *Addict Res THEORY.* 2002;10(1):83-96.
5. Bachman JG, Freedman-Doan P, O'Malley PM, Johnston LD, Segal DR. Changing patterns of drug use among US military recruits before and after enlistment. *Am J Public Health.* 1999;89(5):672-7.
6. Bachman JG, O'Malley PM, Johnston LD. Drug use among young adults: the impacts of role status and social environment. *J Pers Soc Psychol.* 1984;47(3):629.
7. Isidore S. Obot & Shekhar Saxena. Substance use among young people in urban environments. Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva and WHO Centre for Health Development, Kobe. World Health Organization; 2005.

8. Las ciudades seguirán creciendo, sobre todo en los países en desarrollo [Internet]. New York: ONU DAES. Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. 2018 [citado 4 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/es/news/population/2018-world-urbanization-prospects.html>
9. UNODC. Informe Mundial Sobre las Drogas 2018. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas; 2018.
10. Organización Mundial de la Salud. La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas, en particular en el contexto del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas, celebrado en abril de 2016: Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud; 2016.
11. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, Hall WD, Lynskey M. The increasing global health priority of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(3):251-64.
12. Obot IS, Anthony JC. School dropout and injecting drug use in a national sample of white non-Hispanic American adults. *J Drug Educ*. 2000;30(2):145-55.
13. Phillips M. Rural gentrification and the processes of class colonisation. *J Rural Stud*. 1993;9(2):123-40.
14. Harpham T, Burton S, Blue I. Healthy city projects in developing countries: the first evaluation. *Health Promot Int*. 2001;16(2):111-25.
15. Evans G. Hard-branding the cultural city-from Prado to Prada. *Int J Urban Reg Res*. 2003;27(2):417-40.
16. Kadushin C, Reber E, Saxe L, Livert D. The substance use system: social and neighborhood environments associated with substance use and misuse. *Subst Use Misuse*. 1998;33(8):1681-710.
17. Allison KW, Crawford I, Leone PE, Trickett E, Perez-Febles A, Burton LM, et al. Adolescent substance use: Preliminary examinations of school and neighborhood context. *Am J Community Psychol*. 1999;27(2):111-41.
18. Galea S, Rudenstine S, Vlahov D. Drug use, misuse, and the urban environment. *Drug Alcohol Rev*. 2005;24(2):127-36.
19. Wilson WJ. *The truly disadvantaged: The inner city, the underclass, and public policy*. Illinois: University of Chicago Press; 2012.
20. Freisthler B, Gruenewald PJ, Treno AJ, Lee J. Evaluating alcohol access and the alcohol environment in neighborhood areas. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003;27(3):477-84.

- and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*. 2012;380(9859):2095-128.
32. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*. 2012;380(9859):2163-96.
 33. Insulza J. El problema de las drogas en las Américas: drogas y salud pública. Washington: OEA Off Doc; 2011.
 34. Organización de los Estados Americanos. Informe del uso de drogas en las Américas 2015[monografía en Internet] Washington: OAS; 2011 [2 de diciembre 2019] Disponible en: <Http://www.Cicadoas.OrgoidpubsUsoDrogEnAmPdf>
 35. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Anual 2012: El Problema de la Drogodependencia en Europa. Luxembg: EMCDDA; 2012.
 36. Observatorio de Drogas de Colombia. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, Colombia 2011. Retrieved mayo. 2011;(15):2013.
 37. Observatorio chileno de drogas. Estudio Nacional de drogas en población general de Chile 2010. Santiago Chile: SENDA; 2010.
 38. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. B Aires Secr Program Para Prev Drogadic Lucha Contra El Narcotráfico. 2010.
 39. SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Survey on Drug Use and Health, 2016 and 2017 [Internet]. 2017 [citado 4 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHsaePercentsExcelCSVs2017/NSDUHsaePercents2017.pdf>
 40. OEA/CICAD. Informe Hemisférico, Evaluación del Progreso de Control de Drogas, Quinta Ronda de Evaluación 2011, Mecanismo de Evaluación Multilateral. Organización de los Estados Americanos; 2011
 41. English C. Actions to address substance use disorders in america's cities.
 42. Agrawal A, Lynskey MT. Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addict Abingdon Engl*. julio de 2008;103(7):1069-81.

43. World Health Organization. Glosario de términos de alcohol y drogas; 1994.
44. American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.
45. Madden R, Sykes C, Ustun TB. World Health Organization family of international classifications: definition, scope and purpose. Geneva: World Health Organ; 2007.



9. Trastornos mentales en la niñez y la adolescencia

● ● ● ○ ○ José Bareño Silva
Gloria María Sierra Hincapié





9. Trastornos mentales en la niñez y la adolescencia

José Bareño Silva

● ● ● ○ ○ Gloria María Sierra Hincapié

>>>>>> Antecedentes

Antes del siglo XX se empezó a considerar que los niños no son menos propensos que los adultos a sufrir enfermedad mental por la inmadurez de sus cerebros, debido a que esta falta de maduración podría protegerlos de los eventos mentales que generan la “insania” o enfermedad mental. Hoy en día los estudios reportan tasas más altas de prevalencia de trastornos mentales en los niños y adolescentes^(1,2), pero adicionalmente se sabe que la cronicidad de una patología, entre más temprana se presente, afecta la calidad de vida de la persona y genera un desarrollo inadecuado cuando ocurre en la niñez.

La adolescencia es una etapa compleja del desarrollo, es específica de cada individuo así como la interacción con el medio, en la cual se desarrollan las características de la salud mental y el bienestar venidero de los individuos. Los trastornos emocionales y del comportamiento tienen su origen en la infancia o adolescencia, además estos tienen un impacto que afecta al menor y su familia, y conllevan consecuencias personales que se extienden hasta la edad adulta, así como repercusiones sociales por los costos económicos y de vida productiva. Estos trastornos van en crecimiento y afectan varios dominios del individuo, como logros académicos⁽³⁾ y posibilidades laborales, alteran las relaciones afectivas y la elección de parejas, aumentan el riesgo de trastornos crónicos y afectan el funcionamiento general en la adultez⁽⁴⁾.

>>>>>> Definiciones

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el niño se define cronológicamente como aquel individuo mayor de un año y menor de 10 años. Es importante hacer esta diferenciación entre etapas de la vida de los individuos, puesto que existen enfermedades mentales cuyos inicios se encuentran en la etapa de la niñez o infancia⁽⁵⁾. Aunque este estudio evalúa las condiciones de salud mental de 13 a 19 años, es importante porque desde fases muy tempranas del desarrollo ya se encuentran problemas de salud mental, que se originan y afectan el desarrollo.

Las alteraciones en esta etapa del desarrollo (aunque algunas veces no se diagnostican durante la infancia o adolescencia) se presentan como trastornos de conductas disruptivas.⁽⁶⁻⁸⁾ Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) se pueden distinguir tres trastornos⁽⁹⁾:

- Trastorno negativista desafiante (TND).
- Trastorno de conducta (TC).
- Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH).

La importancia de estos trastornos en cuanto a su prevención y manejo de sus discapacidades, detección por los servicios de salud y su tratamiento, es crucial para los entes gubernamentales y la sociedad. Estas alteraciones son los principales factores de riesgo para una gran variedad de situaciones complejas como la desescolarización temprana y los bajos logros escolares en niños⁽³⁾, además, de los trastornos del inicio de la infancia, niñez y adolescencia, farmacodependencia, conductas antisociales, agresión y violencia^(10,11).

Trastorno negativista desafiante

Durante el desarrollo, niños y adolescentes es habitual que presenten uno de los trastornos asociados más frecuentes con esta población, el TDAH, este se manifiesta en conductas de oposición a las normas, obstinación, terquedad, irritabilidad, pataletas, culpar a otros por lo que hacen, discutir y contradecir a los adultos y a los entes de autoridad, importunar a otros para irritarlos, manifestar violencia o resentimiento etc. Estas conductas, aunque es molesta para los adultos, padres y entes, generalmente son temporales, no persisten de manera constante por meses o años, son más frecuentes alrededor de los 5 años y en la adolescencia, no generan gran disfuncionalidad en la adaptación a las rutinas de la vida diaria, del colegio o en las relaciones interpersonales. También pueden darse transitoriamente en épocas en las que hay eventos estresantes de índole social, académico o familiar. El diagnóstico suele realizarse en la edad escolar, durante la primaria, aunque al recabar la información de la historia, resulta posible verificar la presencia de algunas manifestaciones en la edad preescolar. La característica esencial de este trastorno es un patrón frecuente y persistente del estado de ánimo enfadado/irritable, comportamiento discutor/desafiante, o deseo de venganza^(12,13).

Los síntomas del TND suelen emerger tempranamente antes de los 5-8 años y hasta los primeros años de la adolescencia. Muestran poca, a veces ninguna, variabilidad a lo largo del desarrollo del individuo y pueden persistir desde la etapa preescolar, durante la adolescencia e

incluso en la adultez, aunque se encuentran pocos estudios en adultos, estos refieren a aquellos que han tenido TDAH desde la infancia y comorbilidad con TND. Antes de la pubertad es más común en niños que en niñas. Se han publicado tasas de TND situadas entre el 2,0 y el 16,0%, es decir, afecta de dos a dieciséis niños de cada cien, y es más frecuente entre los menores de familias de estrato socio-económico bajo^(14,15). El TND constituye un antecedente evolutivo del trastorno de conducta, en el cual hay comportamientos disruptivos más severos. Un 33,0% de niños y adolescentes con TOD llegarán a presentar TC. Alrededor de 64,0% de niños y adolescentes con TDAH tendrán TOD^(12,15).

Trastorno de conducta

El término “trastorno de conducta” (TC), se utiliza para describir un trastorno específico del comportamiento manifestado por conductas que implican la violación de los derechos de otras personas, y el incumplimiento con normas básicas de convivencia. Este trastorno en ocasiones se nombra como un trastorno disocial, pero es un término que no describe muy bien el cuadro, por lo cual, se está utilizando el de trastorno de conducta^(16,17).

El diagnóstico debe hacerse si cumple por lo menos tres o más de las manifestaciones que se tienen en cuenta, además, debe estar manifestándose por lo menos durante doce meses. Es decir, no son conductas aisladas, sino que corresponden a un patrón repetitivo que ocasiona problemas persistentes en el ambiente escolar, en las relaciones interpersonales y en la convivencia familiar. Los individuos a lo largo de su desarrollo o en la adultez pueden presentar, esporádicamente, alguna manifestación de este tipo, pero es la frecuencia, la persistencia y la confluencia de las mismas lo que da lugar a una disfuncionalidad. Las consecuencias negativas en la vida del individuo y su entorno son múltiples, así como los riesgos de otros trastornos asociados, por ejemplo, dependencia de sustancias y del alcohol, marginalidad, pobre adaptación laboral, violencia intrafamiliar, y criminalidad⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Trastorno de déficit de atención

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se presenta con alteraciones de la atención, hiperactividad motora (o el control voluntario de la actividad motora) e impulsividad. Se manifiesta generalmente a partir de los 5 años de edad y hasta un 60,0% de individuos afectados sigue presentándolo durante su vida, incluso este trastorno puede ir hasta la adultez^(20,21). Este no es un trastorno o enfermedad reciente o de esta época, a través de la historia de la humanidad se ha presentado, pero solo a principios del siglo XX empezaron a describirse sus manifestaciones en niños y adolescentes, y entre las décadas del 60 al 80, se especificaron en otras investigaciones las diversas características de este comportamiento y el desempeño cognitivo de los afectados, con estudios de seguimiento por más de 20 años. Todo este esfuerzo científico dio lugar a que en 1980 se establecieran los primeros criterios diagnósticos^(21,22).

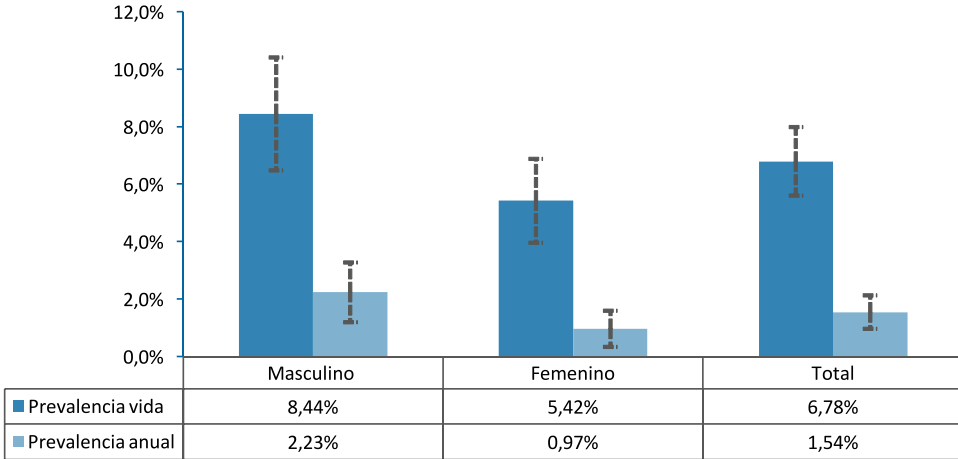
En conclusión, la salud mental de los niños y los adolescentes es una prioridad para cualquier comunidad o estado que esté decidido a apostarle al bienestar y desarrollo integral de la sociedad. La adolescencia es un punto crítico del desarrollo del humano, situación que no debe desconocerse. La magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes se aprecia más claramente cuando se comprende que, uno de cada cinco de ellos sufre de alguna enfermedad mental, y que detrás de cada trastorno hay una discapacidad que es agobiante e impacta y trasciende la calidad de vida de la persona, de su familia y del entorno; todo esto, es más impresionante cuando se presenta en etapas tempranas de en la vida. Sufrir este tipo de trastorno implica un largo recorrido, teniendo en cuenta que el suicidio es la tercera causa de mortalidad en adolescentes; que el trastorno depresivo comienza en la adolescencia y se asocia con problemas de conducta, déficit de atención y consumo de sustancias que tuvieron inicio en la niñez. Resumiendo, al tener todos estos elementos en consideración, la salud mental es importantísima y se debe explorar desde la temprana identificación

de los riesgos, la promoción, la prevención, el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en niños y adolescentes. Debe ser la prioridad en salud, considerando además, que una vida plena se puede desarrollar si se previenen varios aspectos, entre ellos, la discapacidad que generan los trastornos mentales.

>>>>>> Resultados

A continuación se presentan los resultados para cada uno de los trastornos por sexo y grupos de edad.

Trastorno Negativista desafiante



>> **Figura 1.** Prevalencia para trastorno negativista desafiante y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

En la figura anterior, se observa la prevalencia en la vida y anual para el trastorno negativista desafiante en el total de la población según sexo, en ambos casos fue más alta en la población masculina 8,44% y 2,23% respectivamente, con una razón de sexo masculino al femenino en ambas mediciones de 1,55 y 2,29 hombres por cada mujer respectivamente.

» **Tabla 1.** Prevalencia para trastorno negativista desafiante según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

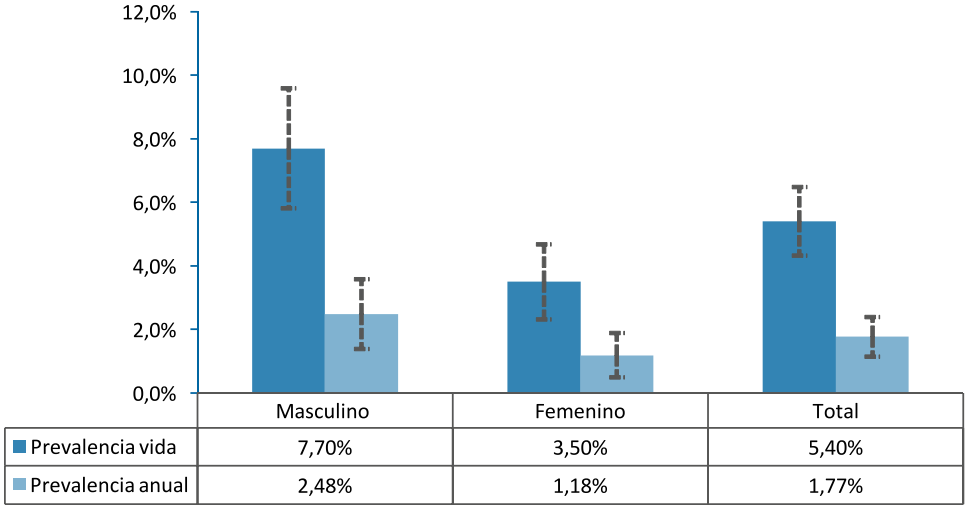
Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual
13 a 18 años	12,4%	4,4%
19 a 29 años	10,1%	2,4%
30 a 44 años	6,4%	1,2%
45 a 65 años	3,6%	0,5%
Total	6,8%	1,5%

La tabla anterior presenta los resultados por grupo de edad para la prevalencia en la vida y en los últimos 12 meses para el trastorno negativista desafiante, presentándose la más alta prevalencia en la adolescencia, es decir, en el grupo de 13 a 19 años. La prevalencia en la vida y anual fue de 12,4% y 4,4% respectivamente. Además, se puede observar que es mínimo 1,83 veces a la de cualquier subgrupo de edad en el último año, y 1,22 veces en la vida.

Trastorno de conducta

La figura presenta la prevalencia en la vida y anual para el trastorno de conducta en el total de la población según sexo, siendo más alta, en ambos casos, en la población masculina 5,75 y 1,42% respectivamente, con una razón de sexo masculino al femenino en ambas mediciones de 3,4 y 4,44 hombres por cada mujer respectivamente.

Trastorno de déficit de atención



» **Figura 3.** Prevalencia para trastorno déficit de atención y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Se observa la prevalencia en la vida y anual para el trastorno de déficit de atención en el total de la población según sexo, siendo más alta, en ambos casos, en la población masculina 5,75 y 1,42% respectivamente, con una razón de sexo masculino al femenino en ambas mediciones de 3,4 y 4,44 hombres por cada mujer respectivamente.

» **Tabla 3.** Prevalencia para trastorno déficit de atención I, II según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual
13 a 18 años	8,9%	4,4%
19 a 29 años	7,2%	2,3%
30 a 44 años	4,7%	1,3%
45 a 65 años	3,9%	1,1%
Total	5,4%	1,8%

» **Tabla 4.** Prevalencia para cualquier trastorno del inicio de la infancia, niñez y adolescencia según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual
13 a 18 años	17,7%	7,9%
19 a 29 años	15,3%	4,7%
30 a 44 años	11,0%	2,8%
45 a 65 años	7,6%	1,3%
Total	11,4%	3,2%

La tabla anterior presenta los resultados por grupo de edad para cualquier trastorno del inicio de la infancia, niñez y adolescencia, la prevalencia en la vida y en los últimos 12 meses, presentándose la más alta prevalencia en la adolescencia, es decir, en el grupo de 13 a 19 años. La prevalencia en la vida y anual fue de 7,9 % y 17,7 % respectivamente. Además, se puede observar que es mínimo 1,68 veces a la de cualquier subgrupo de edad en el último año, pero siendo el subgrupo que acabó de pasar la adolescencia el segundo más alto, igual situación ocurre en la prevalencia de vida, el grupo de adolescentes fue el más alto y el subgrupo siguiente de 19 a 29 años.

La distribución de la prevalencia en los últimos 12 meses para los trastornos de control de impulsos en la niñez (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de conducta y trastorno negativista desafiante) en la municipio de Medellín, muestra una prevalencia mayor de 4 % en las zonas 1, 70,11 y en 6 zonas se presentaron una prevalencia menor de 0,0 es decir, no se presentaron casos.

» **Tabla 5.** Comparativo de la prevalencia anual de los trastornos de la niñez y adolescencia en tres municipios de Antioquia.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Trastorno	Envigado 2017	Sabaneta 2018	Medellín 2011	Medellín 2019
Negativista desafiante	0,7	0,0	2,0	1,5
Trastorno de conducta	0,3	0,0	0,7	0,8
Déficit de atención	0,8	1,5	1,4	1,8
Cualquier trastorno de la niñez y adolescencia	1,5	1,5	3,3	3,2

»»»»»» Referencias

1. Duque L, Rubio H. *Semiología médica integral*. Lugar de edición: Universidad de Antioquia Colombia; 2006.
2. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Pan American Health Org; 2009.
3. Gaxiola MIB, Armenta MF. Factores que influyen en el desarrollo y rendimiento escolar de los jóvenes de bachillerato. *Rev Colomb Psicol.* 2016;25(1):63-82.
4. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2010 May;28(2):183-4.
5. Organización Mundial de la Salud. *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente* [Internet]. 2017 [citado 5 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/es/
6. Torres de Galvis Y, Posada Villa J, Mejía Montoya R, Bareño Silva J, Sierra Hincapié G, Montoya Vélez L, et al. *Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012*. Medellín: Universidad CES; 2012.
7. Frick PJ, Nigg JT. Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2012;(8):77-107.
8. Offord DR, Bennett KJ. Conduct disorder: Long-term outcomes and intervention effectiveness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33(8):1069-78.
9. American Psychiatric Association. *DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.

10. Sonuga-Barke EJ, Halperin JM. Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention? *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(4):368-89.
11. Torres de Galvis Y, Berbesí Fernández D, Silva JB, Montoya Vélez L. Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Lugar de edición: Ministerio de Protección Social; 2010.
12. Suplemento del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición DSM-5® [Internet]. 2016 [citado 5/dic/2019]. Disponible en: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf.
13. Moreno EE, Del Río MP. Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. *Psicothema*. 2011;23(2):215-20.
14. Cardo E, Meisel V, García-Banda G, Palmer C, Riutort L, Bernad M, et al. Oppositional defiant disorder: aspects related to sex differences and informant. *Rev Neurol*. 2009;(48):S17-21.
15. Rincón RA, Ballabruga MCJ, Martín AB, Poch FV, Corcoll-Champredonde A, Rodríguez GG, et al. Evaluación de la sintomatología negativista desafiante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*. 2010;22(3):455-9.
16. Villanueva-Bonilla C, Ríos-Gallardo ÁM. Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión sistemática. *Rev Psicopatología Psicol Clínica*. 2018;23(1):59-73.
17. Conduct Disorder in Children [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=conduct-disorder-in-children-90-P05670>
18. Rojas AM, Malpica CR. Aproximación al adolescente con trastorno de conducta disocial. *Investig En Salud*. 2006;8(2): 121-128.
19. Moral J, Pacheco M. Desarrollo de una escala de conducta disocial en México. *Rev Electrónica Psicol Iztacala*. 2011;14(1):199-221.
20. CDC. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)[Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2018 [citado 5 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/index.html>.
21. Barkley RA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Guilford Publications; 2006.
22. Piñón A, Carballido E, Vázquez E, Fernandes S, Gutiérrez O, Spuch C. Rendimiento neuropsicológico de niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Cuad Neuropsicol J Neuropsychol*. 2019;13(1): 116-132.



10. Trastornos de la alimentación

● ● ● ○ ○ José Bareño Silva
Gloria María Sierra Hincapié





10. Trastornos de la alimentación

José Bareño Silva

● ● ● ○ ○ Gloria María Sierra Hincapié

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), llamados también trastornos de la alimentación, consisten en un trastorno mental serio, con alteraciones patológicas relacionadas con la alimentación y el control de peso. Su origen es multifactorial y están asociados con una gran variedad de causas y consecuencias psicológicas, físicas y sociales adversas que afectan tanto la salud física como la mental y su comportamiento en las relaciones y su entorno. Estos trastornos incluyen, entre los más conocidos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (una especie de compulsión por comer), así como las variantes de estas enfermedades^(1,2).

distorsionada y autoestima fuertemente influenciada por las percepciones del peso y la forma del cuerpo, negación de la gravedad de tener un peso muy bajo, y en mujeres ausencia de la menstruación.

Algunas salen de este trastorno y se recuperan con tratamiento después de un solo episodio, pero otras mejoran y presentan recaídas, sin embargo, hay una forma más crónica o prolongada de anorexia nerviosa, en la que su salud empeora mientras luchan contra la enfermedad.

En cuanto a este trastorno se refiere que existen dos subtipos de anorexia nerviosa: la restrictiva y la purgativa.

- **Restictiva:** Las personas con AN restrictiva se imponen severas restricciones en la cantidad y el tipo de alimento que consumen.
- **Purgativa:** Las personas con AN purgativa se imponen también severas restricciones en la cantidad y el tipo de alimentos que consumen. Sin embargo, estas pueden presentar conductas de atracones y purgas (como vómitos, uso de laxantes y diuréticos, etc.)⁽¹⁻³⁾.

Bulimia nerviosa

Los pacientes con bulimia nerviosa (BN) presentan periodos recurrentes y frecuentes de comer cantidades grandes de comida a las cuales no están acostumbrados. Suelen sentir una pérdida de control sobre estos episodios de atracones. A estos atracones les siguen conductas para remediar el exceso de comida ingerido, como vómitos forzados, uso exagerado de laxantes o diuréticos, ayunos, ejercicio excesivo, o una combinación de estos. A diferencia de la AN, los pacientes con bulimia nerviosa suelen mantener lo que se considera un peso saludable o normal, y algunos hasta pesan un poco más de lo debido. Es de tener en cuenta que, al igual que las pacientes con anorexia nerviosa, a menudo, los pacientes con los bulimia tienen miedo de aumentar de peso, quieren desesperadamente perderlo, y están muy inconformes con el tamaño y la forma de su cuerpo. Es común en

estos pacientes que dichas conductas se presenten en secreto, ya que suelen ir acompañadas de sentimientos de asco o vergüenza. Los ciclos de atracones y purgas pueden ocurrir desde varias veces a la semana hasta varias veces al día^(1,3).

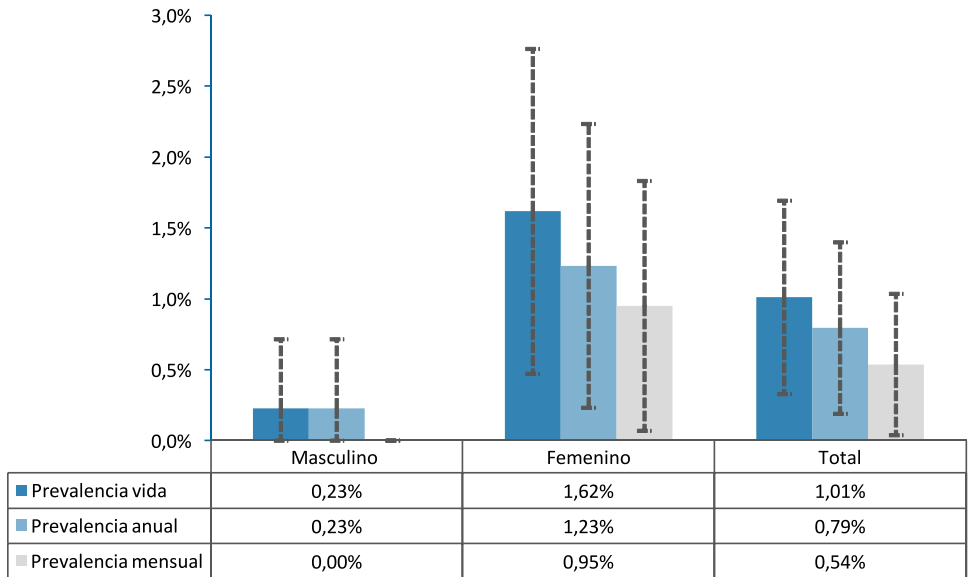
Trastorno por atracón

Las pacientes con el trastorno por atracón pierden el control sobre su alimentación. A diferencia de los pacientes con bulimia los episodios de atracones no son seguidos de conductas como purgas, exceso de ejercicio o ayunos. Esta es una de las razones por las cuales los pacientes del trastorno por atracón, a menudo, tienen exceso de peso u obesidad. Las personas con este trastorno que son obesas tienen un mayor riesgo de tener enfermedades cardiovasculares o presión arterial alta. También tienen sentimientos de culpa, vergüenza o angustia por su comportamiento, lo que puede llevar a más atracones⁽¹⁻³⁾.

En conclusión: aunque la incidencia del trastorno de la conducta alimentaria no es tan frecuente como los otros trastornos de salud mental, algunas estimaciones internacionales consideran que su frecuencia oscila entre 0,5% y 3,5% de la población general⁽⁵⁾. El inicio de estas conductas puede darse desde la infancia con una manifestación más común a los 20 años y están más presentes en mujeres con una cifra entre 1% y 1,5%⁽⁶⁾. Sin embargo, mucho se ha hablado de las causas, tratamientos y consecuencias de los trastornos de la alimentación, que van desde el trastorno mental, como el intento de suicidio, hasta afectaciones de tipo clínico de variada presentación como anemia, desnutrición y trastornos cardiacos etc. Sin embargo, y a pesar de que se presentan a veces en la adolescencia, hay pocos estudios que muestran el problema de discapacidad por este tipo de enfermedad mental, por tal razón, en las patologías de salud mental hay tendencia a la cronicidad y generan alta discapacidad y altos costos a los sistemas de salud. Se hace necesario evaluar la alta carga de la discapacidad de estos pacientes^(3,4).

>>>>>> Resultados

El estudio indagó por los trastornos de anorexia y bulimia, sin encontrar casos de anorexia en la muestra estudiada. Por lo anterior, solo se presentan resultados para el trastorno de bulimia.



»» **Figura 1.** Prevalencia para trastorno bulimia y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

En la figura 1 se observa una mayor prevalencia del trastorno de la alimentación tipo bulimia para las mujeres en las tres mediciones realizadas: en toda la vida, en el último año y último mes, mientras que el crecimiento de las mediciones se da en un 30% aproximado en las mujeres, la prevalencia en los hombres en el último año y en la vida permanecen estables⁽⁴⁾.

Además, se puede observar que este trastorno se presenta más en mujeres que en hombres con una relación desde la vida

al último mes en las siguientes razones: 7,0; 5,3 y 9,5 veces respectivamente.

» **Tabla 1.** Prevalencia para trastorno bulimia según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
13 a 18 años	0,5%	0,0%	0,0%
19 a 29 años	0,7%	0,7%	0,0%
30 a 44 años	2,7%	2,1%	1,8%
45 a 65 años	0,0%	0,0%	0,0%
Total	1,0%	0,8%	0,5%

La tabla anterior presenta los resultados por grupos de edad para las prevalencias de uso común, en la vida, en los últimos 12 meses y en el último mes para el trastorno de bulimia.

Se observa que en los adolescentes no hubo casos en el último mes y último año, sin embargo, se encontró 0,5% en la vida. Mientras que en los adultos el grupo de edad entre 30 a 44 años registró prevalencia en las tres mediciones. Sin embargo, al evaluarla en toda la población del estudio se encontró que un 1% de la población presenta trastorno por bulimia en la vida⁽⁴⁾.

>>>>>> Referencias

1. NIMH National Institute of Mental Health. Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida. [Internet]. NIMH: Mental Health information. 2018 [citado 5 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion/index.shtml>
2. Asociación contra la Anorexia y la Bulimia. ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria? [Internet]. [citado 4 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>

3. Arancibia M. DSM-5 y los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2014;52(Supl 1):22-33.
4. Torres de Galvis Y. Primer estudio poblacional de salud mental, Medellín, 2011-2012. Medellín: Universidad CES.
5. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Ment.* 2012;35(6):483-90.
6. Dahlgren CL, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord.* 2017;5(1):56.



11. Comportamiento suicida

● ● ● ○ ○ Yolanda Torres de Galvis





11. Comportamiento suicida

● ● ● ○ ○ Yolanda Torres de Galvis

Aspectos conceptuales

Dura predicción de la OMS ...

“El suicidio es un problema importante y evitable de salud pública, la OMS estima que para el año 2020, su magnitud crecerá en un 50% y lo que se considera más grave aún, las tasas de suicidio entre los jóvenes están en aumento hasta el punto que ahora son considerados como el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo”⁽¹⁾.

causas de muerte. Reportes de la OMS indican que el suicidio es responsable del mayor daño intencional en los países desarrollados, además se puede convertir en el principal contribuyente de la carga de enfermedad en las próximas décadas. En este sentido se estima que, para el 2020, su magnitud crecerá en un 50% y, lo que se considera más grave aún, las tasas de suicidio entre los jóvenes están en aumento hasta el punto que ahora estos son considerados el grupo con mayor riesgo en un tercio de los países del mundo⁽³⁾.

En mayo de 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, que se propone reducir un 10% para el 2020 la tasa de suicidio en los países⁽²⁾.

Ha llamado la atención la información reciente generada en Gran Bretaña, sobre la creación del primer Ministerio para la Prevención del Suicidio, acompañada por un movimiento en el que han participado los miembros de la casa real, y llaman a la población general a compartir y hablar sobre sus problemas.

El día Mundial sobre la Salud Mental celebrado en el presente año, fue dedicado a este importante tema. Una mirada a la página web de la OMS da una idea de la magnitud del impacto del suicidio: cerca de un millón de personas se quitan la vida cada año y muchas más intentan hacerlo. *Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países, y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida.*

El suicidio se puede producir a cualquier edad. En el 2018 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

- Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad “global” de dieciséis por cada cien mil personas, o una muerte cada cuarenta segundos.
- Estas muertes son más que las producidas por las guerras y los homicidios juntos.

- En menos de 50 años, el suicidio ha aumentado un 60%. En 2020 habrá aumentado otro 50%.
- Por cada persona que consigue suicidarse, otras veinte lo intentan.
- Es la primera causa de muerte externa en muchos países del mundo y una de las primeras causas en adolescentes y personas en edad productiva.
- Se estima que, a nivel mundial, en 1998, el suicidio fue la causa del 2% de la carga global de morbilidad, y que en 2020 representará el 2,4% en algunos países, sin hablar del sufrimiento que genera a sus supervivientes en promedio (familiares y allegados) por suicidio.
- Las tasas entre los jóvenes han ido en aumento, hasta el punto de que en la actualidad figuran como el grupo con mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.
- El suicidio es un problema complejo en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.
- Los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio.
- Se da especial importancia como factor asociado al suicidio, particularmente en los adolescentes, al trastorno de conducta impulsiva.

Definiciones del comportamiento suicida

El comportamiento suicida varía en cuanto a los grados: desde sólo pensar en quitarse la vida hasta elaborar un plan para suicidarse y obtener los medios para hacerlo, intentar suicidarse y, finalmente, llevar a cabo el acto de suicidio consumado.

>>>>>> Definciones

Conducta suicida. Es “una secuencia de eventos, denominados *proceso suicida*, que se da de manera progresiva, en muchos casos inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado”⁽⁴⁾.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE - de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993), del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la conducta suicida se considera como un síntoma de malestar o trastorno emocional o mental y no representa un diagnóstico en sí mismo y, en consecuencia, se debe revisar la presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que, en conjunto, hagan parte de su diagnóstico. Los códigos de la CIE, en su versión 10, que se encuentran relacionados con la conducta suicida son: X60 al X84.

Por conducta suicida se entiende un conjunto de eventos complejos, que pueden afectar a personas de cualquier edad o condición. Cuando se manifiesta como suicidio consumado, tiene consecuencias devastadoras para el individuo, su familia y la comunidad, y sus efectos son duraderos.

Ideación suicida. “Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas”⁽⁴⁾.

El plan suicida. Además del deseo de morir, existe la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos; consiguiendo los insumos para hacerlo; elaborando notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento.

El intento de suicidio. El Protocolo de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública establece que un caso confirmado de intento de suicidio es cuando hay una “conducta potencialmente lesiva autoinfligida y

duda, en cualquier definición de suicidio, la intención de morir es un elemento clave. No obstante, a menudo es bastante difícil reconstruir los pensamientos de las personas que se suicidan, a menos que hayan dejado una nota de suicidio. No todos los que sobreviven a un acto suicida se habían propuesto vivir, ni todas las muertes por suicidio son planificadas.

Por lo tanto, puede ser problemático establecer una correlación entre la intención y el resultado. En muchos sistemas jurídicos, se certifica como suicidio una muerte cuando las circunstancias son compatibles con un suicidio y pueden descartarse el asesinato, la muerte accidental y las causas naturales.

Comportamiento suicida

Al revisar la bibliografía sobre el tema, se constata la presentación de muchas discrepancias acerca de la terminología más apropiada para describir el comportamiento suicida. Recientemente, se ha propuesto el término “comportamiento suicida mortal”, basado en el resultado de los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, “comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas que no provocan la muerte⁽⁹⁾. Tales actos también, a menudo, se denominan “intentos de suicidio” (término común en los Estados Unidos), “parasuicidio” y “daño autoinfligido deliberado” (términos comunes en Europa).

Ideación suicida e intento

La problemática del suicidio ocurre en un continuo, el cual incluye *la ideación suicida, la planificación y los intentos*, muchos de los cuales no culminan en una defunción. Diversos estudios han encontrado que por cada suicidio consumado ocurren diez, veinte o más intentos de suicidio⁽²⁾. Se reconoce que la calidad de la información de los intentos suicidas varía entre los países, y en la mayoría de los casos no hay información disponible y confiable, por la falta de un apropiado sistema de vigilancia epidemiológica sobre este tema.

El término “ideación suicida” se refiere a pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración. En la

Magnitud del problema: comportamiento suicida mortal En el ámbito mundial

El suicidio representa 1,4% de las muertes a nivel mundial y se clasifica entre las veinte principales causas de mortalidad.

En la Región de las Américas ocurren alrededor de 72.000 defunciones por suicidio anualmente. Es importante tener en cuenta que las tasas de mortalidad por suicidio reportadas pueden estar subestimadas en muchos países. La OMS estima que “la frecuencia del intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas se señala de un 3% al 5%; en el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio”⁽¹⁵⁾.

El suicidio se ha convertido en un problema de gran importancia en salud pública a nivel mundial, en particular en la población de 15 a 24 años, edades en las cuales se constituye actualmente como la segunda causa de muerte en la mayoría de países. En este grupo etario la tasa de mortalidad por suicidio, se ha incrementado en los últimos 40 años en comparación con el resto de grupos etarios, alcanzando la cifra de 14,2 por 100.000 hombres y 12 por 100.000 mujeres en el año 2003^(16,17).

En el 2010, la OMS señaló que el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en las personas de 15 a 44 años, y que para el 2020 alcanzará 1,5 millones de muertes anuales. Cada 30 segundos se suicida una persona en el mundo, cada día hay en promedio casi 3.000 que ponen fin a su vida, y al menos veinte intentan suicidarse por cada una que lo consigue.

La OMS agregó con motivo de la Jornada Mundial de Prevención del Suicidio, que el porcentaje de suicidios en el mundo ha aumentado un 60% durante los últimos 50 años, y el aumento más fuerte se registró en los países en desarrollo, también señala que el trauma emocional que causa un suicidio en el entorno del suicida, fallido o realizado, “puede durar numerosos años”.

Para luchar contra el suicidio y poner en marcha estrategias de prevención, es importante, según la misma organización, acabar con los tabúes y abordar el tema abiertamente. “Hace falta que el suicidio no sea considerado como un tabú o el resultado de crisis personales o sociales, más bien como un indicador de salud que ponga de manifiesto los riesgos psicosociales, culturales y medioambientales susceptibles de prevención”⁽²⁾, añadió la OMS.

En el ámbito mundial, los hombres tienen una mayor tasa de suicidio consumado que las mujeres, con una razón aproximada de 1,8 a 1. En contraste, las mujeres presentan mayores intentos que los hombres. Una de las razones que explican este comportamiento es que los hombres emplean métodos más violentos y letales.

Panorama del suicidio en la región de las Américas

Con alrededor de 65.000 defunciones anuales por suicidio y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7,3 por 100.000 habitantes en el periodo 2005-2009, el suicidio constituye un problema de salud pública de extremada importancia en las Américas⁽¹⁸⁾.

Según datos de la OMS, en el Informe Regional sobre Mortalidad por Suicidio en las Américas⁽¹⁹⁾, entre otros hallazgos significativos figuran:

- El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 24 años.
- Los adultos mayores de 70 años tienen alta probabilidad de morir por suicidio.
- Los hombres tienen cuatro veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, aunque las mujeres realizan más intentos.
- El método más común de suicidio en la región es la sofocación (incluyendo el ahorcamiento), seguido del uso de armas de fuego y el envenenamiento (incluyendo sobredosis de drogas e ingesta de pesticidas).

- El suicidio descendió ligeramente en América del Norte entre 2005 y 2009, pero se incrementó en América Latina y el Caribe.

En los estudios sobre carga de la enfermedad, las lesiones autoinfligidas, los intentos de suicidio y las muertes por esta causa ocuparon, en 2010, el 18° lugar en el ámbito mundial. Según los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), constituyen el 1,5% del total de los AVAD. En América Latina, las autolesiones corresponden a 1,3% del total de los AVAD⁽²⁰⁾.

Cabe destacar que existe una estrecha relación entre el suicidio y las enfermedades mentales, pues estas están presentes en más del 90% de todos los casos de suicidio⁽²¹⁾.

El informe presentado por la OMS sobre mortalidad por suicidio en las Américas⁽¹⁹⁾, con base en información de 48 países y territorios de la región, muestra que el suicidio se presenta como un problema de salud relevante y una de las principales causas de muerte prevenible en el continente. Cerca de 65.000 personas se quitan la vida cada año en la región, más de siete cada hora, según el informe presentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas, de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se señala que la calidad de los datos de suicidio puede variar de forma significativa entre los países. Además, factores culturales, religiosos y hasta legales llevan a un subregistro del suicidio en muchos países, lo que sugiere que, probablemente, el informe subestima la real carga de suicidio en las Américas.

Como se informó al inicio de este capítulo, el actual Director de la OMS, Tedros Adhanom, enfatizó en la necesidad de detectar esos casos de manera temprana y de tratar los trastornos mentales como la depresión y el abuso de alcohol, al igual que, en todas las comunidades y en todos los servicios de atención primaria identificar, monitorear y brindar atención a las personas que están en riesgo, y tener especial cuidado con aquellos que lo han intentado previamente.

- En la adolescencia y en la juventud se presenta la mayor incidencia (120,7 y 83,9 por cada 100.000 habitantes respectivamente).
- Las entidades territoriales que notificaron más casos en 2019 fueron en su orden Antioquia, Cundinamarca, Valle, Risaralda, y Tolima.
- En 2018 los factores relacionados con el entorno escolar y con el maltrato físico, psicológico, o sexual, constituyeron el 75,7% de los factores desencadenantes del intento de suicidio, y en 2019 el 77,3% para ambos sexos.
- Los casos con factores de riesgo ideación suicida persistente y plan organizado de suicidio, aumentaron en el año 2019 a 40,4% y 14,4% respectivamente, en comparación con el año anterior 2018 (37,2% y 5,8% respectivamente).
- El dato sobre intento de suicidio en la infancia es impactante, pues en el grupo de menores de 6 a 12 años aumentó pasando de 6,6 casos a 10,4 por cada 100.000 habitantes; también como número de casos pasó de 339 a 534.

La incidencia de intentos de suicidio en Colombia, en 2018-2019, tomando la semana epidemiológica 35 de 2019, aumentó en el 73% de las entidades territoriales. En esta semana se notificaron 20.180 casos, que representaron una incidencia nacional de 40,1 casos por 100.000 habitantes; esto es 0,7 casos por 100.000 habitantes más que el año anterior.

Lesiones autoinfligidas intencionalmente

El número de personas atendidas con el diagnóstico de lesiones autoinfligidas intencionalmente (Códigos CIE10 X60 a X84), en todos los servicios de salud, de 2009 a 2015, fue de 10.325 casos, con un promedio de 1.475 por año.

En el año 2016 se presentó un comportamiento alto en los grupos de edad entre los 20 y 24 años para las mujeres y entre los 25 y 29 para los hombres: 270 y 228 casos, respectivamente. El mecanismo de

2018 se reportaron un total de 2.696 casos de suicidio en Colombia⁽²²⁾. En la última década (2009-2018), el sistema médico legal colombiano documentó 20.832 registros por suicidio, lo que corresponde a 2.083 casos promedio por año. Los datos sobre la tendencia en el tiempo, después de analizar los mayores registros, muestran que se presentaron durante los años 2017 y 2018 con 2.310 y 2.571 casos respectivamente.

- El suicidio para el año 2016 tuvo un comportamiento por sexo de 2.220 hombres (82,3%) y 476 mujeres (17,7%).
- La distribución por edad presentó las frecuencias más altas en los hombres de 20 a 24 años (318 casos) y de 25a 29 años (260 casos): 14,32% y 11,71%, respectivamente.
- En las mujeres, la mayor frecuencia estuvo en el grupo de 20 a 24 años (73 casos) y de 15 a 17 (65 casos).
- Según edad, las tasas de suicidio por 100.000 habitantes más altas por grupos quinquenales se presentan en los grupos de 18-19 y 20-24 años, con una tasa promedio de 8,38 y 9,09 muy por encima de la tasa general (5,93).
- Por sexo, la tasa más alta se presentó para los hombres adultos entre los 75 - 79 años con 18,84 por 100.000, versus las mujeres, en las cuales se encontró tasas de 5,18 en edades de 15 a 17 años y 3,80 entre los 18 y 19 años.
- La tasa general para los suicidios en Colombia se encuentra en 5,93, la más alta de los últimos diez años.
- Por cada suicidio cometido hay más de veinte intentos. El intento previo es el factor de riesgo más importante de suicidio consumado en la población general.

Comportamiento según escolaridad: según análisis del Instituto de Medicina Legal de Colombia, el 85,05% de los casos reportados como suicidio cuenta con información sobre esta variable.

» **Tabla 1.** Consumo de sustancias como factores asociados al comportamiento suicida en los últimos 12 meses – Adolescentes en Colombia.

Factores de riesgo (Sustancias)	Ideación suicida		Planeación suicida		Intento de suicidio	
	Media	Intervalo	Media	Intervalo	Media	Intervalo
Consumo de marihuana	2,92	(2,87 – 2,98)	0,67	(0,64 – 0,71)	2,30	(2,23 – 2,37)
Consumo de cocaína y sus derivados	6,90	(6,68 – 7,14)	11,10	(10,67 – 11,54)	3,85	(3,65 – 4,07)
Consumo de medicamentos no recetados	3,68	(3,59 – 3,77)	4,67	(4,52 – 4,83)	4,33	(4,19 – 4,47)
Consumo de heroína y otros derivados	4,48	(4,32 – 4,65)	NC	NC	2,88	(2,71 – 3,06)
Consumo de alcohol	2,27	(2,22 – 2,31)	4,25	(4,07 – 4,43)	1,14	(1,12 – 1,17)
Consumo de tabaco	1,50	(1,48 – 1,52)	1,65	(1,62 – 1,68)	1,07	(1,05 – 1,10)

Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia. Torres de Galvis Y. y colaboradores.

En el Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes en Colombia, con respecto a los factores de protección asociados con la prevención del suicidio, para la ideación suicida se encontraron: la comunicación de la madre y la cohesión familiar como factor protector para la ideación, y para el intento de suicidio, la supervisión seguida de la comunicación con el padre.

»»»»»» Resultados

A continuación se presentan los resultados del Estudio sobre Salud Mental, 2019.

Ideación suicida

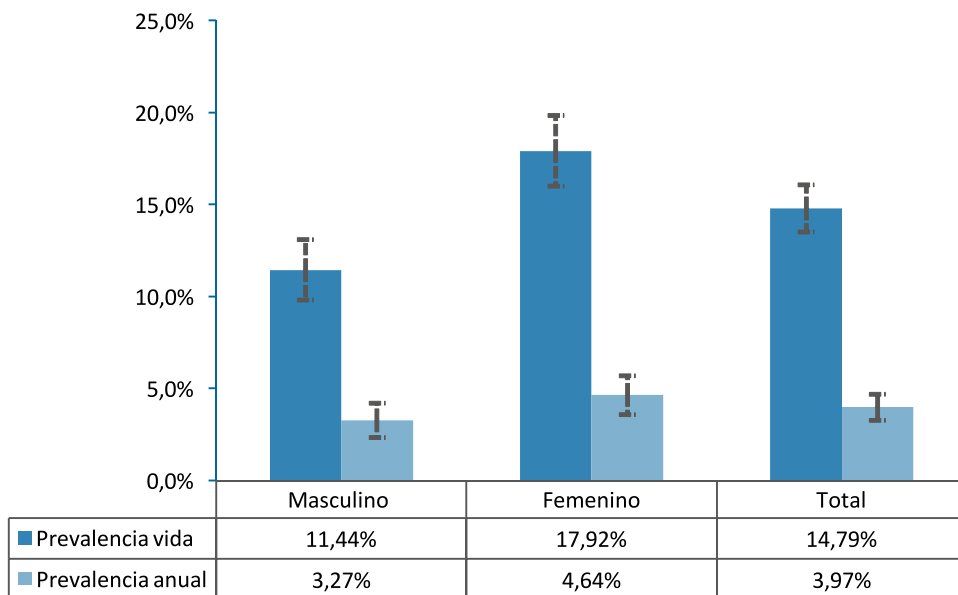


Figura 1. Prevalencia para ideación suicida y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Casi cuatro personas de cada cien presentaron ideación suicida durante el año anterior al estudio, siendo más alta la prevalencia anual para el sexo femenino con 4,64%, presentándose una diferencia baja en relación con el sexo masculino de 1,37%.

La diferencia por sexo para la prevalencia de vida fue de 6,42% más alta en el sexo femenino con una prevalencia de 17,92%, frente a 11,44% del sexo masculino; siendo esto lo esperado al comparar los datos con otros estudios sobre el tema.

Llama la atención el comportamiento de la prevalencia anual, al presentar menor diferencia por sexo con relación al estudio de 2012.

»» **Tabla 2.** Prevalencia para ideación suicida según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual
13 a 18 años	12,2%	4,3%
19 a 29 años	17,2%	6,4%
30 a 44 años	16,5%	4,6%
45 a 65 años	12,9%	2,1%
Total	14,8%	4,0%

Los grupos de 13 a 18 años y de 45 a 65 años presentaron una prevalencia de vida de 12,2% y 12,9%, porcentajes inferiores a las edades intermedias.

Durante el año anterior, cuatro de cada cien personas presentaron ideación suicida, siendo preocupante que la prevalencia más alta 6,4%, la presenta el grupo de 19 a 29 años.

Y todavía motivo de mayor preocupación, al comparar los resultados del estudio anterior (2012), se encuentra que por cada caso de ideación suicida se presentan más de cinco en el presente estudio.

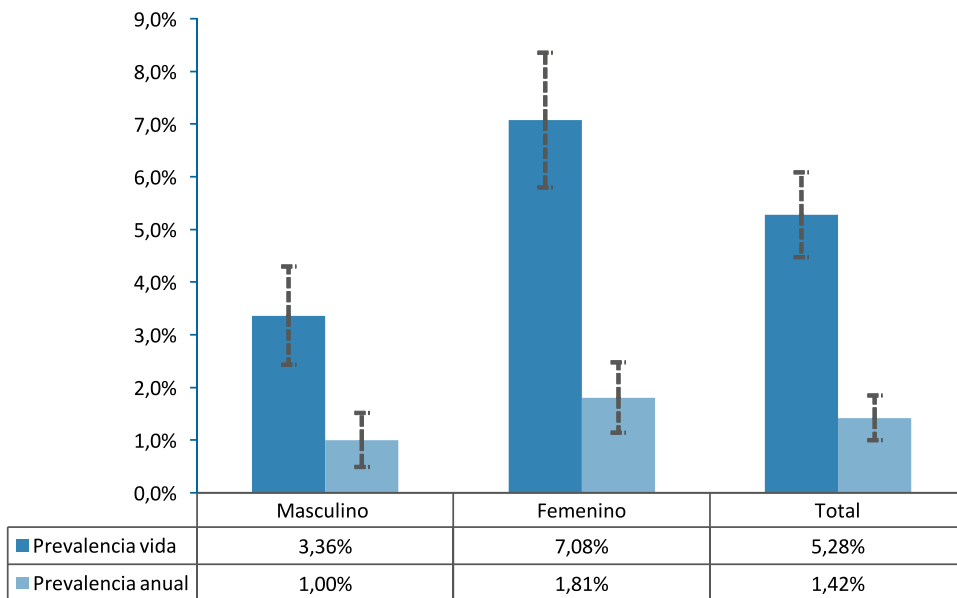
Planeación suicida

El análisis del comportamiento suicida involucra tres componentes:

- Ideación
- Planeación
- Intento

A medida que se pasa de una situación a la otra se incrementa la posibilidad de tener un caso de suicidio consumado.

La prevalencia de vida para la planeación suicida alcanza más de cinco personas de cada cien, con una mayor frecuencia para el sexo femenino, 7,08% versus 3,36% para el masculino.



» **Figura 2.** Prevalencia para planeación suicida y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

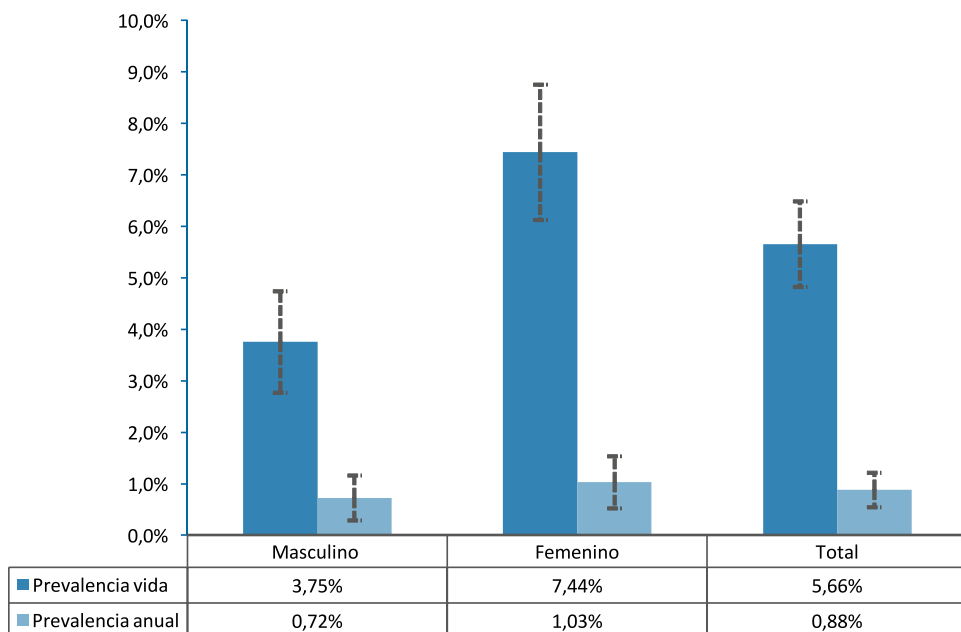
Tabla 3. Prevalencia para planeación suicida según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual
13 a 18 años	4,5%	1,8%
19 a 29 años	5,8%	1,9%
30 a 44 años	5,8%	2,1%
45 a 65 años	4,8%	0,5%
Total	5,3%	1,4%

Intento de suicidio

Con relación al intento de suicidio, la prevalencia anual para el sexo femenino fue más alta que para el masculino, 1,03% y 0,72% respectivamente.



»» **Figura 3.** Prevalencia para intento de suicidio y su respectivo intervalo de confianza del 95% según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

El comportamiento del intento de suicidio en los últimos 12 meses fue de 0,88% para el total de la población, por cada diez personas que lo planearon casi una lo intentó. La prevalencia fue mayor para el sexo femenino con una razón de 1,4, o sea que por cada diez hombres que lo intentaron, hubo catorce mujeres.

Para la población general el 5,66% ha intentado el suicidio durante la vida, y por sexo, la mujer está cerca del doble del hombre con 7,44% versus 3,75%.

En la tabla se puede observar el comportamiento por edad para el intento de suicidio, siendo este consistente con los indicadores anteriores. El grupo de 19 a 29 años se comporta como el de más alto riesgo para la prevalencia de vida, seguido, por el de 30 a 44 años.

» **Tabla 4.** Prevalencia para intento de suicidio según edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia anual
13 a 18 años	4,7%	1,1%
19 a 29 años	6,8%	1,4%
30 a 44 años	6,7%	1,1%
45 a 65 años	4,5%	0,4%
Total	5,7%	0,9%

» **Tabla 5.** Indicadores para comportamiento suicida en la vida y el último año.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Indicador	En la vida	Últimos 12 meses
Ideación	14,8%	4,0%
Planeación	5,3%	1,4%
Intento	5,7%	0,9%

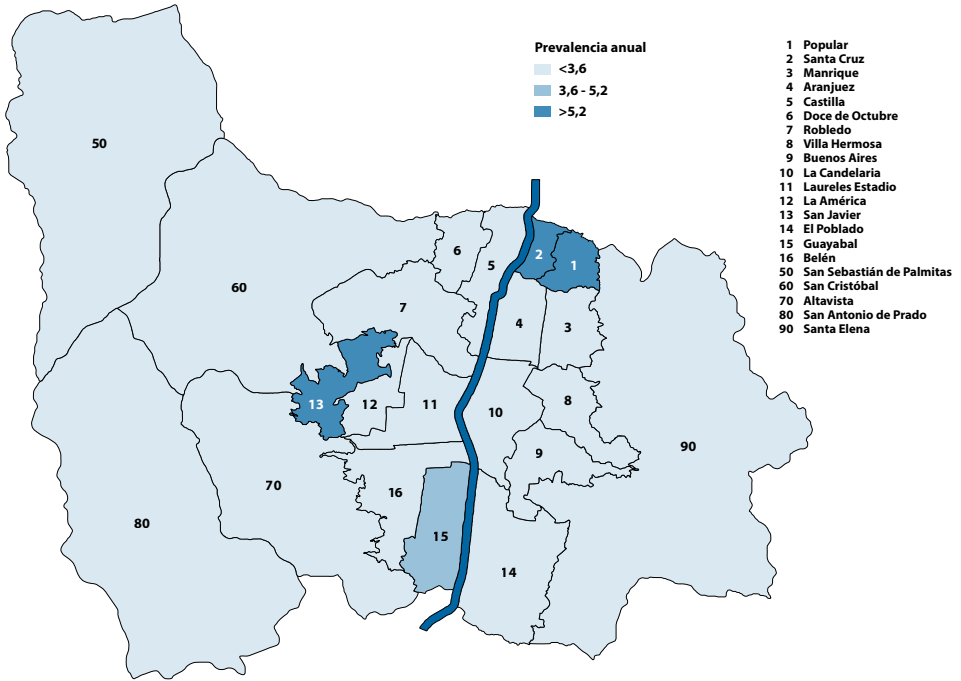
En la tabla anterior se presenta la síntesis de los indicadores de comportamiento suicida, y se puede observar que de cada cien personas, casi quince han presentado ideación suicida durante la vida; 5,3% ha planeado el suicidio y 5,7% lo han intentado.

Analizando la tendencia del indicador para el último año, la proporción es inferior pero dada la importancia del indicador debe ser un llamado de atención el que de cada cien personas casi una ha intentado el suicidio.

Comportamiento por lugar de residencia

En el mapa se puede visualizar el comportamiento por lugar de residencia. San Javier y las comunas Santa Cruz y Popular presentaron los indicadores más altos con prevalencias mayores al 5,2%.

Guayabal con una prevalencia entre el 3,6% y 5,2%, se situó con un comportamiento intermedio, y el resto de las comunas y corregimientos con una prevalencia de comportamiento suicida menor del 3,6%



» **Mapa 1.** Prevalencia para comportamiento suicida en el último año según lugar de residencia. Estudio de salud mental – Medellín 2019

Métodos más utilizados para el intento de suicidio

Los métodos más utilizados por las personas del sexo masculino son: navaja, cuchillo, cuchilla de afeitar y otro objeto cortante con el 27,3%; saltar desde un lugar alto 18,2%; en igual proporción, 9,1% por sobredosis de medicamentos que no requieren receta, pistola, envenenamiento y colgarse, estrangulación o asfixia.

Para el sexo femenino los métodos informados son en primer lugar, con el 40,9%, la sobredosis con medicamentos que no requieren receta, seguido del uso de navaja, cuchilla de afeitar u otro objeto cortante con el 31,8%, y otros métodos con menor frecuencia.

» **Tabla 6.** Método utilizado para el intento de suicidio según sexo y grupo etario.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Método	Sexo		Grupo etario		Área de residencia	
	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos	Comunas	Corregimientos
Pistola	9,1%	0,0%	0,0%	4,5%	3,8%	0,0%
Navaja, cuchillo, cuchilla de afeitar, otro cortante	27,3%	31,8%	27,3%	31,8%	34,6%	14,3%
Sobredosis de medicamentos que requieren receta	9,1%	40,9%	36,4%	27,3%	26,9%	42,9%
Sobredosis de medicamentos que no requieren receta	18,2%	0,0%	0,0%	9,1%	7,7%	0,0%
Envenenamiento (monóxido de carbono, gas, veneno para ratas)	9,1%	4,5%	0,0%	9,1%	3,8%	14,3%
Colgarse, estrangulación, asfixia	9,1%	4,5%	9,1%	4,5%	3,8%	14,3%
Saltar desde un lugar alto	18,2%	9,1%	18,2%	9,1%	11,5%	14,3%
Otro	0,0%	9,1%	9,1%	4,5%	7,7%	0,0%

Método según motivo para intento de suicidio

Los principales métodos utilizados según motivo para el intento de suicidio se clasifican en:

1. Quería morir e hizo un intento muy serio para matarse, solo la suerte hizo que no lo lograra.
 - Navaja, cuchillo, cuchilla de afeitar, otro cortante 33,3%.
 - Sobredosis de medicamentos que requieren receta 38,9%.
2. Intentó matarse, pero sabía que el método podía fallar.
 - Sobredosis de medicamentos que requieren receta 25,0%.

3. El intento fue una petición de ayuda, no quería morirse.

- Navaja, cuchillo, cuchilla de afeitar, otro cortante 42,9%.

» **Tabla 7.** Método según motivo para intento de suicidio.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Método que utilizó para el intento de suicidio	Hizo un intento muy serio para matarse, solo la suerte hizo que no lo lograra	Intenté matarme, pero sabía que el método podía fallar	Mi intento fue una petición de ayuda, no quería morirme
Pistola	0,0%	12,5%	0,0%
Navaja, cuchillo, cuchilla de afeitar, otro cortante	33,3%	12,5%	42,9%
Sobredosis de medicamentos que requieren receta	38,9%	25,0%	14,3%
Sobredosis de medicamentos que no requieren receta	5,6%	12,5%	0,0%
Envenenamiento (monóxido de carbono, gas, veneno para ratas)	5,6%	0,0%	14,3%
Colgarse, estrangulación, asfixia	5,6%	12,5%	0,0%
Saltar desde un lugar alto	11,1%	12,5%	14,3%
Otro	0,0%	12,5%	14,3%

» **Tabla 8.** Descripción del método utilizado para intento de suicidio según sexo y edad.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Método utilizado	Sexo		Grupo etario	
	Masculino	Femenino	Adolescentes	Adultos
Pistola	9,1%	0,0%	0,0%	4,5%
Navaja, cuchillo, cuchilla de afeitar, otro cortante	27,3%	31,8%	27,3%	31,8%
Sobredosis de medicamentos que requieren receta	9,1%	40,9%	36,4%	27,3%
Sobredosis de medicamentos que no requieren receta	18,2%	0,0%	0,0%	9,1%
Envenenamiento (monóxido de carbono, gas, veneno para ratas)	9,1%	4,5%	0,0%	9,1%
Colgarse, estrangulación, asfixia	9,1%	4,5%	9,1%	4,5%
Saltar desde un lugar alto	18,2%	9,1%	18,2%	9,1%
Otro	0,0%	9,1%	9,1%	4,5%

Navaja, cuchillo, cuchilla de afeitar, otro objeto cortante; es el método mayormente utilizado por las personas del sexo femenino, 27,3%, y por parte de los adultos, con un 31,8%.

La sobredosis de medicamentos que requieren receta, prioritariamente con un 40,9% por las personas de sexo femenino y los adolescentes.

Comparación de los resultados con otros estudios

» **Tabla 9.** Comparación con otros estudios: indicadores por cien para comportamiento suicida según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

	Medellín 2011	Medellín 2019	Itagüí 2012	Envigado 2017	Sabaneta 2018
Prevalencia de vida					
Ideación suicida	14,1%	14,8%	13,3%	22,0%	17,3%
Plan suicida	4,3%	5,3%	3,1%	9,8%	7,3%
Intento de suicidio	4,6%	5,7%	3,5%	11,5%	9,8%
Prevalencia anual					
Ideación suicida	3,6%	4,0%	4,4%	6,9%	3,7%
Plan suicida	1,3%	1,4%	1,2%	9,8%	1,7%
Intento de suicidio	0,8%	0,9%	1,0%	2,7%	1,5%

La tabla anterior se presenta dada la posibilidad de hacer una comparación directa de los resultados del presente estudio con los del primero realizado en el 2012, y los otros realizados en municipios del Área Metropolitana.

La prevalencia de vida para la ideación suicida entre los dos estudios de Medellín presentó igual comportamiento; la planeación y el intento han aumentado su prevalencia, y presentan indicadores inferiores que para Envigado y Sabaneta. La comparación con los resultados de Itagüí se debe hacer con precaución dado el tiempo trascurrido, 9 años.

Asociación de la planeación suicida con otros trastornos mentales

Se presenta como un valioso aporte la estimación de la Razón de Disparidad, para evaluar la posible asociación de la planeación suicida con algunos trastornos mentales.

Concordante con la literatura sobre el tema, el factor más fuertemente asociado con el intento de suicidio, con una RD superior a 59, es la planeación, con una RD superior para el sexo masculino, seguido por la presencia de negligencia en la niñez con una OR de 2,83 y cualquier trastorno de impulsividad con OR de 2,21.

» **Tabla 10.** Asociación entre intento de suicidio con planeación suicida y otros trastornos mentales.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

	Intento de suicidio en la vida					
	Total		Masculino		Femenino	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Planeación suicida	59,22	(38,78 – 90,44)	66,38	(32,11 – 137,23)	52,53	(31,16 – 88,57)
Estrés postraumático	1,47	(0,86 – 2,52)	0,95	(0,28 – 3,16)	1,57	(0,85 – 2,9)
Depresión mayor	1,42	(1,00 – 2,03)	1,84	(0,97 – 3,48)	1,15	(0,75 – 1,76)
Cualquier trastorno de la impulsividad	2,21	(1,49 – 3,28)	4,81	(2,71 – 8,54)	1,38	(0,75 – 2,53)
Negligencia en la niñez	2,83	(1,37 – 5,86)	0,81	(0,11 – 6,21)	4,03	(1,74 – 9,34)
Abuso de alcohol	1,72	(1,17 – 2,53)	2,15	(1,21 – 3,83)	2,13	(1,21 – 3,75)
Dependencia de alcohol	1,36	(0,78 – 2,36)	2,41	(1,22 – 4,78)	0,87	(0,3 – 2,5)
Abuso de drogas	1,43	(0,87 – 2,36)	1,94	(1,02 – 3,68)	2,19	(0,86 – 5,61)
Dependencia de drogas	1,26	(0,59 – 2,68)	1,98	(0,85 – 4,6)	0,97	(0,12 – 7,91)

Factores del sistema de salud

Barreras de acceso.

Factores sociales

Estigma asociado a comportamiento de búsqueda de ayuda, acceso fácil a los medios para cometer el suicidio, manejo inapropiado de los medios de comunicación.

Factores relacionados con la comunidad

Desastres naturales, guerras, conflictos, tensiones de aculturación, discriminación, situaciones traumáticas o de abuso.

Relaciones humanas

Sentimiento de aislamiento, falta de apoyo de redes sociales, relaciones conflictivas, discordia o pérdida, tensiones de aculturación, discriminación, situaciones traumáticas o de abuso.

Factores de riesgo personales

Intento previo de suicidio, trastorno mental, uso nocivo de alcohol, situaciones de desesperación, pérdidas financieras o de trabajo, dolor crónico, antecedentes familiares de suicidio, baja resiliencia, situaciones de desesperación.

Factores genéticos o biológicos

Alteraciones genéticas o del desarrollo en los sistemas neurobiológicos se asocian con comportamiento suicida; por ejemplo, los bajos niveles de serotonina están relacionados con intentos de suicidio graves en pacientes con trastornos del humor, esquizofrenia y trastornos de la personalidad. Un antecedente familiar de suicidio es un fuerte factor de riesgo de suicidio e intento de suicidio.

cuidadosos. Tener fe puede ser un factor de protección, ya que normalmente esto proporciona un sistema de creencias estructurado y favorece un comportamiento que puede considerarse física y mentalmente positivo⁽²⁵⁾. Sin embargo, en muchos casos pueden presentarse creencias y comportamientos religiosos y culturales que contribuyan negativamente al suicidio, debido a que sus posturas morales sobre él pueden impedir la búsqueda de ayuda.

El valor protector de la religión y la espiritualidad puede surgir de que ellas proporcionan acceso a una comunidad unida y solidaria con un conjunto de valores compartidos.

Muchos grupos religiosos prohíben los factores de riesgo de suicidio, como el uso de alcohol; sin embargo, las prácticas sociales de ciertas religiones también han fomentado la autoinmolación por fuego entre grupos específicos, como las mujeres del sur de Asia al perder a sus esposos⁽²⁶⁾. Por lo tanto, la religión y las creencias espirituales pueden ofrecer cierta protección contra el suicidio, pero esto depende de las prácticas e interpretaciones culturales y contextuales específicas.

El impacto de los factores, el estilo de vida y las estrategias de afrontamiento positivas son factores de protección contra el suicidio⁽²⁷⁾. El bienestar es conformado en parte por rasgos de personalidad, que determinan la vulnerabilidad o la resiliencia contra el estrés y el trauma. La estabilidad emocional, una perspectiva optimista de la vida y una identidad propia, ayudan a hacer frente a las dificultades que se presentan. La buena autoestima, la autoeficacia y el poseer habilidades efectivas de resolución de problemas, que incluyan la capacidad de buscar ayuda cuando sea necesario, pueden mitigar estresantes y las adversidades de la infancia⁽²⁸⁾.

La voluntad de buscar ayuda para problemas de salud mental puede, en particular, estar determinada por actitudes personales. Como los trastornos mentales son estigmatizados, las personas (y especialmente los varones) pueden ser reacias a buscar ayuda y esto puede agravar sus problemas de salud mental, aumentando el riesgo de suicidio, que de otro modo se habría evitado eficazmente mediante una intervención temprana.

Intervenciones preventivas

Las intervenciones basadas en la evidencia para la prevención del suicidio, cuentan con un sustento teórico que distingue entre intervenciones universales, selectivas e indicadas⁽³²⁾. Tal y como veremos a continuación:

Estrategias universales de prevención o prevención universal: Están diseñadas para llegar a toda una población en un esfuerzo por maximizar la salud y minimizar el riesgo de suicidio, eliminando barreras para la atención y así aumentar el acceso a la ayuda, fortaleciendo los procesos de protección como el apoyo social y la alteración del entorno físico.

Estrategias de prevención selectiva. Su objetivo son los grupos vulnerables dentro de una población, basados en características tales como edad, sexo, estado ocupacional o historial familiar. Aunque las personas actualmente, no expresen comportamientos suicidas, pueden estar en un nivel elevado de riesgo biológico, psicológico o socioeconómico.

Estrategias de prevención indicadas. Son específicas y tienen como objetivo atender a los individuos vulnerables dentro de la población, por ejemplo, a aquellos que han presentado signos tempranos de potencial suicida o que han hecho un intento de suicidio.

Dados los múltiples factores involucrados y las numerosas vías que conducen a conductas suicidas, el esfuerzo de prevención del suicidio requiere un amplio enfoque multisectorial, que aborde varios grupos, contextos y riesgos de la población a lo largo del curso de la vida.

Con base en los hallazgos presentados, no cabe duda de la importancia que tiene la implementación de un programa de prevención para el comportamiento suicida, con enfoque de prevención universal, reforzado por intervenciones de prevención indicada y prevención selectiva. Se cuenta con un acervo muy grande de información sobre intervenciones, algunas basadas en la evidencia.

Según la OMS los servicios de salud deben incorporar la prevención del suicidio como un componente central. Los trastornos mentales, el

consumo nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas contribuyen a que se cometan muchos de los suicidios. La identificación temprana y el manejo eficaz, son fundamentales para conseguir que las personas reciban la atención que necesiten. La comunidad desempeña una función crucial en la prevención del suicidio, puede prestar apoyo social a las personas vulnerables y ocuparse del seguimiento, luchar contra la estigmatización y apoyar a quienes han perdido a sus seres queridos por el suicidio.

Los suicidios pueden prevenirse y de hecho existen intervenciones eficaces. Ante todo, y en un plano personal, la detección y tratamiento tempranos de la depresión y del trastorno por consumo de alcohol, son fundamentales para la prevención del suicidio, así como el contacto de seguimiento con quienes han tratado de suicidarse, y el apoyo psicosocial en las comunidades.

Igual de importante son, ya en el ámbito poblacional, las intervenciones eficaces destinadas a reducir el acceso a los medios para suicidarse, la adopción a través de los medios de comunicación de normas responsables de información sobre suicidios, y la introducción de políticas para reducir el consumo nocivo del alcohol. Desde la perspectiva de los sistemas de salud, es imperativo que los servicios de atención incorporen, entre sus componentes básicos, la prevención del suicidio.

La detección temprana y una intervención oportuna por parte de los responsables de salud comunitaria, terapeutas y educadores pueden ser importantes con el fin de prevenir futuras dificultades emocionales. La gran mayoría de los suicidios son evitables, el 80% de las personas suicidas avisan de su intención y el 50% mencionan abiertamente su deseo de morir.

Información para la acción

En muchas partes se cuenta con información para orientar las intervenciones.

Antecedente de intento de suicidio

Un antecedente de intento de suicidio es uno de los factores importantes y que tiene mayor valor predictivo del eventual suicidio. El principal riesgo existe durante el primer año después del intento. Se informa que entre el 30% y el 60% de los suicidios presentan un intento previo. Se calcula que la razón entre intentos de suicidio y suicidio consumado es de 6:1 en la población general, o sea que, por cada seis intentos, se consuma uno. Los estudios científicos refieren que un 26,3% de las personas que realizan un intento de suicidio, asisten a una consulta médica antes de hacerlo, y entre 13% y 35% de estos lo repiten en los dos años siguientes.

Se debe enfatizar este hallazgo de gran importancia para la intervención indicada: las personas que informaron haber planeado suicidio, en el presente estudio, presentan un altísimo riesgo de intentarlo, con una relación que tiene muy alta fuerza de asociación como factor predictivo, al presentar una RD de 39,3. Esto se interpreta como un exceso de riesgo de 38 (por cada persona que lo intenta, entre los que no informan haberlo planeado, se presentan 39 entre los que lo han informado)

Existe suficiente evidencia para afirmar que el antecedente de conductas autolesivas es uno de los más potentes predictores de suicidio consumado. Estudios de seguimiento señalan que, alrededor de 9 años después de haber cometido un acto de autoinjuria, el 5% habrá consumado suicidio. El mayor riesgo de muerte se presenta dentro de los primeros seis meses luego de una autoagresión⁽³³⁾. Hawton calcula que, durante el año después de autolesionarse, el riesgo de suicidio es sesenta veces mayor que en la población general y, como tal, las autolesiones predicen intentos suicidas futuros.

Todas las instituciones deben tener guías para la atención de emergencia acerca de cómo detectar, informar, abordar y remitir a las potenciales víctimas con tendencia suicida. Urge mejorar la calidad de servicios de monitoreo de comportamiento y atención de las conductas autolesivas y suicidas, con el fin de determinar y evaluar las posibles

Las personas con tendencias autolíticas (suicidas), buscan desesperadamente librarse de males y dolores antes de acabar con su vida, es decir, al destruir su cuerpo, no renuncian a la voluntad de vivir, sino a una vida que les hace sufrir, pues las circunstancias les impiden gozar de ella (desempleo, dificultades económicas, baja escolaridad, abandono temprano de su educación formal, sensación de soledad y peligro ante la problemática con los padres), factores que denotan condiciones de ansiedad, depresión, soledad y desesperanza que pueden anteceder a la grave decisión de quitarse la vida.

Se recomienda especial atención al diagnóstico y al tratamiento de la depresión mayor. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela, y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable, y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. Hoy se cuenta con importantes estudios de costo beneficio, y tanto el Banco Mundial como la OMS la recomiendan como una acción costo-efectiva.

Muchos de los trabajos científicos publicados, hacen énfasis en los riesgos que representa internet para la proliferación de comportamientos suicidas, la difusión de métodos de suicidio, las actitudes de contagio o imitación, y los suicidios en red. Por lo anterior, urge un control sobre el tipo y manera de presentar información nociva para la sociedad.

El reconocer estas premisas exige la continuación de estudios transdisciplinarios desde un enfoque de la complejidad, con el fin de formular estrategias orientadas a identificar las causas del suicidio, a reincorporar a las víctimas a su estado de derechos, al apoyo social y al seguimiento de su problemática.

Por lo anterior, se requiere un abordaje interdisciplinario e interinstitucional del suicidio, debido a la complejidad del evento. Es ne-

cesario adoptar un enfoque ecológico, cultural, social, ambiental, político y abordar otros problemas de salud pública.

La prevención de las conductas suicidas no se limita a la intervención sanitaria sobre determinantes individuales, debemos propender porque la buena salud se convierta en la principal herramienta para lograr una vida productiva y agradable.

Los indicadores que miden el progreso de la estrategia pueden incluir los siguientes:

- Reducción porcentual de la tasa de suicidio.
- Número de intervenciones de prevención del suicidio ejecutadas con buenos resultados.
- Disminución del número de casos hospitalizados por intento de suicidio.

Mito:

Hablar de suicidio es una mala idea y puede comportarse como un estímulo.

Realidad:

Dado el estigma generalizado en torno al suicidio, la mayoría de las personas que están contemplando el suicidio no saben con quién hablar.

En lugar de alentar el comportamiento suicida, hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o el tiempo para reconsiderar su decisión y, por lo tanto, prevenir el suicidio.

>>>>>> Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Prevención del suicidio (SUPRE) [Internet]. WHO. [citado 13 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 18 de noviembre 2019]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

3. Nock M, Borges G, Ono Y. Suicide: global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
4. Ministerio de Salud. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Bogotá D.C.: 2017 [citado 1 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>.
5. Organización Mundial de Salud, Organización Panamericana de Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 10 de diciembre 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112670/9275315884_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
6. Stoudemire A, Frank R, Hedemark N, Kamlet M, Blazer D. The economic burden of depression. *Gen Hosp Psychiatry*. 1986;8:387-94.
7. Minois G. History of suicide: voluntary death in Western culture. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1999.
8. Shneidman E. Definition of suicide. New York, NY: John Wiley & Sons.; 1985.
9. Canetto SS, Lester D. Women and suicidal behavior. Nueva York, NY: Springer.; 1995.
10. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal Feelings in the General Population: A Prevalence Study. *Brit J Psychiat*. 1974;(124):460-9.
11. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1999;(56):617-626.
12. Bobes García J, Giner Ubago J, Sainz Ruiz J. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas. España: Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2011.
13. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo,. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE- MISS community survey. *Psychol Med*. 2005;(35):1457-65.
14. World Health Organization. The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Ginebra: World Health Organization; 2002.
15. Ministerio de salud y protección social, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Intento de suicidio. Bogotá D.C.; 2016.
16. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*. 2004 Dic;(24):957-79.

17. Pelkonen M, Marttunen M. Child and Adolescent Suicide: Epidemiology, Risk Factors, and Approaches to Prevention. *Pediatric Drugs*. 2003;(5):243-63.
18. Phillips M. Suicide prevention in developing countries: where should we start? *World Psychiatry*. 2004;(3):156-1567.
19. Organización Mundial de Salud. Suicide Mortality in the Americas [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 05/12/2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-mortality-suicide--final.pdf>
20. Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, The World Bank. *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy - Latin America and Caribbean Regional Edition*. Seattle: WA: IMHE; 2003.
21. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002;(1):181-5.
22. Macana Tuta NL. Comportamiento del suicidio, Colombia, año 2018 [Internet]. Colombia: FORENSIS; 2018. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60.pdf>
23. Torres de Galvis Y, Berbesí Fernández D, Silva JB, Montoya Vélez L. Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Ministerio de Protección Social; 2010.
24. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, TARRIER N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev*. 2011;(31):563-91.
25. Van Praag H. The role of religion in suicide prevention. En: Oxford University Press. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 7-12.
26. Rezaeian M. Epidemiology of self-immolation. *Burns*. 2009;(39):184-6.
27. Sisask M, Värnik A, Kolves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nord J Psychiatry*. 2008;(62):431-5.
28. Luthar SS. Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
29. Davidson CL, Babson KA, Bonn-Miller MO, Souter T, Vannoy S. The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. *Suicide Life Threat Behav*. 2003;(43):279-89.

30. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Med.* 2014;(15):248– 54.
31. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promot Educ.* 2005;(12):9–25.
32. Jansen E, Buster MCA, Zuur AL. Fatality of suicide attempts in Amsterdam 1996–2005. *Crisis.* 2009;(30):180–5.
33. Villarroel G J, Jerez C S, Montenegro M MA, Montes A C, Igor M M, Silva I H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2013 Mar;51(1):38-45.



12. Conclusiones y recomendaciones

●●●○○ Yolanda Torres de Galvis
Gloria María Sierra Hincapié





12. Conclusiones y recomendaciones

Yolanda Torres de Galvis

● ● ● ○ ○ Gloria María Sierra Hincapié

Segundo Estudio sobre la situación de Salud Mental en la Población general de Medellín, mediante la investigación realizada como parte del Estudio Mundial de Salud Mental, con el apoyo de su director el Dr. Ronald Kessler y del Dr. Sergio Aguilar-Gaxiola coordinador del Estudio Mundial para América Latina.

Con base en la evidencia se puede aceptar que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, las sociedades y las naciones. El segundo estudio de Salud Mental de Medellín en la Población General de 13 a 65 años realizado como parte del Estudio Mundial liderado por el Consorcio Harvard-OMS, en el cual participan más de treinta países que usan métodos y procedimientos uniformes para

seguir las mismas reglas de análisis, generó información valiosa para los tomadores de decisiones y para todos los interesados, tanto del ámbito de la salud pública como de la salud mental, además, Medellín aporta sus datos e información para el gran esfuerzo conjunto a nivel internacional.

Los trastornos mentales influyen o se ven afectados por otras enfermedades como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes o la infección por el VIH/SIDA, las cuales requieren servicios y medidas de movilización de recursos comunes. Por ejemplo, hay evidencias de que la depresión predispone al infarto de miocardio y que la diabetes, a su vez, aumenta la probabilidad de sufrir depresión. Muchos factores de riesgo, como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés, son factores comunes a los trastornos mentales y a otras enfermedades no transmisibles.

Igualmente se dispone de evidencia sobre la asociación entre los trastornos mentales y por consumo de sustancias. Tomados en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias cobran un alto precio, y representan un 13% de la carga mundial de morbilidad, la depresión por sí sola representa un 4,3% y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres.

La salud mental es fundamental para la salud pública, según el presente estudio, los trastornos mentales son frecuentes y **afectan a más de dieciséis de cada cien personas adultas en nuestra ciudad**, ningún nivel socioeconómico o área geográfica está exentos de ellos, lo que representa un gran impacto tanto económico como emocional para la persona, la familia y la sociedad, además queda demostrada, la coexistencia de enfermedades físicas y trastornos mentales.

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 resultados que se presentan permitirán a los encargados de la formulación de políticas públicas y toma de decisiones, contar con un diagnóstico actualizado con la más alta confiabilidad, una línea de base

para la evaluación de las intervenciones tendientes a mejorar la salud mental de la población, y para entender como el bienestar y el camino hacia un mejor futuro no serán posibles sin una población mentalmente sana.

Al igual que el primer estudio, este tuvo una característica muy positiva, y fue el bajo rechazo a realizar la encuesta por parte de las personas seleccionadas en la muestra, lo cual se considera como una excelente respuesta al gran esfuerzo que el grupo inter-institucional dedicó a la etapa de preparación de la comunidad, así como el reconocimiento a la importancia de la Salud Mental. Se entrevistaron **2.970 personas**, con una distribución por sexo de 48,9% para el masculino y 51,6% para el femenino. A continuación, se presentan los resultados más importantes del estudio, comparados con los del anterior y con otros que comparten igual metodología.

Magnitud del problema

Prevalencia de vida para cualquier trastorno mental

» **Tabla 1.** Indicadores de prevalencia de vida para uno o más trastornos psiquiátricos por cien según sexo.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

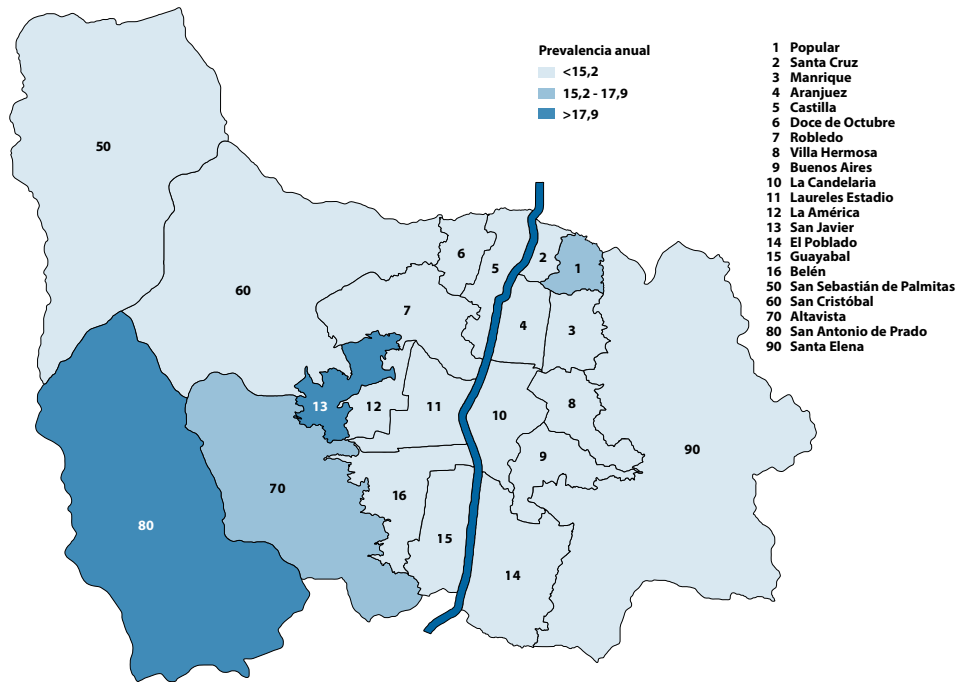
En la vida	Masculino	Femenino	Total	Razón (F:M)
Un trastorno	13,1%	17,7%	15,5%	1,35
Dos trastornos	7,7%	8,8%	8,2%	1,15
Tres trastornos o mas	10,8%	7,6%	9,2%	0,71
Cualquier trastorno mental	32,0%	34,2%	33,2%	1,06

Al analizar la prevalencia de uno o más trastornos mentales durante la vida, se observa que, de cada cien personas en las edades estudiadas, 33,2%, han padecido algún trastorno en la vida, esta prevalencia se incrementó entre los dos estudios en 6,56%. Para el sexo masculino paso de 24,84 % en el primer estudio a 32,0% en el presente, y para el femenino de 27,7% a 34,2% con una razón por sexo de 1,06 mujer por cada hombre.

y presentó una prevalencia muy cercana, 17,8%; y con los resultados para la prevalencia anual, entre los catorce países incluidos en el primer reporte del estudio mundial, según los cuales la menor prevalencia se presentó en Shanghái con 4,3% y la más alta con 26,4% en Estados Unidos.

Igualmente en el mhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OMS⁽²⁾, se informa sobre una prevalencia anual de trastornos neuropsiquiátricos que alcanzan entre el 8,4% y el 29,1%.

Según la estimación de casos esperados con base en los datos del presente estudio, 313.735 personas **necesitan atención por trastornos de salud mental.**



» Mapa 1. Prevalencia para cualquier trastorno mental en el último año según lugar de residencia.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Según los resultados de la tabla anterior, en la población general para este grupo de trastornos, se presentó una prevalencia anual de 10,3% de la población estudiada, dato que se puede comparar con el de otros países dentro del Estudio Mundial de Salud Mental. Para México la prevalencia en el mismo periodo (12 meses) fue de 6,8%, Estados Unidos 18,2%, España 5,9%, Francia 12,0% y Líbano 11,2%⁽³⁾; y muy similar a la prevalencia encontrada en Colombia, Argentina con 9,4%.

Trastornos del estado del ánimo

» **Tabla 4.** Comparación de indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos del estado de ánimo por cien.

Estudio de salud mental – Medellín 2011–2012 y 2019

Trastornos del estado de ánimo	2011 – 2012	2019	Cambio significativo
Depresión mayor	4,1%	5,2%	Sí
Distimia	0,5%	0,6%	No
Bipolar I y II	0,8%	1,0%	No
Cualquier trastorno de ánimo	4,9%	6,2%	Sí

El segundo lugar es para los trastornos del estado del ánimo. La prevalencia anual para este grupo en el total de la población fue de 6,2% en el presente estudio, es mayor que la presentada en el estudio del 2011. Con incremento estadísticamente significativo para el trastorno de depresión mayor y para cualquier trastorno del ánimo.

Al comparar los resultados de la prevalencia anual encontrada, con la del primer estudio de Medellín, 4,9%; en este estudio aumentó su frecuencia, pasando a una prevalencia de 6,2%. El indicador de Medellín en el 2019 es superior con respecto al de México y España (4,9%), cercano a la prevalencia informada en el estudio de Argentina (5,7%), y más baja que la informada para Estados Unidos (9,6%).

Trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia

Los trastornos con inicio en la infancia y la adolescencia, también clasificados como **trastornos del impulso**, presentan una prevalencia global de 3,2% en el presente estudio, sin cambio con relación al anterior.

En el Estudio Nacional de Colombia en el 2003, el cual utilizó la misma metodología, este grupo presentó una prevalencia anual de 3,9%, muy cercana a la presentada en el presente estudio (3,3% 2011 y 3,2% en el 2019).

» **Tabla 5.** Comparación de indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos de la impulsividad por cien.

Estudio de salud mental – Medellín 2011–2012 y 2019

Trastornos del inicio de la infancia, niñez y adolescencia	2011 – 2012	2019	Cambio significativo
Déficit de atención	1,4%	1,8%	No
Trastorno de conducta	0,7%	0,8%	No
Negativista desafiante	2,0%	1,5%	No
Trastornos del inicio de la infancia, niñez y adolescencia	3,3%	3,2%	No

Comparada con la de otros países que hacen parte del Estudio Mundial de Salud Mental y comparten los criterios diagnósticos, mediante la aplicación del CIDI-OMS, como México con una prevalencia anual de 1,3%, y Argentina con 2,5%, la de Medellín es mayor, pero se encuentra por debajo de la encontrada para Estados Unidos con 6,8%.

Dentro de los países europeos que hacen parte del mismo estudio, la prevalencia encontrada en Medellín para este grupo de trastornos, es superior a la de España (0,5%), Italia (0,3%), Bélgica (1,0%), Francia (1,4%) y Alemania (0,3%), entre otros.

Los trastornos del grupo en estudio, presentan la mayor prevalencia anual en los adolescentes con 10,4% versus 2,2% en los adultos. La prevalencia del trastorno negativista desafiante

es de 6,43% en los adolescentes, versus 1,21% en el grupo de adultos. Igual tendencia por edad presenta el déficit de atención, con una prevalencia de 4,77% y 0,86% respectivamente.

Es de anotar que las etapas de la infancia y la adolescencia son transitorias en la vida de los individuos, y poseen sus propios trastornos, por lo que algunos de estos varían al entrar en la adultez sin que hayan sido tratados, y aunque no es clara la causa de este cambio, se dice que la población acepta un poco más las restricciones de la sociedad o del medio y, si bien, muchas veces el trastorno no desaparece por completo, si cambia su presentación, dejando ver otro tipo de enfermedades mentales que requieren de un enfoque diferente.

Trastornos por uso de sustancias

Los trastornos por uso de sustancias, abuso y dependencia para alcohol y otras drogas diferentes, desde el primer estudio presentan una situación que impone la necesidad de dar la máxima prioridad a un trabajo serio y continuo para la búsqueda de soluciones.

» **Tabla 6.** Comparación de indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien.

Estudio de salud mental – Medellín 2011-2012 y 2019

Trastornos por uso de sustancias	2011 – 2012	2019	Cambio significativo
Abuso de alcohol	3,6%	3,0%	No
Dependencia de alcohol	1,9%	2,1%	No
Abuso de drogas	1,8%	2,8%	Si
Dependencia de drogas	0,8%	1,5%	Sí
Cualquier trastorno por uso de sustancias	5,2%	5,8%	No

Como puede observarse el abuso y la dependencia de drogas presentaron un incremento significativo, con un grave impacto para la sociedad, comenzando por la familia, el sistema educativo y el futuro de nuestra sociedad.

política de control del alcohol necesita entenderse no únicamente desde una perspectiva nacional, sino también global.

El total de muertes atribuibles al consumo de alcohol se estima en 2,25 millones en 2004 lo cual representa más muertes que las ocurridas por el VIH / SIDA o la tuberculosis.

El 4,0% de todas las muertes en el mundo son atribuibles al alcohol, siendo su uso nocivo especialmente fatal para los grupos de edad más jóvenes y comportándose como el principal factor de riesgo de muerte entre los varones de 15 a 59 años. Aproximadamente el 4,5% de la carga mundial de las enfermedades y lesiones es atribuible al alcohol. Se estima que su consumo causa del 20,0% al 50,0% de la cirrosis hepática, epilepsia, intoxicaciones, accidentes de tráfico en carreteras, de la violencia y varios tipos de cáncer.

Ocupa después del bajo peso en la infancia y el sexo inseguro, el tercer lugar como factor de riesgo para enfermedad y discapacidad. El alcohol contribuye a los resultados traumáticos que llevan a la muerte o incapacidad de las personas a una edad relativamente joven, lo que resulta en la pérdida de muchos años de vida, la muerte y la discapacidad.

Principales categorías de enfermedades y lesiones con relación causal con el alcohol⁽⁵⁾

Los trastornos neuropsiquiátricos: están entre los más importantes trastornos causados por el alcohol. La epilepsia se encuentra causalmente asociada con el alcohol más allá de las convulsiones inducidas por el síndrome de abstinencia⁽⁵⁾.

Enfermedades gastrointestinales: la cirrosis hepática y la pancreatitis (aguda y crónica) pueden ser causadas por el consumo de alcohol. Los niveles más altos de consumo de alcohol aumentan el riesgo de forma exponencial. El impacto del alcohol es tan grande para ambas categorías de enfermedad que hay subcategorías etiquetadas como “alcohólico” o “inducido por el alcohol”.

Cáncer: El consumo de alcohol se ha identificado como carcinógeno para las categorías siguientes⁽⁶⁾: Cáncer de colon y recto, mama en la mujer, laringe, hígado, esófago, cavidad oral y faringe. Cuanto mayor

Además, debe tenerse en cuenta la fuerte asociación entre los accidentes de tránsito y el comportamiento violento que se ha encontrado en nuestro país, con la presencia del uso, abuso y dependencia de alcohol, de lo cual se cuenta con evidencia generada en el primer Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 1993⁽¹⁰⁾.

Trastornos de la alimentación

» **Tabla 7.** Comparación de indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos de la alimentación por cien.

Estudio de salud mental – Medellín 2011–2012 y 2019

Trastornos de la alimentación	2011 – 2012	2019	Cambio significativo
Bulimia	0,2%	0,8%	NO
Anorexia	0,0%	0,0%	NO
Cualquier trastorno de la alimentación	0,2%	0,8%	NO

Se incluyen los trastornos de la alimentación, para cualquier trastorno se encontró una prevalencia de 0,2% para el sexo femenino y 0,8% para el total de la población de estudio. Los casos fueron para el trastorno de bulimia nerviosa en el sexo femenino.

En el Estudio Nacional de Colombia tampoco se encontró prevalencia para la anorexia nerviosa, la prevalencia anual para bulimia fue de 0,2% para el total de la población y 0,3% para el sexo femenino.

La no concordancia entre los hallazgos de los estudios de epidemiología psiquiátrica, con la percepción clínica, puede explicarse debido a que los pocos casos presentados, necesariamente llegan a tratamiento por su severidad.

» **Tabla 9.** Prevalencia de vida de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Trastorno	Adolescentes	Adultos
Trastorno de pánico	0,5%	1,3%
Ansiedad generalizada	1,5%	1,8%
Fobia Social	7,4%	4,7%
Fobia específica	4,1%	9,8%
Agorafobia	1,2%	1,0%
Estrés postraumático	3,3%	8,6%
Ansiedad por separación	1,1%	4,5%
Obsesivo compulsivo	1,3%	2,8%
Cualquier trastorno ansiedad	14,3%	19,8%
Depresión mayor	8,0%	13,5%
Distimia	0,5%	0,7%
Bipolar I, II y Sub	3,2%	1,5%
Cualquier trastorno del estado de ánimo	11,3%	15,0%
Negativista desafiante	12,4%	6,1%
Trastorno de conducta	3,5%	3,5%
Déficit de atención e hiperactividad	8,9%	5,0%
Cualquier trastorno de la impulsividad	17,7%	10,6%
Abuso de alcohol	4,8%	17,4%
Dependencia de alcohol	0,8%	8,9%
Abuso de drogas	9,4%	8,1%
Dependencia de drogas	1,6%	4,4%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	12,2%	21,7%
Bulimia	0,5%	1,1%
Anorexia	0,0%	0,0%
Cualquier trastorno de la alimentación	0,5%	1,1%
Ideación suicida	12,2%	15,1%
Planeación suicida	4,5%	5,4%
Intento de suicidio	4,7%	5,8%
Comportamiento suicida	12,2%	15,1%

Al analizar el primer grupo de trastornos de ansiedad, el trastorno de mayor frecuencia para los adolescentes fue la fobia social, para el cual hay fuerte evidencia de asociación con el consumo de alcohol.

» **Tabla 10.** Prevalencia para el último año de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Trastorno	Adolescentes	Adultos
Trastorno de pánico	0,4%	1,0%
Ansiedad generalizada	1,1%	1,0%
Fobia Social	6,5%	2,4%
Fobia específica	2,7%	5,4%
Agorafobia	0,3%	0,6%
Estrés postraumático	1,9%	1,9%
Ansiedad por separación	0,4%	1,2%
Obsesivo compulsivo	1,3%	2,8%
Cualquier trastorno ansiedad	11,4%	9,8%
Depresión mayor	3,8%	5,4%
Distimia	0,5%	0,6%
Bipolar I, II y Sub	2,9%	0,8%
Cualquier trastorno afectivo	6,6%	6,2%
Negativista desafiante	4,4%	1,2%
Trastorno de conducta	2,2%	0,7%
Déficit de atención e hiperactividad	4,4%	1,5%
Cualquier trastorno de la impulsividad	7,9%	2,6%
Abuso de alcohol	2,5%	3,1%
Dependencia de alcohol	0,8%	2,2%
Abuso de drogas	5,2%	2,5%
Dependencia de drogas	1,3%	1,5%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	6,9%	5,6%
Bulimia	0,0%	0,9%
Anorexia	0,0%	0,0%
Cualquier trastorno de la alimentación	0,0%	0,9%
Ideación suicida	4,3%	3,9%
Planeación suicida	1,8%	1,4%
Intento de suicidio	1,1%	0,9%
Comportamiento suicida	4,3%	3,9%

Para los trastornos por uso de sustancias, el abuso de alcohol presenta una prevalencia de 2,5% en los adolescentes, menor que en los adultos, y para el abuso de drogas la situación se invierte siendo la prevalencia más alta para los adolescentes. El

tamiento de los factores etiológicos, y ofrecer programas adecuados a las realidades que los conforman.

» **Tabla 11.** Prevalencia de vida de trastornos mentales por lugar de residencia (comunas/corregimientos).

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Trastorno	Comunas	Corregimientos
Cualquier trastorno ansiedad	17,5%	22,1%
Cualquier trastorno afectivo	14,0%	16,3%
Cualquier trastorno de la impulsividad	9,8%	16,6%
Abuso de alcohol	15,5%	17,3%
Dependencia de alcohol	7,7%	7,1%
Abuso de drogas	7,9%	9,9%
Dependencia de drogas	3,7%	5,4%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	20,4%	21,4%
Cualquier trastorno de la alimentación	1,3%	0,0%
Ideación suicida	14,7%	14,4%
Planeación suicida	5,8%	4,4%
Intento de suicidio	5,7%	6,0%
Comportamiento suicida	14,7%	14,4%

Según lugar de residencia, el vivir en un corregimiento se asocia con una mayor prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad y cualquier trastorno afectivo. Llama la atención la presencia de una fuerte diferencia para los trastornos de impulsividad, con una prevalencia de 16,6% en los corregimientos, versus 9,8% en las comunas.

Los trastornos por uso de alcohol no presentan diferencias, cualquier trastorno por uso de sustancias se presenta con altas prevalencias 20,4% y 21,5%, sin diferencias significativas entre las dos áreas estudiadas. Finalmente, el comportamiento suicida es casi igual, 14,7% en las comunas, versus 14,4% en los corregimientos.

» **Tabla 12.** Prevalencia de último año de trastornos mentales por lugar de residencia (comunas/corregimientos).

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Trastorno	Comunas	Corregimientos
Trastorno de pánico	0,8%	0,6%
Ansiedad generalizada	0,7%	1,6%
Fobia Social	2,3%	4,7%
Fobia específica	4,7%	5,6%
Agorafobia	0,6%	0,4%
Estrés postraumático	1,6%	3,4%
Ansiedad por separación	1,5%	0,8%
Obsesivo compulsivo	3,9%	0,3%
Cualquier trastorno ansiedad	8,8%	12,7%
Depresión mayor	5,4%	4,2%
Distimia	0,7%	0,2%
Bipolar I, II y Sub	0,7%	2,1%
Cualquier trastorno afectivo	6,1%	6,3%
Negativista desafiante	1,4%	1,8%
Trastorno de conducta	0,9%	1,0%
Déficit de atención e hiperactividad	1,7%	2,2%
Cualquier trastorno de la impulsividad	3,1%	3,7%
Abuso de alcohol	2,9%	3,6%
Dependencia de alcohol	2,0%	2,1%
Abuso de drogas	2,5%	4,4%
Dependencia de drogas	1,6%	2,1%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	5,4%	7,9%
Bulimia	0,9%	0,0%
Anorexia	0,0%	0,0%
Cualquier trastorno de la alimentación	0,9%	0,0%
Ideación suicida	4,0%	3,8%
Planeación suicida	1,5%	1,1%
Intento de suicidio	0,9%	0,9%
Comportamiento suicida	4,2%	3,9%

Según lugar de residencia cualquier trastorno de ansiedad presenta mayor **prevalencia anual** en los corregimientos versus las comunas. La fobia social es más alta para los que viven

en los corregimientos con el 4,7%, versus 2,3%. Para cualquier trastorno de ansiedad la prevalencia en los corregimientos es mayor con 12,7%, versus 8,8% en las comunas.

Consumo de sustancias psicoactivas según lugar de residencia

» **Tabla 13.** Consumo de sustancias psicoactivas en el último año por lugar de residencia.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Lugar de residencia	Consumo en el último año				
	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Medicamentos Sin Receta	Heroína
Popular	15,9%	4,4%	1,1%	0,3%	0,6%
Santa Cruz	17,5%	3,6%	1,0%	0,7%	1,6%
Manrique	14,4%	2,8%	0,2%	0,0%	1,3%
Aranjuez	20,6%	4,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Castilla	25,5%	2,0%	1,6%	0,3%	0,2%
Doce de octubre	7,7%	2,1%	0,0%	0,5%	0,0%
Robledo	17,7%	2,2%	0,1%	1,3%	1,0%
Villa Hermosa	31,1%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Buenos Aires	20,4%	5,1%	2,2%	0,6%	1,0%
La Candelaria	12,3%	4,8%	1,6%	0,0%	0,4%
Laureles Estadio	22,4%	3,3%	0,5%	0,0%	0,3%
La América	17,3%	3,6%	1,1%	1,8%	1,8%
San Javier	27,9%	6,8%	3,4%	3,2%	1,5%
Poblado	19,5%	2,5%	0,1%	0,0%	0,7%
Guayabal	10,1%	3,0%	0,7%	0,0%	2,3%
Belén	14,5%	3,8%	1,0%	0,0%	2,1%
San Sebastián de Palmitas	13,0%	2,8%	0,0%	0,0%	0,2%
San Cristóbal	22,1%	6,3%	2,3%	0,9%	1,2%
Altavista	15,7%	2,6%	0,8%	0,0%	0,3%
San Antonio de Prado	17,7%	5,8%	2,7%	0,2%	0,0%
Santa Elena	14,0%	1,8%	0,9%	0,0%	0,4%
Corregimientos	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
Medellín	25,4%	4,9%	1,6%	0,6%	1,1%

» **Tabla 14.** Comparación de la prevalencia anual de trastornos mentales para Envigado-Sabaneta y Medellín.

Trastorno	Itagüí 2012	Envigado 2017	Sabaneta 2018	Medellín 2019
Trastorno de pánico	0,20%	0,70%	0,30%	0,90%
Ansiedad generalizada	0,80%	0,30%	1,00%	1,00%
Fobia Social	2,00%	1,50%	0,20%	2,90%
Fobia específica	4,80%	2,00%	0,50%	5,10%
Agorafobia	0,00%	0,20%	2,00%	0,60%
Estrés postraumático	0,30%	0,10%	0,60%	1,90%
Ansiedad por separación	1,20%	1,00%	0,20%	1,20%
Obsesivo compulsivo	2,30%	2,00%	1,10%	2,70%
Cualquier trastorno ansiedad	8,80%	4,40%	4,20%	10,00%
Depresión mayor	2,70%	2,40%	2,70%	5,20%
Distimia	0,10%	0,50%	0,40%	0,60%
Bipolar I, II y Sub	0,90%	0,90%	0,10%	1,00%
Cualquier trastorno afectivo	3,60%	3,30%	2,70%	6,20%
Negativista desafiante	2,00%	0,70%	0,30%	1,50%
Trastorno de conducta	1,30%	0,30%	0,00%	0,80%
Déficit de atención e hiperactividad	0,80%	0,80%	1,50%	1,80%
Cualquier trastorno de la impulsividad	2,50%	1,50%	1,50%	3,20%
Abuso de alcohol	1,80%	3,30%	1,20%	3,00%
Dependencia de alcohol	0,70%	1,70%	1,00%	2,10%
Abuso de drogas	3,10%	1,10%	0,10%	2,80%
Dependencia de drogas	1,30%	1,00%	0,00%	1,50%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	4,80%	4,70%	1,30%	5,80%
Bulimia	0,00%	0,00%	0,00%	0,80%
Anorexia	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Cualquier trastorno de la alimentación	0,00%	0,00%	0,00%	0,80%
Ideación suicida	4,40%	6,90%	3,70%	4,00%
Planeación suicida	1,20%	2,80%	1,70%	1,40%
Intento de suicidio	1,00%	2,70%	1,50%	0,90%
Comportamiento suicida	4,40%	6,90%	3,70%	4,10%

Casos esperados

» **Tabla 15.** Resultado de la aplicación del modelo predictivo de la estimación de casos para el año 2019 en Medellín.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

Trastorno	Prevalencia anual	Casos esperados
Trastorno de pánico	0,90%	17.010
Ansiedad generalizada	1,00%	18.900
Fobia Social	2,90%	54.809
Fobia específica	5,10%	96.388
Agorafobia	0,60%	11.340
Estrés postraumático	1,90%	35.909
Ansiedad por separación	1,20%	22.680
Obsesivo compulsivo	2,70%	51.029
Cualquier trastorno ansiedad	10,00%	188.997
Depresión mayor	5,20%	98.278
Distimia	0,60%	11.340
Bipolar I, II y Sub	1,00%	18.900
Cualquier trastorno afectivo	6,20%	117.178
Negativista desafiante	1,50%	28.350
Trastorno de conducta	0,80%	15.120
Déficit de atención e hiperactividad	1,80%	34.019
Cualquier trastorno de la impulsividad	3,20%	60.479
Abuso de alcohol	3,00%	56.699
Dependencia de alcohol	2,10%	39.689
Abuso de drogas	2,80%	52.919
Dependencia de drogas	1,50%	28.350
Cualquier trastorno por uso de sustancias	5,80%	109.618
Bulimia	0,80%	15.120
Anorexia	0,00%	0
Cualquier trastorno de la alimentación	0,80%	15.120
Ideación suicida	4,00%	75.599
Planeación suicida	1,40%	26.460
Intento de suicidio	0,90%	17.010
Comportamiento suicida	4,10%	77.489
Cualquier trastorno mental	16,60%	313.735

Se completa el análisis con la estimación del número de casos esperados, al aplicar los indicadores de prevalencia anual a la población de referencia con el índice de corrección inter-censal. Estos datos son de gran importancia para la toma de decisiones y la formulación de metas, así como para la estimación de recursos para lograr el aumento de la cobertura de atención a los diferentes niveles.

El resultado anterior confirma la alta comorbilidad que se encuentra, y a la vez orienta hacia las patologías con mayor importancia para la salud pública, por ejemplo, el caso de **estrés postraumático con 35.909 personas afectadas durante los 12 meses anteriores al estudio, y la posibilidad de que se presente como trastorno crónico**, o el trastorno bipolar con 18.900 afectados.

Otros importantes hallazgos del estudio

Discapacidad y trastornos mentales

Como nuevo e importante aporte al estudio se incluyó el análisis de la discapacidad evaluada con la escala de Sheehan, asociada con los trastornos mentales, encontrando asociación entre los trastornos del estado del ánimo y la discapacidad, relación que afecta el desarrollo del área de la vida social en un 46,8%, mantener relaciones cercanas 43,9%, trabajo con 41,5%.

Los trastornos de impulsividad afectan especialmente el dominio del área laboral con un 41,5%, el mantener relaciones cercanas en un 37,5% y la vida social 30,4%.

La mayor asociación se presentó con cualquier trastorno del ánimo y las áreas de vida social, al igual que, mantener o iniciar relaciones cercanas.

Las discapacidad por trastorno de uso de sustancias, se asocia más con el área laboral 33,1%.

Discapacidad y trastornos mentales

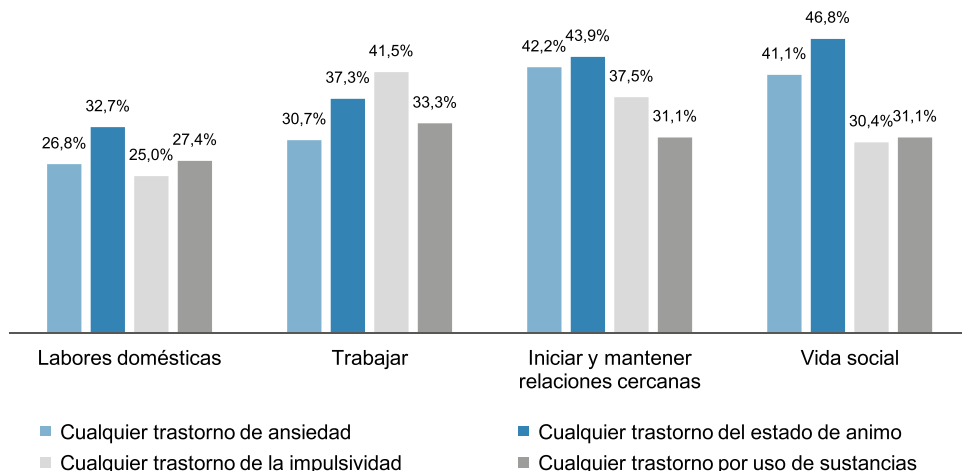


Figura 1. Asociación entre discapacidad y trastornos mentales.

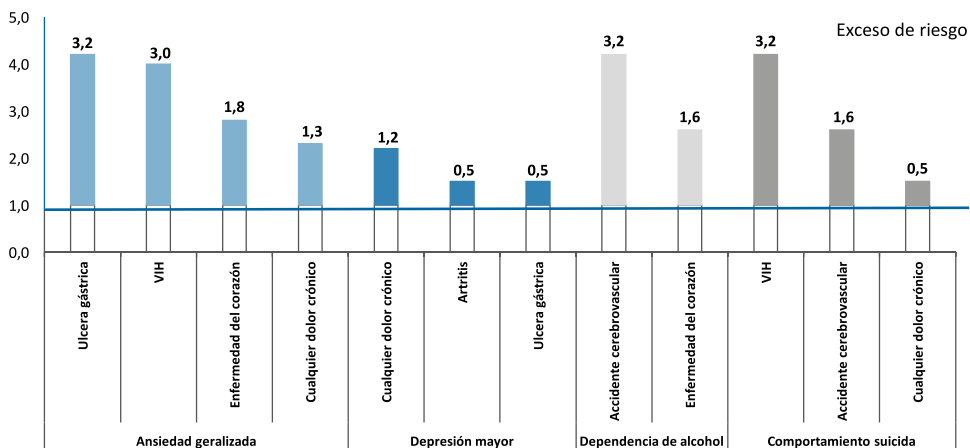
Estudio de salud mental – Medellín 2019

Asociación entre enfermedades crónicas y trastornos mentales

Otro hallazgo importante que se puede observar en la siguiente gráfica, es la asociación entre los **trastornos de ansiedad** y presentación de úlcera gástrica con una OR de 3,2, VIH con una OR de 3,0, así como con enfermedad del corazón y dolor crónico.

Dependencia al alcohol y accidente cerebrovascular con una OR de 3,2, con enfermedades del corazón.

El **comportamiento suicida** presentó asociación con VIH con una OR de 3,2, con accidente cerebrovascular OR 1,6, lo cual es una nueva evidencia, acerca del impacto de los trastornos mentales sobre diferentes áreas del desarrollo social y laboral.



»» Figura 2. Asociación entre enfermedades crónicas y trastornos mentales.

Estudio de salud mental – Medellín 2019

»»»»»» Conclusiones y recomendaciones

La salud mental tiene una importancia fundamental en lo relativo al bienestar personal, las relaciones familiares y el éxito en las contribuciones a la sociedad. Se relaciona con el desarrollo de las sociedades. La mala salud mental y la pobreza interactúan en un ciclo negativo: suponen una grave dificultad para la capacidad de aprender y de ocuparse productivamente de la propia economía.

- Los adolescentes se comportan como el grupo de mayor riesgo
- Los resultados del presente estudio, comparados con el primero, presentan diferencia para el comportamiento de los trastornos del estado del ánimo pasando de una prevalencia del 4,9% en el primer estudio a 6,2%.
- Para los trastornos por ansiedad no se presentó modificación.

- Los trastornos de la alimentación pasaron de 0,2 % a 0,8%.
- Por abuso de drogas pasan de 1,8% a 2,8%.
- La dependencia de drogas pasa de 0,8% a 1,5%.
- Los trastornos mentales influyen en la evolución de otras enfermedades, tales como, las enfermedades cardiovasculares y la infección por el VIH/SIDA.
- En el estudio también se presenta una considerable comorbilidad entre los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias.
- Una dolorosa conclusión es que los adolescentes presentan un mayor riesgo para todos los grupos de trastornos estudiados.

Las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad asociada. Llama la atención los hallazgos del presente estudio para el desarrollo de discapacidad del área de la vida social con 46,8%, mantener relaciones cercanas 43,9%, y el área laboral con 41,5%.

Los trastornos mentales influyen en la evolución de otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/SIDA, y se ven influenciados por ellas, por lo que requieren servicios, medidas y recursos comunes.

Estos hallazgos se constituyen en una fortaleza y a la vez en un reto para los encargados de la toma de decisiones y la orientación de los programas de Salud Mental en la ciudad.

A partir de lo anterior se recomienda la utilización de los resultados, al coincidir con la iniciación de un nuevo periodo del Equipo de la Secretaría de Salud, como parte del desarrollo del Plan de Salud Mental para la ciudad. Se recomienda con base en sus hallazgos, orientar los programas de prevención hacia las prioridades encontradas de acuerdo con:

- Trastornos con mayor prevalencia y severidad.
- Grupos de riesgo según variables socio demográficas.
- Ubicación espacial, según comunas y corregimientos.

- Necesidades de actualización en salud mental del recurso humano de atención primaria.
- El fortalecimiento de la atención primaria en salud con elementos complementarios:
- Seleccionar y validar instrumentos de tamización, para ser utilizados en la detección y diagnóstico tempranos de los casos por el equipo de atención primaria incluyendo la participación de la comunidad.
- Dar capacitación al mismo equipo con el fin de que conozca y aplique los tratamientos oportunos y basados en la evidencia apoyados por medio de telemedicina.
- Fortalecimiento del sistema de información que permita el monitoreo continuo y la evaluación de las intervenciones.
- Programar la realización del Próximo Estudio de Salud Mental que permitirá la evaluación de las intervenciones propuestas.

En síntesis, los encargados de la formulación de políticas de salud disponen de la evidencia sobre la magnitud de los problemas de salud mental en nuestra población, y la posibilidad de orientar las intervenciones con programas basados en las propias realidades, y con la línea de base que da la posibilidad de evaluar su impacto.

Lo anterior, se convierte en una responsabilidad histórica, para lograr disminuir la inequidad con la que hemos convivido hacia las personas afectadas por trastornos mentales y sus familias.

Recomendaciones basadas en las prioridades encontradas

La OMS presentó el Programa de acción para superar las brechas en salud mental, mejorar y ampliar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias⁽²⁾. El programa se basa en las mejores evidencias científicas disponibles y ofrece un conjunto de estrategias y actividades para ampliar y mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

Las intervenciones antes de que el trastorno se manifieste, ofrecen la mejor oportunidad para proteger a la población. *Estas intervenciones se deben integrar a la atención médica de rutina y la promoción de bienestar, así como los programas de las escuelas, las familias y las comunidades.* Las políticas y prácticas dirigidas a los jóvenes con factores de riesgo específicos, la promoción del desarrollo emocional positivo, y la creación de recursos en la familia, la escuela y la comunidad, han demostrado ser eficaces en la reducción y prevención de los trastornos de personalidad. Haciendo uso de las intervenciones basadas en la evidencia ya disponibles, se podría ahorrar miles de millones de dólares al evitar o mitigar los trastornos que de otro modo requerirían un tratamiento costoso.

Intervenciones comprobadas

En un estudio realizado por el National Research Council y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, revisaron las investigaciones sobre la prevención de los trastornos mentales y abuso de sustancias entre los jóvenes, y con base en sus resultados se recomendaron estrategias para mejorar su bienestar emocional y psicológico.

Las recomendaciones son:

- Fortalecimiento de las familias dirigido a la solución de problemas como el consumo de sustancias o conductas agresivas; **la enseñanza de habilidades para mejorar la comunicación entre padres e hijos**, así como ayudar a las familias a hacer frente a los eventos negativos (por ejemplo, divorcio), o a las adversidades como una enfermedad mental o la situación de pobreza.
- Fortalecimiento de las habilidades y cualidades personales para aumentar la resiliencia, y las aptitudes que mejoran los procesos cognitivos y del comportamiento.
- Prevención de los trastornos específicos, como la ansiedad o la depresión, mediante la aplicación de programas de tamización

para hacer el diagnóstico, y ofrecer tratamiento a los grupos de personas en situación de alto riesgo, a través de entrenamiento cognitivo o de otras intervenciones preventivas.

- Promover la salud mental en las escuelas, ofreciendo apoyo a los niños que afrontan tensiones serias; modificar el entorno escolar para promover la conducta pro-social y el desarrollo de habilidades en los estudiantes para la toma de decisiones, conciencia de sí mismo y habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales y la orientación hacia la prevención de la violencia, la conducta agresiva, y el consumo de sustancias.
- Fortalecer los programas sobre manejo de los riesgos psicosociales en las empresas orientadas al mejoramiento de la salud mental del trabajador.
- Promover la salud mental a través de la atención de salud (aplicando las políticas nacionales, en el caso de Colombia, la atención primaria en salud mental) y los programas de la comunidad mediante la promoción y el apoyo de comportamientos pro-sociales, y la enseñanza de habilidades de afrontamiento, todo esto dirigido a los factores modificables del estilo de vida que pueden afectar el comportamiento y la salud emocional, como el sueño, la dieta saludable y la actividad física.
- La clave del éxito para la mayoría de estos enfoques es la identificación oportuna de los riesgos biológicos, psicológicos y sociales, es decir, afrontar la exposición a los factores que pueden aumentar el riesgo de un niño de padecer los trastornos mentales. Algunos de estos riesgos están asociados a las características específicas de cada persona o el medio ambiente familiar (como la presencia de enfermedad mental de los padres, abuso de sustancias o trastornos graves de la familia), pero también pueden estar en el medio ambiente social, como las tensiones, la pobreza, la violencia, la ausencia de escuelas seguras y la falta

de acceso a la atención de salud. La mayoría de los factores de riesgo tienden a presentarse en forma múltiple y a la vez pueden estar asociados a más de un trastorno (Modelo de causa múltiple - efecto múltiple).

Las intervenciones tienden a impactar un solo problema, pero existe cada vez mayor evidencia que demuestra cómo las intervenciones de prevención y tratamiento bien diseñadas, se pueden orientar a reducir al mismo tiempo varios problemas y trastornos, y que su efecto se mantendrá en el largo plazo.

Una intervención preventiva bien diseñada puede reducir un amplio rango de problemas, y el beneficio alcanzado ser a largo tiempo.

Estos programas cuando se orientan a la edad escolar, a menudo ayudan a los niños y adolescentes, a las familias y a las escuelas, a construir fortalezas que apoyan el bienestar, y su beneficio se extienden más allá de un solo trastorno.

A continuación se presentan algunas recomendaciones específicas para la prevención del suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas.

Prevención del suicidio

Según la solicitud del Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom, y los hallazgos del estudio, es una necesidad sentida el priorizar la prevención del suicidio en especial en los jóvenes. Aceptando el llamado del doctor Adhanom, el suicidio debe ser una de las prioridades, es un problema de salud pública y se reconoce su asociación con varios de los trastornos estudiados, como los relacionados con uso de sustancias, los trastornos del ánimo y los de trastornos por impulsividad.

El 41% de las personas atendidas por intento de suicidio en salas de urgencia en Estados Unidos, estuvo relacionado con drogas, y les fue diagnosticado un trastorno psiquiátrico predominando la depresión. Las enfermedades mentales están vinculadas a la mortalidad por suicidio. Las principales causas de

permitan una reorientación de los programas del Plan Municipal de Prevención de la Drogadicción de la Ciudad de Medellín, sin olvidar el proponer los indicadores de evaluación más adecuados.

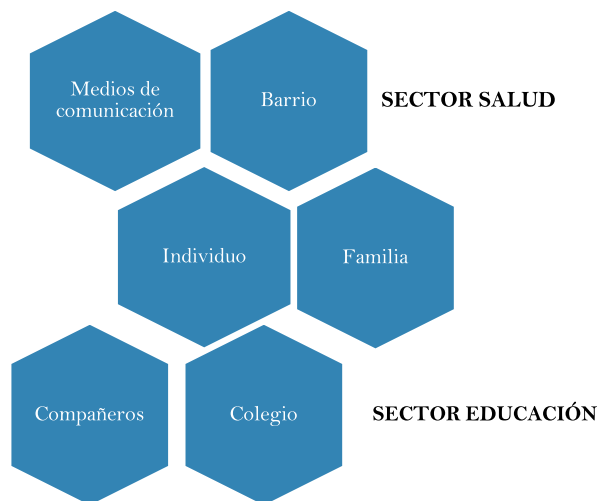
Articular y potenciar los esfuerzos que los diferentes actores sociales realizan en torno a la Salud Mental, con el fin de obtener respuestas coordinadas y con direccionamiento común a las problemáticas identificadas en el diagnóstico

Direcciones futuras para la prevención de los trastornos psiquiátricos de alta prioridad para la ciudad de Medellín

Con base en el estado actual de la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos para la ciudad, es recomendable desarrollar programas de prevención con un componente innovador, que busque impactar múltiples niveles del ambiente de los individuos y las familias. Esto requiere lograr un impacto no solo a nivel individual, sino también a nivel de los determinantes sociales en las comunas con las prevalencias más altas.

Para contextualizar las recomendaciones que pueden ser utilizadas como estrategias dentro del Plan de Salud Mental de la ciudad de Medellín, particularmente la prevención de problemas psicosociales y trastornos mentales y/o del comportamiento, se propone la construcción del Modelo Medellín para el Control y Prevención de los Trastornos Mentales y el Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Construcción social del modelo de prevención ajustado a la realidad de Medellín



A partir de los componentes se podrán aportar modelos que se irán proponiendo, implementando, evaluando y ajustando con bases en los resultados.

El alto índice de comorbilidad entre el trastorno por consumo de drogas y otras enfermedades mentales, requiere una estrategia integral que identifique y evalúe ambos problemas. Por lo tanto, a las personas que buscan ayuda para el consumo o el uso indebido de drogas y la drogadicción o para una enfermedad mental, se les deben evaluar ambos problemas y ofrecer el tratamiento apropiado.

En el modelo conceptual se incluirían los determinantes sociales de la salud, como base para intervenciones preventivas que buscan modificar el contexto de los factores de riesgo o protección; intervenciones que busquen una protección a largo plazo, tanto con intervenciones clínicas o de tratamiento, como intervenciones enfocadas a la educación y consejería, se hace necesario llegar a un balance entre las intervenciones preventivas a nivel individual y aquellas que intervienen los determinantes de la salud mental a nivel estructural.

Para lograr cambios estructurales, es necesario llevar a cabo programas de prevención basados en “mercadeo social”, con el fin de mejorar la toma de decisiones. Para esto, deben incluirse medios masivos como las redes sociales, prensa, televisión, lo cual fortalecería no solo los esfuerzos para llegar a poblaciones con trastornos mentales más severos, sino también la capacidad de las instituciones para evaluar su implementación.

Es importante redireccionar la atención hacia las múltiples consecuencias sociales que trae la enfermedad mental. Por ejemplo, según los resultados del presente estudio, se proponen intervenciones a gran escala en las comunas con más alto riesgo, para las cuales se podría orientar el diseño y evaluación de campañas específicas, y así modificar la aceptación que se tiene frente a conductas como la impulsividad y el uso de sustancias psicoactivas.

A su vez, las intervenciones deben ser sensibles a las diferencias de la población a las cuales van dirigidas, y es necesario identificar y adaptar las intervenciones que han mostrado evidencia de efectividad, con programas que hayan sido evaluados apropiadamente con un grupo de comparación.

Como complemento se deben crear mecanismos de transferencia de tecnología, necesarios para replicar o adaptar los programas en poblaciones con diferentes determinantes de la salud mental a la del programa original.

Los investigadores académicos y profesionales de la salud mental de la Secretaría de Salud de Medellín, al igual que quienes trabajan en salud mental en otras instituciones, deben hacerse nuevas preguntas de investigación dirigidas a identificar las barreras, por ejemplo, acceso a tratamiento, procesos como la observación y monitoreo del protocolo de la intervención, y ser facilitadores de la difusión de estos programas de salud mental y su implementación y sostenibilidad institucional -asistencia técnica y construcción de capacidad organizacional.

Finalmente, si la voluntad política lo permite, se debe pensar en programas concomitantes a los de promoción de la salud mental, que permitan disminuir la pobreza, impactar los bajos niveles educativos y la deserción escolar mejorar el limitado acceso al diagnóstico y brindar

tratamiento del primer nivel de atención de los trastornos individuales, y las comorbilidades psiquiátricas más relevantes para la ciudad.

Recomendamos actuar cerrando la brecha entre la investigación y la práctica, logrando mejorar la salud mental de nuestra sociedad, contribuyendo así, a la mayor productividad de nuestra población y al mejoramiento de su calidad de vida.

En síntesis, como un aporte y respaldo en todas las intervenciones en salud mental, se exponen a continuación, de acuerdo a la “Estrategia y plan de acción de salud mental” del 49° Consejo Directivo de la OPS las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones claves

1. Revisar y ejecutar el plan de salud mental.
2. Promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental.
3. Evaluar el financiamiento actual dedicado a la salud mental, definiendo metas de corto, mediano y largo plazo; además de estudiar las oportunidades de movilización de recursos.
4. Disponer de una instancia o mecanismo de coordinación intersectorial en materia de salud mental.
5. Definición y ejecución de actividades concretas -en el marco del Plan de Salud Mental- para la promoción y prevención centradas en la niñez y la adolescencia.
6. Revisar la organización de los servicios de salud mental y ejecutar los cambios requeridos, haciendo hincapié en la descentralización y el fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de salud.
7. Llevar a la práctica un conjunto de intervenciones esenciales dirigidas a enfermedades o trastornos mentales, considerados como prioritarios en la ciudad.
8. Formular un programa de capacitación en salud mental basado en competencias para el manejo de las necesidades, dirigido a trabajadores de salud (en especial los que trabajan en atención primaria de salud).
9. Fortalecer el sistema nacional de información, para mejorar la recopilación y análisis regular de un grupo básico de datos de salud mental.

>>>>>> Referencias

1. Torres de Galvis Y, Villa JP, Silva JB, Berbesí Fernández DY. Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;(39):14S-35S.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). mhGAP. Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. OMS; 2008.
3. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine Jp, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama.* 2004;291(21):2581-90.
4. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2011.
5. Samokhvalov AV, Irving H, Mohapatra S, Rehm J. Alcohol consumption, unprovoked seizures, and epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsia.* 2010;51(7):1177-84.
6. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol.* 2007;8(4):292-3.
7. Sanjosé Llongueras S de, Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, et al. Alcohol, tobacco and breast cancer-collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58 515 women with breast cancer and 95 067 women without the disease. *Br J Cancer.* 2002; 87(11): 1234-1245.
8. Roerecke M, Rehm J. Ischemic heart disease mortality and morbidity rates in former drinkers: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2011 Feb 1;173(3):245-58.
9. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction.* 2010;105(5):817-43.
10. Posada JA, Torres Y, Calderón H, Rojas de Botero M. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, 1993. Santafé Bogotá: Ministerio de Salud; 1995.
11. Concha A. Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica.* 2002;22(Su2):347-61.

12. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020; 2013.
13. Herrman H, Swartz L. Promotion of mental health in poorly resourced countries. *The Lancet*. 2007;370(9594):1195-7.
14. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente y practica. *Inf Compend Ginebra OMS Promoc Salud Ment*. OMS; 2004.
15. OPS/OMS CLAP. Estrategia Regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. CD48/8.Washington, D.C; 2010.
16. Montoya Vélez LP, Torres de Galvis Y, Zapata Vanegas MA, Garro Cossio GI, Hurtado Villegas G. Segundo estudio de salud mental del adolescente-Medellín, 2009. Medellín; 2009.



Estudio de Salud Mental,
Medellín 2019



Se terminó de imprimir en septiembre de 2020
Para su elaboración se utilizó papel Propalmate 90g,
en páginas interiores y Propalcote 250g en la carátula.
Fuentes tipográficas: Chaparral Pro Std para
texto corrido y Vision para títulos

El libro es el resultado del segundo estudio realizado en la población general de Medellín como parte del Estudio Mundial de Salud Mental, con la financiación de la Secretaría de Salud de Medellín y el apoyo metodológico del Consorcio Harvard OMS. Sus resultados presentan una gran fortaleza al actualizar la información del municipio, permitiendo compararla con la del estudio anterior, realizado en el año 2012.

Los valiosos aportes del estudio, darán las bases para la reorientación y fortalecimiento de las políticas y los programas hacia la salud mental positiva y la recuperación de la población afectada por trastornos mentales, así como la prevención del comportamiento suicida y otras problemáticas priorizadas.

La promoción de la salud mental se inserta dentro del contexto más amplio de la salud pública y propone un enfoque diferente al curativo, que hace énfasis en la protección de los atributos positivos de la salud mental y en el fomento del estado de bienestar. Es fundamental la construcción de políticas públicas y programas basados en la evidencia local, para prevenir la aparición de los trastornos mentales y promover intervenciones que permitan el desarrollo saludable de la población.

Los factores de riesgo y protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida y muchos de ellos pueden modificarse. No cabe duda que a largo plazo es más costo-efectivo, abordar los trastornos mentales con enfoque hacia la prevención temprana, así como limitar la exposición a los factores ambientales que aumentan el riesgo para su presentación. Existe evidencia de que los programas dirigidos a la infancia y las intervenciones tempranas en la vida son los más eficaces, por lo anterior, el estudio analizó la información por grupos de edad, sexo y lugar de residencia, como principales ejes de análisis.

ISBNe: 978-958-5101-24-1