

Estudio Poblacional de Salud Mental

Envigado 2017

Estudio Poblacional de Salud Mental

Envigado 2017



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia



Alcaldía de Envigado
Secretaría de Salud



The WHO World Mental Health Survey Consortium

Torres de Galvis, Yolanda
Estudio Poblacional de Salud Mental/ Yolanda Torres de Galvis; Diana Restrepo Bernal;
Guillermo Castaño Pérez; Gloria María Sierra Hincapié; Carolina Buitrago Salazar; Carolina
Salas Zapata; José Bareño Silva.

Medellín: Universidad CES. Editorial CES, 2018.

ISBN: 978-958-8674-87-2

362 páginas

1. Salud mental 2. Trastornos mentales 3. Sustancias psicoactivas
4. Envigado 5. Universidad CES

CDD : 362.22

Estudio Poblacional de Salud Mental

ISBN 978-958-8674-87-2

ISBNe 978-958-8674-85-8

Primera edición: octubre de 2018

© Alcaldía de Envigado

© Universidad CES

© Editorial CES

Calle 10 A No 22-04, teléfono 4440555, ext. 1154-1641

<http://www.ces.edu.co/editorial>

editorial@ces.edu.co

Medellín Colombia

Corrección de textos: Luz Ofelia Jaramillo Arboleda

Diseño de cubierta, 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.

Está prohibido el uso total o parcial de esta obra sin autorización escrita de la Universidad CES, salvo las excepciones legales vigentes.

Alcaldía de Envigado

RAÚL EDUARDO CARDONA GONZALEZ
Alcalde

JUAN JOSÉ URIBE MONTOYA
Secretario de Salud

Secretaría de Salud

LUZ DARY SALAZAR RENDÓN

Líder Programa de Salud Mental y
Adicciones Psicóloga – Especialista en Psicología Clínica –
Magister en Adicciones
Programa Salud Mental y Adicciones – SSE

ALVARO E. CÁRDENAS HINCAPIÉ

M.D. Psiquiatra
Programa Salud Mental y Adicciones – SSE

MARÍA VICTORIA GARCÍA ORREGO

Psicóloga – Estudiante de Maestría en Salud Mental
Programa Salud Mental y Adicciones – SSE

LINA MARÍA ARANZAZU SOTO

Trabajadora Social – Especialista en Administración Recurso Humano
Programa Salud Mental y Adicciones – SSE

FRANCISCO JOSÉ RESTREPO MESA

Psicólogo – Especialista en Farmacodependencia – Especialista en
Psicología del deporte y actividad física
Programa Salud Mental y Adicciones – SSE

RICARDO ANDRÉS MESA MADRID

Psicólogo – Estudiante Especialización en
Psicología Clínica y Salud Mental
Programa Salud Mental y Adicciones – SSE

LUZ ESTELLA MESA BEDOYA

Bioestadística – Candidata al Título de
Doctora en Epidemiología y Bioestadística
Dirección de Gestión del Conocimiento y Planeación en Salud – SSE

ANA CRISTINA MORENO MONTOYA

Gerente en Sistemas de Información en Salud –
Especialista en Administración de Servicios de Salud
Directora Gestión del Conocimiento y Planeación en Salud – SSE

Universidad CES

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

ND. Epidemióloga – Mg. en Salud Pública Dra. HC
Líder Grupo Salud Mental

DIANA RESTREPO BERNAL

Psiquiatra de Enlace. Mg. Epidemiología.
Coordinadora Grupo Salud Mental

GUILLERMO CASTAÑO PÉREZ

MD. Esp. en Farmacodependencia.
PhD en Psicología de la Salud- Grupo Salud Mental

GLORIA MARÍA SIERRA HINCAPIÉ

Gerente de Sistemas de Información en Salud – Esp. Estadística –
Mg. Epidemiología – Grupo Salud Mental

JOSE BAREÑO SILVA

MD. Esp. Estadística. Mg. Epidemiología – Mg. Matemáticas –
Grupo Salud Mental

CAROLINA BUITRAGO SALAZAR

Gerente de Sistemas de Información en Salud
Mg. Epidemiología – Grupo Salud Mental

CAROLINA SALAS ZAPATA

Gerente de Sistemas de Información en Salud
Mg. Epidemiología – Facultad de Medicina



Contenido

Presentación	13
Introducción	15
Ámbito sociodemográfico del estudio	21
Marco de referencia sobre salud mental	39
Diseño metodológico	79
Características de la población de estudio	97
Factores asociados	105
Accesibilidad y uso de servicios de salud	115
Trastornos de ansiedad	129
Trastornos afectivos	171
Trastornos mentales de inicio en la niñez y la adolescencia	197
Trastornos por uso de sustancias	221
Trastornos de la alimentación	253
Comportamiento suicida	267
Experiencias psicóticas	307
Discusión y recomendaciones	321



Presentación

Juan José Uribe Montoya

*Secretario de Salud
Municipio de Envigado*

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La constitución de la Organización Mundial de la Salud OMS dice: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

La situación de la salud mental de la población general residente en el municipio de Envigado no había sido objeto de investigación, solo se contaba con un estudio de consumo de drogas y factores asociados en adolescentes escolarizados realizado en 2014, que evidenció la magnitud del problema, con prevalencias elevadas para consumo de diferentes sustancias psicoactivas; éste estudio pudo orientar en su momento la toma de decisiones frente al fenómeno de uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, fenómenos que, según observaciones, informes policiales de microtráfico, diarios locales, comités zonales, y en general, de la ciudadanía, se estaban presentando de manera preocupante en las instituciones educativas de esta localidad y en diferentes zonas del contexto urbano.

Indicadores	Consumo de Sustancias Psicoactivas en escolares, Envigado, 2014
Prevalencia de consumo de marihuana último mes	15,8
Prevalencia de consumo de marihuana último año	22,5
Prevalencia de vida para consumo de marihuana	30,3
Edad media de consumo de marihuana	14
Prevalencia de vida consumo de marihuana en hombres	25,2
Prevalencia de vida consumo de marihuana en mujeres	18,4
Grupo de edad con mayor prevalencia de consumo de marihuana	16 a 18

Fuentes: Rondón, G M. & Gómez, S. (2014). Prevalencia de consumo de sustancias Psicoactivas y factores asociados en adolescentes escolarizados. [s.n]

Los trastornos mentales y el comportamiento suicida no habían sido valorados con el rigor académico y metodológico como lo hace el presente estudio poblacional de Salud Mental. Este estudio de salud mental en población de 15 años y más del municipio de Envigado para el año 2017, nos ayudará a formar una visión más amplia y realista del estado de bienestar mental de la población Envigadeña, y nos permitirá diseñar estrategias más eficaces desde los determinantes de la salud mental (factores sociales, psicológicos y biológicos) para intervenir los trastornos mentales, los trastornos por uso de sustancias y comportamiento suicida con mayores prevalencias en el municipio.

Puesto que las políticas nacionales y locales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino también reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomenten la salud mental, el resultado de esta investigación permitirá que los tomadores de decisiones en salud y responsables de crear proyectos preventivos orienten dichas propuestas hacia la búsqueda de la disminución de la carga de morbilidad y discapacidad derivadas de los trastornos mentales, de los trastornos por uso de sustancias y del comportamiento suicida y hacia la elaboración de directrices basadas en la evidencia, para que los no especialistas, como los familiares, amigos y personal sanitario no especializado, puedan identificar y atender mejor una serie de trastornos mentales prioritarios evidenciados por el estudio y proporcionar, en el ámbito comunitario, servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades de la población.

Introducción

Yolanda Torres de Galvis

- La salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales.
- La salud mental es parte integral de la salud; tanto es así que no hay salud sin salud mental.
- La salud mental está determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales.
- Existen estrategias e intervenciones intersectoriales eficaces y rentables de promoción, protección y restablecimiento de la salud mental.
- El 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a estos trastornos.

OMS Marzo 2018

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el

restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

Determinantes

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo.

La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.

Promoción y protección de la salud mental

La promoción de la salud mental consiste en acciones que generen entornos y condiciones de vida, que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones que aumentan las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental.

Un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.

Las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental como la incorporación de la promoción de la salud mental a las políticas y programas del sector gubernamental y no gubernamental. Además del sector salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias intersectoriales. Entre otras formas concretas de fomentar la salud mental se pueden mencionar:

- Las intervenciones en la infancia precoz, por ejemplo, la creación de un entorno estable que atienda las necesidades de salud y nutrición del niño, lo proteja de las amenazas y le proporcione oportunidades de aprendizaje precoz e interacciones que sean sensibles, le den apoyo emocional y estimulen su desarrollo.
- El apoyo a los niños, por ejemplo, programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil.
- La emancipación socioeconómica de la mujer, por ejemplo, mejora del acceso a la educación y concesión de microcréditos.
- El apoyo social a las poblaciones geriátricas, por ejemplo, iniciativas para hacer amistades y centros comunitarios y de día.
- Los programas dirigidos a grupos vulnerables, y en particular a las minorías, los pueblos indígenas, los migrantes y las personas afectadas por conflictos y desastres, por ejemplo, intervenciones psicosociales tras los desastres.
- Las actividades de promoción de la salud mental en la escuela, por ejemplo, programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños.
- Las intervenciones de salud mental en el trabajo, por ejemplo, programas de prevención del estrés.
- Las políticas de vivienda, por ejemplo, mejora de las viviendas.
- Los programas de prevención de la violencia, por ejemplo, la reducción de la disponibilidad del alcohol y del acceso a las armas.
- Los programas de desarrollo comunitario, por ejemplo, iniciativas de colaboración ciudadana y de desarrollo rural integrado.
- La reducción de la pobreza y la protección social para los pobres.
- Legislación y campañas contra la discriminación.
- Promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

Atención y tratamiento de trastornos de salud mental

En el contexto de los esfuerzos nacionales por desarrollar y aplicar políticas relativas a la salud mental, es esencial, no solo proteger y promover el bienestar mental de los ciudadanos, sino también satisfacer las necesidades de las personas con trastornos de salud mental.

En el último decenio ha mejorado considerablemente el conocimiento de lo que hay que hacer en relación con la creciente carga de morbilidad derivada de trastornos mentales. Existe un corpus cada vez mayor de pruebas científicas que demuestran la eficiencia y la buena relación costo-eficacia de intervenciones cruciales para abordar trastornos mentales prioritarios en países con diferentes niveles de desarrollo económico.

Intervenciones costo-eficaces, viables y asequibles

- Tratamiento de la depresión con psicoterapia y, en casos moderados y graves, antidepresivos (genéricos).
- Tratamiento de la psicosis con medicamentos antipsicóticos más antiguos y apoyo psicosocial al paciente.
- Aplicación de impuestos a las bebidas alcohólicas y restricción de su disponibilidad y comercialización.

También existe una serie de medidas eficaces para prevenir el suicidio, prevenir y tratar trastornos mentales en niños, prevenir y tratar la demencia y tratar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. El Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP) ha elaborado directrices basadas en la evidencia para que los no especialistas puedan identificar y atender mejor una serie de trastornos mentales prioritarios.

Estudio en la población de Envigado

Conscientes de la importancia de contar con el diagnóstico sobre la situación de Salud Mental como base para la orientación de las políticas y los programas en este importante campo de la salud pública, mediante convenio de asociación, entre la Secretaría de salud del municipio de Envigado y la Universidad CES se realizó el **Estudio de Salud Mental en la población mayor**

de 14 años, mediante la aplicación de la misma metodología del Estudio Mundial de Salud WMH-CIDI.

Este es el tercer estudio que se lleva a cabo en el Área Metropolitana, el primero fue en Medellín, el segundo en Itagüí y el tercero es éste, el cuarto se desarrolla actualmente en el Municipio de Sabaneta. Lo anterior permite la comparación del comportamiento de los indicadores entre los cuatro estudios, priorizando así las necesidades de cada uno de los municipios, y seguramente abriendo el camino para intervenciones compartidas.

Objetivos: A partir de la aplicación del instrumento CIDI-OMS, estimar la proporción de prevalencia de vida, de los últimos 12 meses y reciente (últimos 30 días), de los principales trastornos psiquiátricos teniendo como eje de análisis las variables sexo, edad, estrato social, lugar de residencia.

El estudio en sus aspectos metodológicos: diseño, recolección procesamiento y análisis de la información e informe final estuvo a cargo del Grupo de Investigación de Salud Mental de la Universidad CES, clasificado por Colciencias en escalafón A1 y que hace parte del Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la misma Universidad y que a su vez tiene convenio con **The World Mental Health Survey Initiative**,¹ el cual es un proyecto del Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología (ACE) de la Organización Mundial de la Salud que coordina la implementación y el análisis de encuestas epidemiológicas generales de la población sobre trastornos mentales, de abuso de sustancias y del comportamiento en países de todas las regiones de la OMS con más de 30 países participantes.

La justificación del WMH, tiene como base el Estudio de la carga mundial de la enfermedad de la OMS el cual estima que los trastornos mentales y adictivos se encuentran entre los más gravosos del mundo y su carga aumentará en las próximas décadas. Para avanzar en iniciativas de salud pública dirigidas a abordar la carga mundial de trastornos mentales, la Iniciativa del WMH lleva a cabo encuestas de población general rigurosamente implementadas que estiman la prevalencia de trastornos mentales, y evalúan factores de riesgo con objetivos

¹ The World Mental Health Survey Initiative https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/participating_collaborators.php

de orientar las intervenciones, estudiar las barreras al uso del servicio, y validar las estimaciones de la carga de morbilidad en todo el mundo.

Aporte del estudio

Los resultados del presente estudio permiten contar con el diagnóstico de la situación de salud mental de los residentes en Envigado, así como identificar los aspectos relacionados con situaciones del ambiente general, familiar y de equidad y su relación con las necesidades específicas, indispensables para la formulación de políticas municipales en salud mental, para la orientación de las intervenciones y para la implementación de programas de prevención basados en la evidencia generada en la propia realidad. Además, favorecen el fortalecimiento de la comunidad científica y la apropiación social del conocimiento.

Preguntas de Investigación

El Estudio se propuso responder las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos mentales diagnosticados mediante la aplicación del CIDI-OMS en la población no institucionalizada, de 15 a 18 años residente en el Municipio de Envigado?
2. ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos mentales diagnosticados mediante la aplicación del CIDI en la población de 19 a 65 años residente en el Municipio de Envigado?
3. ¿Cómo es el comportamiento de los perfiles de riesgo para los trastornos mentales según: sexo, edad, estrato social, lugar de residencia?



Ámbito sociodemográfico
del estudio

Ámbito sociodemográfico del estudio

Carolina Buitrago Salazar

Carolina Salas Zapata

El presente capítulo se construyó a partir de la información suministrada por el personal de la Secretaría de Salud de Envigado, correspondiente al Plan Territorial de Salud “Vivir mejor un compromiso con Envigado 2016-2019” y el Análisis de la Situación de Salud del Municipio realizado en el año 2017.

Localización

El municipio de Envigado se encuentra ubicado al sur de la capital del departamento de Antioquia. Limita con Medellín por el norte, con Sabaneta por el sur, con Rionegro y El Retiro por el oriente y con Itagüí y Caldas por el occidente. Cuenta con un área aproximada de 78,8 km², de los cuales 66,7 km² corresponden al área rural y 12,1 km² al área urbana. De la superficie total que corresponde al Valle de Aburrá (1.152 km²), Envigado ocupa el 4,3%, situándose en el séptimo lugar por área entre los diez municipios que conforman este territorio. Dista del centro de Medellín 10 kilómetros y de la capital de la República 545 km. La zona urbana tiene una altura promedio de 1.575 metros sobre el nivel del mar. Posee como principales actividades económicas las comerciales, de servicios e industriales, representando un 49%, 35% y 16%, respectivamente.

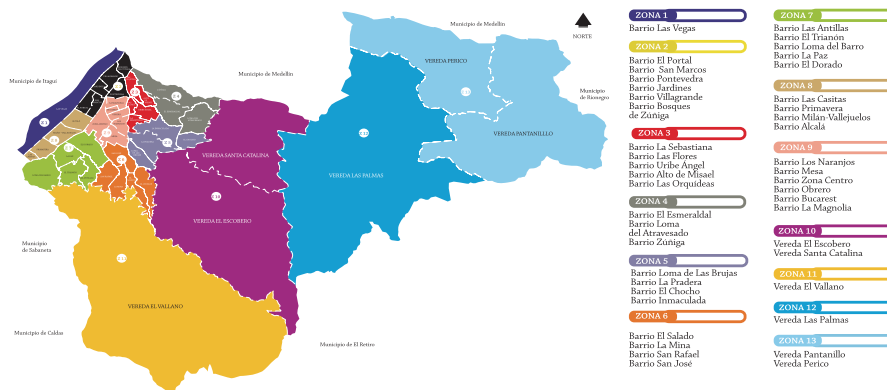
Tabla 1. Distribución del municipio de Envigado por extensión territorial y área de residencia, 2016

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Envigado	12,2	15,5	66,7	84,5	78,9	100

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Municipio de Envigado, 2016

La zona urbana del municipio de Envigado se divide en 39 barrios, entendiéndose por barrio un conglomerado homogéneo con condiciones socioeconómicas similares, con una extensión aproximada de 1.225 hectáreas. Se asume como división territorial del municipio de Envigado, en el área rural (con una extensión total de 6.596,3 hectáreas aproximadamente), la establecida por la formación catastral del año 1993, en donde se divide dicha zona en un total de seis veredas.

Municipio de Envigado



Mapa 1. División político administrativa y límites, Envigado 2012. (Glori.AI)

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación, Municipio de Envigado, 2012.

Características físicas del territorio

En el municipio de Envigado se cuenta con una altura promedio de 1.575 metros sobre el nivel del mar y alturas máximas de 2.900 metros (Cerro Astilleros) y 2.500 metros (Alto Patio Bonito).

Su temperatura promedio varía desde 22°C en la cabecera municipal hasta los 18°C en la parte alta y tiene una humedad relativa del 70%. Las regiones del Valle de Aburrá y el Oriente Antioqueño poseen un comportamiento pluvial intra-anual con dos épocas húmedas y dos épocas secas. Es una región con variaciones climáticas de húmeda a muy húmeda, con precipitación promedio de 2.000 milímetros, la cual varía desde 1.300 milímetros en la parte noroccidental hasta 2.300 milímetros en la parte del Altiplano Oriental.

La hidrografía de Envigado comprende parte de la cuenca del río Medellín, que le sirve de límite con Itagüí, y las microcuencas de La Ayurá, Las Palmas y La Mina. El área urbana la cruzan de oriente a occidente algunas quebradas como La Zuñiga, La Ayurá, célebre por sus leyendas, que recibe las aguas de La Sebastiana y El Salado; La Mina, anteriormente rica en oro, en la cual vierte sus aguas La Sucia. Al oriente del municipio se encuentra la quebrada Las Palmas que se une con la quebrada del Espíritu Santo y, ya en El Retiro, alimenta el embalse La Fe, el cual abastece del líquido a la zona urbana de los municipios que conforman el Valle de Aburrá. Algunas quebradas de importancia son La Morgan, La Ahuyamera, La Miel, La Marta, entre otras. La red hídrica hace parte de la estructura ecológica con sus corrientes de aguas, nacimientos, humedales y recargas de acuíferos, así como todas las áreas de protección requeridas para la conservación de las cuencas y permanencia del recurso hídrico.

Accesibilidad geográfica

La infraestructura vial del municipio de Envigado, pavimentada en la parte urbana en un 100%, le permite una buena integración con el área rural. Se comunica por carretera con Sabaneta, Itagüí, El Retiro, Caldas y Medellín. Todas sus veredas cuentan con calles, en su mayoría, pavimentadas.

La malla vial está conformada principalmente por calles en sentido oriente – occidente, creciendo en su nomenclatura de norte a sur; carreras en sentido norte – sur, creciendo en su nomenclatura de oriente a occidente; diagonales (las que unen carreras), creciendo en su nomenclatura de nororiental a suroccidente y transversales (las que unen calles), creciendo en su nomenclatura de noroccidente a suroriental. La conformación vial del municipio es reticulada y se ve interrumpida por varias barreras

físicas constituidas naturalmente y las cuales limitan tanto la conexión vial como la accesibilidad a otros municipios y a los mismos barrios de Envigado. Entre los constitutivos naturales intermunicipales se tienen el Alto de las Flores con el municipio de Sabaneta, el río Medellín con el municipio de Itagüí y la Quebrada Zúñiga y el Alto de Patio Bonito con el municipio de Medellín.

Contexto demográfico

Según la proyección oficial del DANE, para el año 2017, el municipio de Envigado tenía una población de 232.903 habitantes. De esta población, el 51,85% (120.764) correspondía a mujeres y el 48,15% (112.139) a hombres. Para el año 2005 la población fue de 175.085 habitantes, el 52,1% (91.189) mujeres y el 47,9% (83.896) hombres. De esta población, 225.916 personas residen en la zona urbana del municipio, distribuidas en los 39 barrios, 9 zonas, y 6.987 residen en la zona rural, distribuidas en 6 veredas que conforman las 4 zonas restantes. Envigado es el municipio del Valle de Aburra con el tercer porcentaje de urbanización más alto de la región, después de Medellín y Bello.

Para el año 2017 se contó con una población menor de un 1 año que representaba el 1,4% (3.168) del total de la población, proporción igual a la presentada en los años 2013 a 2016. Se evidencia que para este grupo etario en el último quinquenio, no hay variación y su porcentaje poblacional se mantiene por debajo del resto de los grupos etarios; el grupo de edad de 1-9 años, corresponde al 12,9% de la población general, comportamiento similar al presentado en los últimos cinco años; para la población de 10-29 años se ha venido presentando una disminución sostenida en el porcentaje poblacional de este grupo de edad desde el año 2013 pasando de 33,6% en ese año a 31,9% en el 2017; el grupo etario de 30-44 años se ha mostrado estable en el último quinquenio con el 21,6% aproximadamente de la población del municipio; por otro lado, el comportamiento del grupo etario de más de 45 años, ha mostrado un incremento de 31,2% en el año 2013 a 32,3% en el 2017, evidenciándose un aumento en la población del 1,1% en este grupo poblacional desde el año 2013.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

En el año 2017, Envigado tuvo una densidad poblacional general de 2.916 habitantes por km², con una notable diferencia

entre el área rural y urbana, siendo de 18.169 habitantes por km² en el área urbana y de 113 habitantes por km² en la zona rural.

Tabla 2. Población por área de residencia. Municipio de Envigado 2017

Población urbana	Población rural		Población total 2017		Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	
225.307	96,7%	7.596	3,3%	232.903	96,70%

Como se puede apreciar a continuación, los barrios más poblados son San José (zona 6) y El Dorado (zona 7), y la vereda más poblada es Las Palmas con 2.950 habitantes, seguida por El Vallano con 1.661.

Tabla 3. Población por zonas y barrios. Municipio de Envigado, año 2016

Sector	Zona	Barrio	2016
Urbana	1	Las Vegas (Z.I.)	82
		El Portal	4866
	2	San Marcos	5171
		Jardines	1286
		Villa Grande	5136
		Pontevedra	2982
		Bosques de Zúñiga	1160
		Total	20.601
		3	Las Orquídeas
	Alto de Misael		2474
	Las Flores		5321
	Uribe Ángel		7692
	La Sebastiana		7824
	Total		28.254
	4	Zúñiga	5305
		El Esmeraldal	1234
		Loma del Atravesado	2250
		Total	8.789
	5	El Chocho	895
		La Inmaculada	2339
		La Pradera	6985
		Loma de las Brujas	2090
		Total	12.309
	6	El Chinguí	2468
		El Salado	5042
		La Mina	7484
San Rafael		9431	
San José		13870	
Total		38.295	

Tabla 3. Población por zonas y barrios. Municipio de Envigado, año 2016 (Cont.)

Sector	Zona	Barrio	2016
Urbana	7	Las Antillas	1142
		El Trianón	7601
		Loma del Barro	11867
		El Dorado	18198
		La Paz	9467
		Total	48.275
	8	Las Casitas	1218
		Primavera	1542
		Milán Vallejuelos	10853
		Alcalá	10176
		Total	23.789
	9	Barrio Mesa	10791
		Zona Centro	5158
		Los Naranjos	6804
		Obrero	7064
		Bucarest	2642
		La Magnolia	7138
		Total	39.597
Total Urbano			219.991
Rural	10	Vereda Santa Catalina	584
		Vereda El Escobero	1185
		Total	1.769
	11	Vereda El Vallano	1661
	12	Vereda Las Palmas	2950
	13	Vereda Pantanillo	851
		Vereda Perico	422
	Total		
Total rural			7.653
Total municipal			227.644

Fuente: Construcción propia a partir de inferencias de la población 2005 según datos DANE y Censo de Población y Vivienda de Envigado (2002) y proyección geométrica de la tasa de crecimiento de la población municipal según datos DANE.

Tamaño y crecimiento de la población

Dentro de los indicadores de la dinámica poblacional se encuentra la tasa de crecimiento poblacional exponencial intercensal, que fue para el año 2017 de 2,4%, lo que indica que la población del municipio creció en el año a razón de 2 personas aproximadamente por cada 100 habitantes.

El porcentaje de crecimiento poblacional del municipio entre los años 2013 a 2017 ha mostrado una tendencia a la disminución, que representa que la población aunque aumenta de tamaño de un año a otro, en número de personas, el crecimiento esperado según proyección, cada vez es menor.

Se observa que, en el año 2017, la tasa de crecimiento vegetativo (crecimiento natural) es de 2,1, representando una leve disminución con respecto al año 2013. Este resultado nos muestra que el número de nacimientos se ha reducido a través del tiempo con respecto a las defunciones, aunque no se han presentado cifras negativas para el municipio (la mortalidad no supera en número a la natalidad), incluso esta tasa aumentó comparada con la del año 2016.

Al realizar un comparativo del período comprendido entre el año 2011 y 2017, se puede identificar que la mortalidad se ha mostrado sostenida en el tiempo, representada en aproximadamente 5 decesos por cada mil habitantes para el año 2017, evidenciando incluso, una leve disminución comparado con el año 2016; por otro lado, la natalidad muestra una tendencia sostenida a la disminución pasando de 7,6 a 6,8 nacimientos por cada mil habitantes en dicho periodo, resultado que tiene como consecuencia una disminución leve en el crecimiento de la población del municipio.

Número de viviendas

Para el año 2016 el total de viviendas urbanas y rurales del municipio de Envigado fue de 61.096 y 2.926, respectivamente. El porcentaje de déficit cuantitativo de vivienda para el año 2015 fue de 0,9% y para el 2016, el porcentaje de viviendas con hacinamiento crítico fue de 0,6%. En cuanto al porcentaje de viviendas con acceso a servicios públicos domiciliarios, se observa que desde el año 2007 el municipio posee coberturas del 100%, tanto en fluido eléctrico como en el servicio de aseo; para el año 2015 disminuyó la cobertura en los servicios de acueducto con un 99,3%, de alcantarillado con un 98,0% y de telefonía con un 96,4%, y aumentaron su cobertura el servicio de gas, pasando del 70,6% en el 2011 al 89,9% en el 2015, y el servicio de internet que pasó del 63,4% en el 2011 al 80,7% en el 2015, según información obtenida de la encuesta de calidad de vida (ECV) 2015.

Número de hogares

De acuerdo con la información proporcionada por la encuesta de calidad de vida (ECV) 2015, el 2,3% de los hogares tenían necesidades básicas insatisfechas (NBI). Esto corresponde, según el DANE, al 5,4% de las personas residentes en Envigado. Adicionalmente, en la ECV 2015, se encontró que el 2,7% de las

personas se encontraban en situación de pobreza, y el porcentaje de personas en condición de miseria ha ido disminuyendo desde el año 2007, pasando del 0,28% a 0,20% en el año 2013. Según esta misma encuesta, para el año 2011 había 53.827 hogares y para el 2015 se tenían 62.580.

Estructura demográfica

En la pirámide poblacional se puede apreciar una variación importante en cuanto a la distribución de la población por rangos de edad en los años 2005, 2017 y 2020. Se trata de una pirámide de tipo regresiva; la tendencia es hacia una base piramidal más estrecha. A partir de los 25 años la pirámide poblacional se ensancha para volverse a estrechar a partir de los 40 años y ensancharse nuevamente a partir de los 50 años en adelante, lo que significa que la población del municipio de Envigado tiene una tendencia al envejecimiento progresivo debido al descenso de la tasa de natalidad y al envejecimiento continuo de su población dado por una baja tasa de mortalidad; por tanto, su perspectiva de futuro es de descenso, concluyendo que el municipio tiene una pirámide poblacional que corresponde a la de países desarrollados.

 **Tabla 4.** Proporción de la población por ciclo vital, municipio de Envigado 2005, 2017 y 2020

Ciclo vital	2005		2017		2020	
	#	%	#	%	#	%
Primera infancia (0 a 5 años)	16093	9,2	19543	8,4	20362	8,2
Infancia (6 a 11 años)	18324	10,5	20450	8,8	21981	8,8
Adolescencia (12 a 18)	23017	13,2	25244	10,8	26425	10,6
Juventud (19 a 26)	24190	13,9	30527	13,1	31241	12,5
Adulthood (27 a 59)	76761	44,1	107717	46,2	114454	46,0
Persona mayor (60 y más)	15765	9,1	29422	12,6	34583	13,9
Total	174.150	100	232.903	100	249.046	100

Fuente: Proyección de población DANE 2005, 2017 y 2020, según censo de población 2005

La frecuencia relativa de individuos en los grupos etarios primera infancia, infancia, adolescencia y juventud ha ido disminuyendo progresivamente a través del tiempo, y el grupo etario de adultez y mayores de 60 años ha ido en aumento. Este comportamiento es compatible con el tipo de pirámide poblacional regresiva, donde la proporción más alta

de individuos se concentra entre los 27 a 59 años a través del tiempo. Si a este grupo le sumamos el de individuos mayores de 60 años, nos encontramos con una población que supera el 50% del total a través de los años, alcanzando para el 2020 el 60% de la población total, lo que demuestra el envejecimiento poblacional que se aprecia en la pirámide poblacional.

Se observa un comportamiento similar en ambos sexos para los diferentes grupos etarios, con una concentración ligeramente mayor de la población a partir de los 25 años. En general, más de la mitad de la población, tanto de hombres como de mujeres, se concentra por encima de los 25 años.

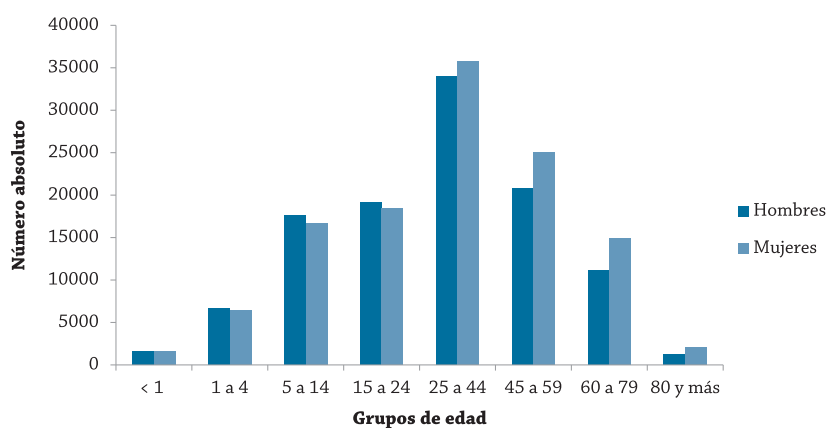


Gráfico 1. Población por sexo y grupo de edad del municipio de Envigado, 2017

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Plan territorial de salud

Se tiene como objetivo incrementar el goce pleno del derecho a la salud desde una visión que integre la prestación de servicios de salud con calidad y la adecuada promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el fin de adoptar habilidades para la vida que repercutan en la salud y el bienestar de la población del municipio, apostándole a un territorio progresivamente más saludable.

Aseguramiento en salud

La cobertura de población asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los últimos cinco años ha presentado variaciones, oscilando entre aproximadamente 76% y 80% con

respecto al total de la población. Se identificó, además, que en el año 2017, cerca del 24% de la población no está asegurada, representada en personas identificadas como parte de la Población Pobre No Asegurada (PPNA) con un aproximado del 4 % y el 20% en personas no identificadas en el sistema del municipio. Cabe resaltar que el porcentaje de cobertura en régimen subsidiado, certificado por el Ministerio para el año 2017, es del 99,7%.

La afiliación por regímenes se encuentra distribuida así: 66,2% personas afiliadas al régimen contributivo, 20,2% corresponde a particulares, 6,8% al régimen subsidiado, el 4,1% a PPNA y el porcentaje restante (2,7%) a regímenes especiales y de excepción.

Durante el año 2017 se identificaron 15.878 personas afiliadas al régimen subsidiado, distribuidas por niveles, así: al nivel 2 pertenece el mayor número de afiliados activos de este régimen, con aproximadamente el 50% (7.964), seguido del nivel 1 con el 28% (4.498), le sigue la población especial con el 14% (2.198) y la menor cantidad se encuentra en el nivel 3, representando aproximadamente el 8% (1.218). Según la distribución por sexo, el 54,5% (8.660) eran mujeres y el 45,5% (7.218) hombres.

Las principales aseguradoras para el 2017 por régimen del municipio fueron:

Para el régimen contributivo, la E.A.P.B con el mayor número de afiliados es Sura que, dentro del régimen, cuenta con el 53,2% de los afiliados y del total de la población asegurada representa el 35,2%, con 81.992 personas. La segunda aseguradora es Coomeva E.P.S. S.A. con el 16,1% de los afiliados al interior del régimen, y el 10,6% en el total general.

Del régimen especial y de excepción, la principal aseguradora fue Fiduprevisora S.A (FMP) con el 69,4% de los afiliados a este régimen. Esta aseguradora cuenta con el 1,9% (4.320) del total de afiliados en los diferentes regímenes.

En el régimen subsidiado se identifica como la principal aseguradora Savia Salud, con el 92,2% de los afiliados de este régimen, para un porcentaje de afiliados sobre el total de la población del 6,3% representado en 14.636 personas.

Prestación de servicios de salud

Múltiples estudios realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social han evidenciado la problemática de los prestadores de servicios de salud, problemas que puede clasificarse en dos grupos: los históricamente acumulados, que

corresponden a situaciones que aún antes del nuevo sistema de seguridad social se identificaron y continúan vigentes, y los problemas emergentes, que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano, de los cambios político-administrativos de los últimos años o por las modificaciones en la situación de salud de la población.

Problemas acumulados: baja capacidad resolutive, inflexibilidad del régimen laboral del sector público, pasivo prestacional de los hospitales públicos, ausencia de mecanismos de evaluación e incorporación de tecnología, falta del sistema integral de información en salud, ausencia de un sistema de rendición de cuentas, debilidad en los procesos de articulación Departamento/Municipio y debilidades en la gestión de la salud como derecho.

Problemas emergentes: fragmentación y atomización en la prestación de servicios, ausencia de articulación y direccionamiento de la oferta, el sistema obligatorio de garantía de calidad no ha desarrollado el componente del sistema de información ni un sistema de incentivos, desequilibrio en la relación aseguradores/prestadores, limitaciones en los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud, desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda y no haber logrado la universalidad en el aseguramiento.

Las acciones desarrolladas para la vigilancia en la prestación de servicios de salud han contribuido al mejoramiento de los indicadores de calidad, accesibilidad y oportunidad en el municipio. Para el control de la multiafiliación se iniciaron acciones de inspección, vigilancia y control con el fin de actualizar constantemente las bases de datos y no permitir el doble pago al sistema de salud por un solo usuario.

El área de gestión de servicios de salud garantiza que los usuarios del municipio tengan un acceso adecuado a dichos servicios a través del proceso de quejas, reclamos y solicitudes, implementado en el Sistema de Gestión Integral de Calidad, en acciones de inspección, vigilancia y control a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) que ha fortalecido la calidad de la prestación de servicios ofertados, al punto de lograr obtener índices de satisfacción global por encima del 90%. Aunque el municipio de Envigado tiene dentro de su red de prestadores de servicios de salud con 280 camas de hospitalización distribuidas en 188 para adultos, 14 pediátricas

y 24 obstétricas; cuenta con servicios de Unidad de Cuidados Intensivos -UCI- y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales -UCIN- con 14 y 4 camas respectivamente, con respecto a cuidados intermedios, existe una oferta de 24 camas para adultos y 4 neonatales y para cuidado básico neonatal, se registraron 8 camas para el año 2017. Aun así, el municipio tiene dificultades en la red de servicios.

Dentro de los 515 prestadores de servicios de salud que fueron habilitados en el 2017, se encontró que 396 eran profesionales independientes de odontología y medicina tanto general como especializada, de psicología, nutrición, fisioterapia, fonoaudiología, laboratorio clínico y optometría que representan el 76,9% aproximadamente; 86 se clasifican como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, donde además de las IPS están los laboratorios clínicos y las ópticas representando el 16,7% del total; se identificaron 31 prestadores con objeto social diferente que corresponden al 6,0% del total (13 son ópticas); el porcentaje restante pertenece al transporte especial de pacientes (2 entidades). Según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se lograron identificar cada uno de los servicios habilitados que tienen los prestadores de servicios de salud en Envigado para la atención de la comunidad.

La Administración Municipal ha invertido una gran cantidad de recursos encaminados al fortalecimiento de la red pública de prestación de servicios de salud, realizando cada año la apertura de nuevos servicios que eviten el traslado de los habitantes a otros lugares aledaños para recibir su atención.

Salud pública

Cuando se hace un análisis de las cinco primeras causas de consulta y atención por ciclo vital, se obtiene una información importante para las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS) y Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) del municipio:

En la primera infancia (0 a 5 años), las causas de consulta se encuentran relacionadas con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, faringitis y amigdalitis aguda. En la infancia (6 a 11 años), nuevamente, aparecen las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores. En la adolescencia (12 a 18 años) se identifican los trastornos de los dientes y la caries den-

tal, además, se identifican otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo. Los jóvenes (19 a 26 años) consultan, al igual que en los dos anteriores ciclos vitales, por trastornos de los dientes y caries y en busca de atención para la anticoncepción. Los adultos (27 a 59 años) consultan por hipertensión arterial, diabetes mellitus y por trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén. Las personas mayores consultan por las mismas causas que los adultos, ubicando la diabetes mellitus como una de las principales causas de consulta en los mayores de 60 años.

En cuanto al análisis de la mortalidad por ciclo vital se encontraron los siguientes resultados: en la primera infancia (0 a 5 años), como principal causa de muerte, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las cuales no dependen de la gestión del sector salud; sin embargo, la segunda causa para este grupo de edad son las afecciones originadas en el período perinatal, las cuales se podrían intervenir desde la adecuada atención en los controles prenatales de las gestantes. Para la infancia (6 a 11 años) se encontró, como principal causa, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Los adolescentes (12 a 18 años) muestran como primera causa de muerte las lesiones autoinfligidas, seguido por los accidentes de tránsito. En la juventud (19 a 26 años), las tres primeras causas de mortalidad son las agresiones, los accidentes de tránsito y las lesiones autoinfligidas. Los adultos (27 a 59 años) fallecen, principalmente, por agresiones, tumores malignos como el de mama, tráquea, bronquios, pulmón y las vías biliares intrahepáticas. Las personas mayores de 60 años son quienes más presentan mortalidad entre los habitantes, con una tasa de 276 muertes por cada 10 mil habitantes en este rango de edad, donde las principales causas son enfermedades isquémicas del corazón, crónicas de las vías respiratorias inferiores, neumonía, enfermedades cerebrovasculares y por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón.

Se identifican en la mortalidad general del Municipio de Envigado, como principales causas de muerte, las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la neumonía y las enfermedades cerebrovasculares, entre otras.

Adicionalmente, se muestran los resultados a 2013 de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), que permiten identificar las causas externas, las neoplasias y las enfermedades

del sistema circulatorio como las grandes causas de mortalidad que están aportando la mayor proporción de años perdidos por muerte prematura, de acuerdo con la esperanza de vida de los habitantes del municipio de Envigado.

Tabla 5. Principales causas de muerte de los residentes Municipio de Envigado

Orden	Código lista 103	Causas	Sexo				Total	Tasa x 10.000 Habs.
			Mujer	%	Hombre	%		
1	67	Enfermedades isquémicas del corazón	67	15,3	59	14,4	126	5,8
2	76	Enfermedades isquémicas de las vías respiratorias menores	54	12,3	28	6,8	82	3,8
3	74	Neumonía	38	8,7	16	3,9	54	2,5
4	69	Enfermedades cerebrovasculares	27	6,2	21	5,1	48	2,2
5	34	Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	22	5	20	4,9	42	1,9
6	46	Resto de tumores malignos	15	3,4	21	5,1	36	1,7
7	81	Resto de enfermedades del sistema digestivo	21	4,8	14	3,4	35	1,6
8	68	Otras enfermedades del corazón	17	3,9	12	2,9	29	1,3
9	182	Agresiones	2	0,5	24	5,9	26	1,2
10	86	Resto de enfermedades del sistema genitourinario	15	3,4	9	2,2	24	1,1
11	Varios	Total demás causas	160	36,5	186	45,4	346	15,9
Total			438	51,7	410	48,3	848	39,0

Convivencia social y salud mental

En 2017 se ejecutaron 2.763 actividades de promoción en salud mental, con las cuales se beneficiaron 24.260 personas. Las actividades más frecuentes fueron las asesorías, con un total de 1.850 actividades y 1.850 beneficiarios. En segundo lugar estuvieron las capacitaciones con 363 actividades y 7.260 beneficiarios. Las demás actividades estuvieron divididas entre sensibilizaciones en la estrategia APS salud mental e intervenciones colectivas.

El consumo de sustancias psicoactivas desencadena un sinnúmero de situaciones que afectan no sólo el entorno, sino

la convivencia en las diferentes etapas de desarrollo de los individuos, siendo la población más vulnerable (niños, niñas, adolescentes y jóvenes) la que presenta mayor disfuncionalidad en las áreas de desempeño. Estas personas están atravesadas por condiciones de violencia, pérdida de empleo, problemáticas familiares, conductas delictivas, entre otras. Estas conclusiones surgen de los resultados de dos investigaciones asociadas al consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en población general y en escolares (2013 y 2014, respectivamente).

En el caso concreto del municipio de Envigado, donde en múltiples procesos se demuestra cómo el escaso e inadecuado acompañamiento familiar agudiza aún más la deformada dinámica de la población, esta situación está evidenciada en procesos evolutivos carentes de responsabilidad, en la falta de práctica activa de habilidades sociales, al igual que de valores, entre otras falencias. Toda esta cadena comportamental está atravesada por conductas de baja percepción del riesgo frente a los consumos y por una visión facilista de la vida, donde la consecución del dinero está ligada a maneras ilegales de acceso a este recurso (narcotráfico/microtráfico) que afectan no sólo el entorno próximo, sino a toda la comunidad envigadeña.

La baja percepción del riesgo frente a las conductas adictivas y la normalización del consumo de sustancias psicoactivas, sean estas legales o ilegales, generan múltiples problemáticas sociales y económicas en el municipio.

En el marco del programa de prevención de las adicciones, se realizaron campañas a través de capacitaciones y jornadas a grupos organizados y se educaron diferentes grupos poblacionales en instituciones educativas tanto públicas como privadas. Los grupos poblacionales objetivo del programa fueron los niños y niñas, jóvenes y padres de familia, para un total de 11.303 beneficiados por primera vez y 9.869 en atenciones repetidas. Los niños y niñas fueron el grupo poblacional que más atenciones de primera vez (7.481) y repetidas (7.481) tuvo. En total se realizaron 21.172 atenciones en prevención de adicciones en instituciones educativas.

La baja frecuencia de uso de servicios en salud mental produce años de vida perdidos por el grado de cronicidad de los trastornos y la disfuncionalidad que estos generan en la población. Igualmente, la baja tolerancia a la frustración de las poblaciones altamente vulnerables puede desencadenar eventos

negativos en salud mental asociados a la conducta suicida. La presencia de múltiples eventos de violencia agudiza las demás problemáticas del entorno familiar y social del municipio.

La atención en salud mental presenta dificultades asociadas al tratamiento integral y oportuno, situaciones que empeoran durante los años de vida productivos de los enfermos mentales y llevan a aumentar la carga de enfermedad mental por no tener procedimientos claros y oportunos en las EAPB y por la carencia de personal en el área de la salud mental con competencias adecuadas que promuevan los factores protectores y minimicen los riesgos de que se presenten enfermedades de este tipo.

Para el municipio de Envigado los incrementos en los últimos años de los intentos de suicidio se convierten en una prioridad en salud. La tasa de intentos de suicidio por cada 100 mil habitantes ha mostrado un aumento en los últimos cinco años: en el año 2010 fue de 39,5, aumentando para el 2011, 2012, 2013 y 2014 a 44,5, 50,7, 55,6 y 64,9, respectivamente. En la zona urbana es importante identificar que la zona 6 supera la tasa municipal con un resultado de 85 casos por cada 100 mil habitantes y en la zona rural es la zona 10 la que presenta la tasa más alta, con 277 casos por cada 100 mil habitantes. Se evidencia una mala calidad de los datos suministrados por el sistema de salud en el área de salud mental, asociada a múltiples falencias en la formulación, aplicación y evaluación a las rutas y guías de atención. Igualmente, el estigma social que aún pesa en casos como este representa un obstáculo a salvar, pues la no atención puede sumar cargas definitivas en los procesos de enfermedad mental.



Marco de referencia sobre
salud mental

Marco de referencia sobre salud mental

Diana Restrepo Bernal

Concepto de salud mental

A pesar del uso frecuente del término salud mental, no existe consenso frente a su significado ni a sus alcances. Cuando se creó la Organización Mundial de la Salud, se proponía la salud mental como un estado del ser que incluye factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales contribuyen al estado mental del individuo y le permiten disponer de habilidades para interactuar en su entorno(1).

Algunos proponen que la salud mental es una parte integral y esencial de la salud y que puede ser definida como: 1) la ausencia de enfermedad mental; 2) un estado del organismo que permite el funcionamiento pleno del individuo; y 3) un estado de balance dentro de sí mismo y con el entorno físico y social (2).

En un estudio reciente realizado por Manwell *et al* (3), se encuestaron cincuenta expertos en el campo de la salud mental de ocho países, a los cuales se les presentaron cuatro definiciones de salud mental y se les pidió que escogieran aquella que les parecía más apropiada. Las cuatro definiciones de salud mental fueron las siguientes:

1. Definición de la Agencia de Salud Pública de Canadá (4)

“Salud mental es la capacidad de cada uno 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”.

2. Organización Mundial de la Salud (5)

“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”.

3. McKenzie Kwame, definición personal, 2014

“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”.

4. Huber *et al.* (6)

“Salud mental es la capacidad de adaptarse y manejarse a sí mismo”.

Frente a estas cuatro definiciones, el 46 % de los participantes prefirió la definición de la Agencia de Salud Pública de Canadá (# 1). El 30 % no encontró satisfactoria ninguna definición, el 20 % eligió la definición de la OMS, el 14 % prefirió la definición de McKenzie y en último lugar se ubicó la definición de Huber, con el 6 %.

Algunos de los aspectos que los participantes resaltaron fue el conflicto que se presenta cuando se habla de ausencia de enfermedad mental a la hora de definir lo que es la salud mental; esto es, definir la salud mental a partir de la enfermedad y, como contraposición, definirla desde lo positivo que hay en ella: florecimiento, crecimiento, adaptación, resolución, integración.

Una definición más reciente de salud mental fue propuesta por Galerisi et al. (2015)(7): “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”.

Esta última definición busca superar perspectivas basadas en normas ideales o tradiciones hedonistas y eudaimónicas, a favor de un enfoque inclusivo, lo más libre posible de enunciados restrictivos y vinculados a la cultura y lo más cercano posible a la experiencia humana, que a veces es alegre y otras veces triste, desagradable o atemorizante; a veces satisfactoria y en otras ocasiones desafiante o insatisfactoria. Además, permite incluir a aquellos que se recuperan después de una enfermedad.

Finalmente, es importante el esfuerzo realizado para conceptualizar en torno al significado de la salud mental y para entenderla como algo que va más allá de la simple ausencia de enfermedad mental. Es posible que nuevas definiciones surjan, buscando responder mejor a las complejas y cambiantes necesidades humanas frente a la salud mental.

Salud mental como una prioridad de salud pública

Alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta en el mundo. Una de cada cuatro personas sufrirá uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida. Los trastornos neuro-psiquiátricos son responsables del 13 % del total de los Años de Vida Ajustados con 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(8).

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 (9).

Los trastornos mentales y de conducta se hacen presentes en cualquier momento de la vida de aproximadamente el 10 % de la población adulta del mundo. Y 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, las enfermedades respiratorias o el SIDA(10).

Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental ha sido definida como “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 países y 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” (11).

Prevención de los trastornos mentales

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.

Esta 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 primaria.

Definición de prevención universal, selectiva e indicada

Prevención universal son aquellas intervenciones dirigidas al público general o a un grupo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo. La prevención selectiva se dirige a personas o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente mayor que el promedio, según se evidencia por factores de riesgo. Y la prevención indicada es aquella que se dirige a personas en alto riesgo: personas con signos o síntomas mínimos pero detectables, que 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).

Interfase entre la prevención y la promoción de la salud mental

La diferencia entre promoción y prevención radica en los resultados que se proyectan a partir de las intervenciones. En la promoción se busca aumentar el bienestar psicológico, la fortaleza emocional y crear entornos favorables a la vida y al crecimiento humano. Mientras que en la prevención el objetivo es la reducción de los síntomas y, por tanto, la reducción de los trastornos mentales. Para lograr esto se utilizan estrategias de promoción. Con frecuencia los elementos de prevención y promoción están presentes en los programas y en las estrategias.

Estándares de evidencia en 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, otros diseños pueden aportar evidencia valiosa.

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

Los factores de riesgo son una característica que antecede a la ocurrencia de un evento, en este caso, el trastorno mental. La evidencia soporta el hecho de que la presencia del factor de riesgo se asocia con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los problemas de salud(13). En tanto que los factores de protección hacen referencia a condiciones que, cuando se presentan, reducen la probabilidad de que ocurra la enfermedad, porque modifican o disminuyen la respuesta o mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo ambientales que predisponen a una respuesta de desadaptación (14).

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 (10).

Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental pretenden contraatacar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de las personas, con el fin de interrumpir los procesos de enfermedad mental.

Determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud mental

Los principales determinantes de la salud mental a nivel socioeconómico y ambiental están relacionados estrechamente con grandes problemas sociales como la pobreza, la guerra y la

desigualdad (*Prevención y promoción en salud mental: evidencia e investigación*. Ginebra, Departamento de Salud Mental y Adicción a Sustancias. 2002^a). Los factores de riesgo y de protección individuales y relacionados con la familia pueden ser biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o relacionados con el contexto familiar. Pueden tener mayor impacto en la salud mental en períodos críticos del desarrollo o a lo largo de la vida (15).

En la tabla 1 se pueden observar factores de riesgo y de protección para trastornos mentales.

 **Tabla 1. Factores de riesgo y de protección para trastornos mentales**

Factores de riesgo	Factores de protección
Fracaso académico y desmoralización estudiantil	Capacidad para afrontar el estrés
Déficits de atención	Capacidad para enfrentar la adversidad
Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes	Adaptabilidad
Abuso y abandono de menores	Autonomía
Insomnio crónico	Estimulación cognitiva temprana
Dolor crónico	Ejercicio físico
Problemas de comunicación	Sentimientos de seguridad, dominio y control de sí mismo
Embarazos a temprana edad	Buena crianza
Abuso al anciano	Alfabetización
Inmadurez y desregulación emocional	Apego positivo y lazos afectivos tempranos
Uso excesivo de sustancias	Interacción positiva entre padres e hijos
Exposición a violencia, trauma y agresión	Habilidades para resolución de problemas
Conflicto intrafamiliar o disfunción familiar	Conducta prosocial
Soledad	Autoestima
Bajo peso al nacer	Habilidades sociales
Clase social baja	Madurez emocional
Enfermedad médica	Redes de apoyo familiar y social
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	

Macroestrategias en salud mental

Las macroestrategias para reducir el riesgo y mejorar la calidad de vida no solo mejoran la salud mental de la población sino que, además, impactan positivamente la salud y el desarrollo económico de las sociedades (16). Algunas estrategias han probado que mejoran la salud mental y reducen los riesgos de desarrollo de trastornos mentales. Estas son, por ejemplo, mejorar la nutrición, mejorar la vivienda, hacer posible el acceso a la educación, reducir la inseguridad económica, fortalecer las redes comunitarias y el daño causado por las sustancias adictivas (17–19).

Reduciendo los factores de estrés y aumentando las fortalezas

Dentro de esta perspectiva, existe evidencia que demuestra que los programas de intervención temprana representan una poderosa estrategia de prevención. Los programas que han mostrado éxito se han enfocado en poblaciones infantiles en riesgo, especialmente en niños que provienen de familias de bajos ingresos, minorías, hijos de madres con retardo mental o bebés de bajo peso al nacer a quienes los abordan, en las primeras etapas de la vida, con actividades realizadas en el hogar durante el embarazo y la infancia. Además, se capacita a los padres para brindar una crianza positiva y se les estimula a reducir el consumo de tóxicos durante el embarazo (20,21).

Una estrategia exitosa con preescolares mostró beneficios hasta las edades de 19 y 27 años en cuanto a arrestos (reducción del 40 %) y reportó un rendimiento económico siete veces mayor en la inversión del gobierno en el programa (22). Enseñar estrategias de autodefensa a los niños escolares para prevenir su propia victimización (23) e intervenir hijos de padres con trastornos mentales muestran resultados positivos (24). Finalmente, los programas de componentes múltiples y que se concentran simultáneamente en diferentes niveles, tales como el cambio de la ecología escolar, el mejoramiento de las habilidades individuales de los estudiantes y la participación de los padres, son más efectivos que aquellos que solo intervienen un nivel (25).

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 mentales, la depresión, los trastornos

de ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos relacionados con el uso de sustancias, suicidio, entre otros (26–31).

El futuro de la psiquiatría

En los últimos años, la medicina y la psiquiatría han visto surgir la llamada ciencia translacional, una nueva disciplina o grupo de disciplinas dedicadas específicamente a traer los nuevos hallazgos del laboratorio al campo clínico. Esto se articula a través del reconocimiento de avances significativos en las ciencias básicas, particularmente en el nivel celular, molecular, genético y bioquímico. Como resultado de esto, las universidades han creado puestos y grupos de investigación e incluso se han generado revistas especializadas que promueven este objetivo de unir las ciencias básicas y las terapéuticas clínicas(32).

La translación es entendida como la transformación de conocimiento a partir de campos sucesivos de investigación.

Se puede ordenar el proceso translacional de la siguiente forma:

1. Descubrimiento en las ciencias básicas con posibles aplicaciones clínicas.
2. Actividades translacionales como estudios de seguridad y eficacia en sujetos humanos.
3. Actividades translacionales que se extienden en la clínica hasta tener un impacto en la salud pública.

Como el resto de la medicina, la psiquiatría se ha sumado a la cruzada y las neurociencias han sido la fuerza que impulsa con el objetivo de transformar la investigación de laboratorio acerca de la estructura y función del cerebro dentro de nuevos tratamientos para los trastornos mentales.

Bajo esta perspectiva, el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos lidera el proyecto Reseach Domain Criteria (RDoC), el cual propone que la investigación en psiquiatría necesita de las neurociencias y de la ciencia comportamental y en el que los trastornos mentales son vistos como trastornos cerebrales(33).

Sin embargo, dada la naturaleza híbrida de los objetos mentales (una señal biológica y elementos semánticos), si la neurociencia translacional ignorara esta naturaleza compleja de los síntomas mentales, se correría el riesgo de reducir tales

elementos a la neurobiología y se podría ver afectada la validez de los resultados, al eliminar el sentido de agencia del individuo (34,35).

Retos para la psiquiatría

De modo similar a lo que ha ocurrido con otras especialidades médicas, la psiquiatría ha visto el advenimiento de importantes avances médicos, científicos, sociales y asistenciales. Uno de los caminos que se ha propuesto para continuar en el proceso de avance de la psiquiatría es la búsqueda de biomarcadores específicos para los trastornos mentales, los cuales representan características del organismo que pueden medirse y evaluarse de forma objetiva para obtener información valiosa sobre procesos biológicos tanto normales como patológicos o de respuesta frente a un tratamiento. En la búsqueda de biomarcadores, existen tres grandes vías: 1) la genómica; 2) la proteómica; y 3) la metabolómica. En el primero el estudio de gran cantidad de polimorfismos en la población general ha permitido el avance en el estudio de las vulnerabilidades genéticas asociadas a las enfermedades, a través del estudio de los endofenotipos, esto es, características fácilmente medibles a nivel molecular o de comportamiento que pueden relacionarse con diferentes tipos o subtipos de un trastorno. En la proteómica se estudian y comparan las proteínas producidas por la célula a través de espectrometría de masas de alto rendimiento para identificar proteínas, la modificación postraduccional y las interacciones proteicas. Es a través de la comparación de los perfiles de proteínas entre individuos sanos o enfermos que se abre la posibilidad de establecer biomarcadores de diagnóstico y pronóstico. Finalmente, la metabolómica se basa en el estudio de las moléculas de pequeño tamaño producidas por el metabolismo celular. Esto se estudia en fluidos biológicos como sangre, orina, saliva, líquido cefalorraquídeo, entre otros.

Algunos biomarcadores que se están estudiando en psiquiatría son:

1. Factores neurotróficos y neurogénesis: para el continuo desarrollo y mantenimiento del sistema nervioso de los vertebrados se requieren proteínas llamadas neurotrofinas. Dentro de estos factores se destaca el factor neurotrófico derivado del cerebro, BDNF por su sigla en inglés, que influye en los niveles de expresión de reelina, una molécula

- extracelular que desempeña un papel importante en los procesos de plasticidad neuronal, en áreas críticas para el aprendizaje y la memoria como el hipocampo y la corteza, así como en el sistema límbico y en la amígdala.
2. CREB: la proteína CREB es un elemento de unión en respuesta al AMP cíclico. El nivel bajo de CREB fosforilado en linfocitos T se ha relacionado con buena respuesta farmacológica. Para el funcionamiento de la CREB se requieren las proteinasas PKA y PKC. El transportador de serotonina contiene sitios de fosforilación para las proteinasas PKA, PKC y PKG.
 3. Cortisol y colesterol: la no supresión de cortisol después de la administración de dexametasona ha sido utilizada como un biomarcador de algunos trastornos mentales como la depresión. La normalización del test de dexametasona se correlaciona con el éxito del tratamiento. El cortisol tiene múltiples acciones entre las que se destaca el incremento de la respuesta fisiológica al estrés. En estas situaciones de estrés, el cortisol se eleva con el fin de proveer de más energía al organismo, sin embargo, cuando el cortisol se segrega de forma crónica, se producen secuelas fisiológicas como el incremento de la presión arterial y la supresión inmunológica. Los bajos niveles de colesterol, por otra parte, se han asociado con suicidio y trastornos del ánimo. Se ha propuesto que una dieta rica en ácidos grasos poliinsaturados podría recomendarse asociada a la medicación antidepresiva en el tratamiento del trastorno.
 4. Transporte y receptores de serotonina: en estudios se ha demostrado una reducción en el número de transportadores de dopamina en la membrana de plaquetas y linfocitos, lo que lo ha convertido en un biomarcador de depresión. Algunos estudios han mostrado diferencias en la actividad del transportador de serotonina en la depresión unipolar y bipolar. Además, en el gen que codifica para el receptor de serotonina (5-HTT) tiene en su región promotora un polimorfismo que aumenta la vulnerabilidad de sufrir un episodio depresivo en el contexto de un evento estresante. El gen del transportador de serotonina tiene dos alelos, el corto (S) y el largo (L). Se ha descrito una relación entre el polimorfismo L y una mejor respuesta al tratamiento. En la actualidad el receptor 5-HT_{2A} suscitó gran interés en depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia.
 5. Vitaminas: los niveles bajos de vitamina B12 y ácido fólico se han descrito como factores de riesgo para el desarrollo de de-

- presión grave y para la escasa respuesta a antidepresivos. También se ha descrito una mejor respuesta a los tratamientos antidepresivos en pacientes que se suplementan con ácido fólico.
6. Interleukinas: la secreción de interleukina 6 está relacionada con eventos estresantes físicos y psicológicos y ella regula el eje hipotálamo-hipófisis adrenal.

Es posible que en un futuro cercano se pueda disponer de un test biológico, rápido, de bajo costo, que permita realizar diagnósticos más precisos, con la elección terapéutica más adecuada para el perfil de cada paciente.

Es claro que los biomarcadores de vulnerabilidad constituyen marcadores de mayor probabilidad de ocurrencia de un trastorno mental, sin embargo, no garantizan que esto suceda así.

Farmacogenética

La respuesta diferencial a los medicamentos es un problema en la práctica clínica. Los factores que explican esta variabilidad son múltiples: genéticos, fisiológicos, fisiopatológicos y ambientales y a menudo se encuentran presentes en un mismo sujeto. Se propone que la genética podría explicar entre el 20 y el 40 % de la variabilidad de la respuesta observada a los fármacos, de tal forma que los genes encargados de codificar proteínas relacionados con las acciones de los medicamentos pueden tener relación con la variabilidad del efecto y la toxicidad de los mismos.

Un polimorfismo genético es la presencia en una misma población de personas de dos o más variantes alélicas para un locus determinado en un gen, cada uno de ellos con una frecuencia superior a 0`01, lo que se han constituido en objeto de estudio de la farmacogenética. Los polimorfismos de nucleótido único (SNP Singel Nucleotide Polymorphism) y las duplicaciones de genes y las deleciones cromosómicas son las fuentes de polimorfismos genéticos más frecuentes.

En los años noventa, la biología molecular determinó la secuencia de los dos alelos de un gen. Con la investigación realizada hasta el momento, se han generado bibliotecas con los polimorfismos de nucleótido único identificados en el genoma humano, lo cual permitirá con los microarrays (matriz que contiene todos los polimorfismos relevantes descritos para los genes que codifican las proteínas involucradas en los procesos de investigación), trasladar los conocimientos de la farmacogenética a la práctica cotidiana.

Otros avances terapéuticos en trastornos mentales

En la actualidad se dispone de otras estrategias terapéuticas para los trastornos mentales que no responden a los psicofármacos. Dentro de ellos se encuentran las siguientes opciones:

1. 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.
2. Fotoestimulación: este tratamiento se ha utilizado en depresión con patrón estacional.
3. 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 compulsivo refractarios.
4. Privación del sueño: se ha recomendado en pacientes con patrón estacional de síntomas depresivos.
5. 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 antidepressivos.
6. 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.

Nuevos blancos terapéuticos

En los últimos años, la farmacología ha dado un giro significativo, pasando de la hendidura sináptica a los blancos terapéuticos intracelulares. El modelo de investigación a partir de la reserpina y la hipótesis monoaminérgica ha generado numerosas líneas de investigación. Si bien resulta claro que el incremento de las monoaminas se produce de forma rápida y estas pueden ser detectadas tras las primeras dosis de los medicamentos, el efecto terapéutico no se hace presente sino semanas después, lo que sugiere que se requieren adaptaciones a nivel intraneuronal. En la década de los ochenta, la teoría de la “adaptación de los receptores” pensaba que la activación persistente de los receptores como resultado de la mayor disponibilidad de serotonina y no-

radrenalina produciría una regulación a la baja de estos receptores. Sin embargo, este fenómeno regulador no es universal para todos los antidepresivos y la acción del neurotransmisor sobre el receptor es solo uno de los numerosos efectos de los antidepresivos sobre las neuronas.

Hoy, resulta claro que la acción de los psicofármacos requiere cascadas bioquímicas de mensajeros intracelulares, dentro de los cuales se encuentran las proteínas unidas a las membranas, como la proteína G, segundos mensajeros, como el AMPc, el calcio intracelular y proteínnas que fosforilan, modificando la dotación de fosfatos de todos los tipos de proteínas neuronales, alteran su función y son responsables de las diversas respuestas biológicas que se producen en las neuronas, incluidos los cambios genéticos.

Por tanto, se ha superado la farmacología sináptica por una intracelular más sofisticada que implica cambios neuronales fenotípicos con regulación de receptores, síntesis de proteínas y liberación de neurotransmisores.

Los fármacos que se encuentran en investigación se focalizan en la posibilidad de actuar sobre las subunidades de la proteína G de forma selectiva, esto es, estimulándola o inhibiéndola. Con la vía del AMPc-CREB se podría modificar la neurotransmisión serotoninérgica y noradrenérgica a través de los receptores 5HT4, 5HT6, 5HT7 y receptores betaadrenérgicos. También se podría incrementar la función del AMPc a través de la inhibición de la fosfodiesterasa, enzima encargada del metabolismo del AMPc.

Otra de las propuestas para psicofármacos se ha centrado en la posibilidad de aumentar el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), el cual fomenta, junto con las neurotrofinas 3 y 4, la diferenciación, crecimiento, mantenimiento y supervivencia de múltiples tipos de neuronas durante el desarrollo cerebral, así como células no neuronales en el cerebro adulto. Dichas neurotrofinas y el BDNF disminuyen en situaciones de estrés principalmente en el hipocampo y en el córtex frontal, lo que hace que las neuronas de estas áreas sean más vulnerables a diversas situaciones tóxicas. Una forma de aumentar el BDNF es a través de la inhibición de la metabolización del AMPc mediante la administración de inhibidores de fosfodiesterasa; también se realizan esfuerzos por desarrollar análogos del BDNF que puedan activar los mecanismos intracelulares asociados a esta neurotrofina.

El corticotropin releasing factor (CRF) es el encargado de controlar las funciones del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y otras zonas del cerebro en situaciones de estrés. En algunos trastornos mentales, como la depresión, se ha encontrado una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, que se verifica por los mayores niveles plasmáticos, urinarios y en líquido cefalorraquídeo de cortisol, así como por un aumento de la frecuencia, magnitud y duración de los episodios de secreción de cortisol y la no supresión en el test de dexametasona. En esta línea de estudio se han probado fármacos que inhiben la síntesis de corticosteroides como la metirapona, aminoglutetimida y ketoconazol y un antagonista del receptor glucocorticoide, la mifepristona. Numerosas moléculas en desarrollo se vienen probando en los laboratorios.

Con el receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) existe gran interés puesto que se ha propuesto la hipótesis del mecanismo indirecto, especialmente vía el locus de la glicina. La ketamina, que es un modulador del canal del complejo receptor del NMDA, ha mostrado mejorías sorprendentes del ánimo y que se sostienen hasta por 72 horas luego de su administración. Otro antagonista de los receptores NMDA es la fenciclidina, sin embargo, estas sustancias tienen propiedades psicotomiméticas. Por lo que se están buscando moléculas con este perfil de acción pero que no posean propiedades psicotomiméticas como el eliprodil y su análogo infeprodil.

La terapia electroconvulsiva aumenta los niveles plasmáticos de las betaendorfinas y en el cerebro de sujetos suicidas se ha encontrado aumento en la densidad de los receptores opioides tipo m, tanto en corteza frontal como en el núcleo caudado, que disminuyen con los antidepresivos. Es por esto que algunos investigadores han propuesto que el sistema opioide participa en la depresión y en el mecanismo de acción de los antidepresivos. Esto ha motivado la aprobación de la buprenorfina en depresiones resistentes.

La hipótesis inmunológica de los trastornos mentales cada vez coge más fuerza. Las citocinas, especialmente la interleukina 6, ingresan al sistema nervioso central y modifican la secreción de dopamina, noradrenalina, serotonina y disminuyen la disponibilidad de triptófano, lo cual revierte al disminuir la interleukina 6 con el tratamiento antidepresivo. La sustancia P es otra neurokinina que actúa sobre receptores NK1. Esta sustancia P tiene propiedades ansiolíticas y antidepresivas. Algunos fármacos en estudio son antagonistas NK1.

Terapias psicológicas de “tercera generación”

Las terapias de la conducta tienen una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje humano, el cual puede modificarse al generar “repertorios” más amplios, flexibles y efectivos para enfrentar las situaciones de la vida cotidiana. Estas terapias de tercera generación se diferencian de las anteriores en que adoptan asunciones más contextuales, usan estrategias de cambio más fáciles de experimentar por la persona y amplían y modifican el objetivo a tratar o cambiar. Por tanto, no es necesario bajo esta nueva perspectiva “eliminar” o “cambiar” los pensamientos para poder entonces cambiar la conducta. En lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos. De tal forma que se hace conciencia de que el control que se intenta hacer del síntoma puede ser, paradójicamente, parte intrínseca del problema mismo.

El grupo de terapias que conforman la tercera generación de terapias de conducta es el siguiente: 1) la terapia de aceptación y compromiso; 2) psicoterapia analítica funcional; 3) terapia de conducta dialéctica (DBT dialectic behavior therapy); 4) terapia integral de la pareja; y 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 que 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(36).

El futuro de la salud mental

El bienestar mental es un componente fundamental de la definición de salud, según la OMS. La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de la vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad.

La salud mental es importante, pero queda un largo camino por recorrer hasta que se consiga. Quedan muchos aspectos por resolver, como el descuido de los servicios y la atención a la salud mental o las violaciones de los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

Para la Organización Mundial de la Salud, en el Plan de Acción Integral 2013-2020, se visualiza la posibilidad de un mundo que valore, fomente y proteja la salud mental, la posibilidad de que se realicen acciones para prevenir los trastornos mentales y que aquellos que están afectados puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder a una atención sanitaria y social de calidad, adaptada culturalmente y que estimule la recuperación con el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral sin estigmatización. Para lograr esto, se presentan seis principios y enfoques transversales:

1. Cobertura sanitaria universal: de forma independiente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.
2. Derechos humanos: las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas y profilácticas de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la “Convención sobre los derechos

de las personas con discapacidad” y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos de discapacitados y de derechos humanos en general.

3. Práctica basada en evidencias: las estrategias e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.
4. Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital: las políticas, planes y servicios de salud mental han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad.
5. Enfoque multisectorial: la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación del país.
6. Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales: las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben emanciparse y participar en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental.

Dentro de los indicadores para medir los progresos hacia las metas definidas del proyecto “Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020” se encuentran los siguientes(37):

- Meta 1.** El 80 % habrá elaborado o actualizado sus políticas/ planes de salud en consonancia con los instrumentos internacionales.
- Meta 2.** La cobertura de los servicios para los trastornos mentales graves habrá aumentado en un 20 % para el 2020.
- Meta 3.** El 80 % de los países tendrá en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental para el 2020. Además, se habrá reducido en un 10 % la tasa de suicidios en los países para el 2020.
- Meta 4.** El 80 % de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social para el año 2020.

Clasificaciones de los trastornos mentales

La clasificación es una tarea de gran importancia científica puesto que permite ordenar en grupos homogéneos situaciones clínicas similares, con el propósito de hacer comparaciones y estudios que, a su vez, permitirán refinar la clasificación inicial.

Las clasificaciones diagnósticas en psiquiatría se remiten a la antigua Grecia, cuando Hipócrates, en el siglo IV a. C., hablaba de manía y melancolía. Cientos de años después, Emil Kraepelin, considerado el “padre de la psiquiatría”, en su libro *Manual de psiquiatría* (1899), clasificó los trastornos mentales de un modo similar a como los conocemos hoy en día. Pero el gran momento para las clasificaciones psiquiátricas surgió después de la segunda guerra mundial, cuando los numerosos soldados incapacitados mentalmente requerían un lenguaje común clasificatorio (38).

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, o DSM por su sigla en inglés, editado por la Asociación Americana de Psiquiatría, lanzó su primera versión (DSM-I) en 1952 a partir de datos empíricos y metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de diversas orientaciones e investigadores diversos.

Por esto el DSM no tuvo ni tiene la pretensión de explicar los trastornos mentales, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o la psiquiatría. Para el momento en que surgió el DSM-I se encontraba vigente la CIE-6 (Clasificación Internacional de las Enfermedades), en su sexta versión, la cual es la clasificación oficial de la Organización Mundial de la Salud para todas las enfermedades, incluido un apartado para los trastornos mentales.

Con los desacuerdos y el nuevo conocimiento surgido de las investigaciones, aparecieron nuevas versiones de cada una de estas clasificaciones diagnósticas. El DSM II apareció en 1968, el DSM III en 1980, el DSM IV en 1994 con la versión revisada DSM-IV-TR en 2000 y el DSM-5, la última versión a la fecha, fue publicado en 2013. En cuanto a la CIE, la versión 11 está disponible a partir de mayo de 2018.

Estudio Mundial de Salud Mental

El Estudio Mundial de Salud Mental, liderado por el Consorcio Harvard-OMS, emplea el instrumento CIDI (Compositum International Diagnosis Interview), el cual utiliza criterios diagnósticos del DSM-IV. La versión CAPI empleada en el estudio de Salud Mental Medellín 2011-2012, el estudio de Salud Mental Itagüí y el estudio de Salud Mental de Colombia, también fueron realizados con criterios DSM-IV.

El DSM-5 y los cambios que introdujo

El DSM-5 publicado en el 2013, luego de cerca de diez años de preparación y pese a la gran expectativa que generó, terminó por no incluir un sistema diagnóstico dimensional, ni la aproximación neurobiológica a través de biomarcadores para incrementar, como había prometido, la objetividad de los diagnósticos psiquiátricos. Además de esto, los criterios para algunos diagnósticos cambiaron, otros fueron incluidos de nuevo y algunos fueron recategorizados y, si bien el objetivo del DSM-5 era ofrecer una descripción concisa y clara de cada trastorno mental, numerosas críticas se suscitaron a nivel mundial (39,40).

A continuación se resumen los principales cambios que introdujo el DSM-5 en algunas categorías diagnósticas de interés.

Trastornos depresivos

Importantes cambios se presentaron en esta categoría diagnóstica.

Eliminación de la categoría "trastornos afectivos"

El DSM-5 eliminó la categoría trastornos afectivos y generó dos nuevas categorías: la de trastornos depresivos (depresión mayor, trastorno disruptivo de la regulación afectiva, trastorno depresivo persistente antes llamado distimia, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias y trastorno depresivo debido a otra condición médica) y la de trastorno bipolar y otros trastornos relacionados (trastorno bipolar I y II, ciclotimia, trastorno bipolar inducido por sustancias o medicación y relacionados con otra condición médica).

El DSM-5 provee descripción detallada del significado de estos cambios. No responde a la pregunta de si los mismos se

justifican con base en experiencia clínica o en investigación. Los argumentos en contra de los cambios propuestos en el DSM-5 surgen 1) de la larga tradición de esta categoría diagnóstica; 2) de que las transiciones entre depresión y manía y episodios mixtos y otros casos intermedios es más la regla que la excepción; 3) de que no hay un punto de rareza en la variación de síntomas y patrones de evolución entre las dos condiciones; 4) de que es frecuente que, en pacientes con trastorno bipolar, la presentación inicial sea con un episodio depresivo y el cambio a trastorno bipolar ocurre después; 5) de que se ha descrito una agregación familiar de depresión unipolar y trastorno bipolar especialmente para depresión unipolar en familiares en primer grado de personas con trastorno bipolar, comparado con los controles. En consecuencia, diversos autores han postulado un continuum entre depresión unipolar y trastorno bipolar o un espectro afectivo entre los dos polos (depresión pura y manía pura), sin un punto de rareza entre los dos extremos (41,42).

La posición contraria, a favor de dos trastornos distintos (depresión unipolar y trastorno bipolar), fue formulada con base en ensayos clínicos que mostraron cómo diferentes tratamientos eran eficaces en depresión unipolar y trastorno bipolar, y que los episodios depresivos en trastornos depresivos son tratados farmacológicamente de forma diferente, incluso si los síntomas transversalmente son idénticos. Por tanto, el DSM-5 es el primer manual diagnóstico para trastornos mentales que separa completamente los trastornos depresivos (depresión unipolar) y los trastornos bipolares y elimina la categoría denominada trastornos afectivos (43).

El DSM-5 argumenta que los trastornos bipolares operan como un puente entre la esquizofrenia y los trastornos depresivos en términos de vulnerabilidad genética. Esto se fundamenta en hallazgos de investigación genética los cuales han mostrado que la correlación genética entre trastorno bipolar y esquizofrenia es de 0,68, entre esquizofrenia y depresión de 0,43 y entre depresión unipolar y trastorno bipolar de 0,47. Así, un cierto solapamiento entre los tres trastornos es más adecuado que una visión de continuum entre depresión unipolar y esquizofrenia con trastorno bipolar en el medio, como un “puente”, puesto que bajo esta premisa la correlación genética entre los extremos, depresión unipolar y esquizofrenia, debería ser sustancialmente más baja que entre dos categorías vecinas, pero esto no resultó así (44).

Otro punto de incoherencia se presenta en la relación entre trastorno de ansiedad generalizada y depresión, ya que en estos dos trastornos se ha demostrado solapamiento sintomático y también genético, lo cual se ha puesto en evidencia en estudios de gemelos. Por tanto, si lo genético fue tenido en cuenta para la modificación en la categoría de trastornos afectivos, debió ser tenido en cuenta para la relación entre la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada (45).

Duelo y depresión

En cuanto a la definición misma de un episodio depresivo, en el DSM-IV, el duelo era un criterio de exclusión, incluso si se cumplían todos los criterios de depresión. En el caso de un duelo, el estatus de enfermedad depresiva requería un umbral sustancialmente más alto, como delirios, agitación severa o una duración sintomática mayor de dos meses. Esta exclusión fue inicialmente eliminada en el DSM-5 y reemplazada por una decisión clínica. A la luz de la investigación, la eliminación del criterio de exclusión de duelo fue sustentada por evidencia científica que mostraba que los síntomas depresivos del duelo eran diferentes de los trastornos depresivos (46). Pero, el anuncio de esta exclusión, provocó intensa discusión pública, incluso antes de la publicación del DSM-5, bajo el título de “pathologization of grief” (47). Frente a estos anuncios, los promotores del DSM-5 de nuevo excluyeron el duelo y agregaron anotaciones que explicaban cómo diferenciar un duelo de una depresión a partir del juicio clínico, y cuáles otros eventos de pérdida se debían considerar como un duelo. Este tema del “juicio clínico” introduce un nuevo problema porque existen escenarios clínicos donde la experiencia es poca (atención primaria) o incluso nula (investigaciones epidemiológicas y psicosociales) y era más sencillo simplemente excluir el duelo como ocurría en el DSM-IV (48,49).

El nuevo concepto de depresión persistente

Los límites de la variante crónica de la depresión son redefinidos en el DSM-5. Una nueva categoría de *depresión persistente* combina depresión mayor crónica y distimia. El tiempo mínimo requerido de duración de los síntomas en este nuevo diagnóstico es de dos años. La depresión mayor que dure más de dos años cae en esta categoría, lo cual significa que la prevalencia de depresión

mayor puede reducirse porque los casos crónicos serán re-categorizados. Esta decisión puede tener sentido en la clínica, para el desarrollo de opciones de tratamiento específico para estos pacientes, sin embargo, epidemiológicamente puede ser confusa.

Definición de afecto deprimido

Otro cambio se refiere al núcleo sintomático de la depresión: ánimo deprimido o pérdida de interés o placer. Estos dos síntomas son descriptores subjetivos listados en la descripción del DSM. A la descripción de triste y vacío del DSM-IV, el DSM-5 agregó la desesperanza. Este cambio significa una extensión porque la desesperanza representa un estado cognitivo en contraste con los estados emocionales. Si bien la desesperanza juega un papel importante en la teoría cognitiva de la depresión y en el tratamiento de esta, no necesariamente acompaña el afecto deprimido. De esta forma, la proporción de pacientes y personas que reportan desesperanza en ausencia de vacío y tristeza puede ser considerable (50).

La razón de este cambio no explicado en el DSM 5 y el soporte empírico para la inclusión de un criterio cognitivo de depresión no son evidentes. Los alcances de este cambio son difíciles de apreciar, pero las tasas de depresión podrían incrementar (51).

Trastorno por disregulación afectiva

Esta condición es un concepto nuevo (52,53), posiblemente responde a una necesidad de reducir la tendencia creciente en el diagnóstico de trastorno bipolar en Estados Unidos como consecuencia de un mal diagnóstico. Esta tendencia se ha observado en niños con irritabilidad crónica, pero no episódica, tildados de “bipolares”. Solo las formas episódicas de irritabilidad pueden explicarse por manía, hipomanía, pero la irritabilidad crónica no tiene lugar en el DSM IV.

Este sobrediagnóstico de trastorno bipolar ha incrementado la prescripción de psicofármacos, particularmente antipsicóticos atípicos, y el uso de los servicios de salud por niños con irritabilidad crónica. Con esto en mente, el DSM-5 creó un nuevo diagnóstico llamado *trastorno disruptivo por disregulación afectiva*, el cual fue ubicado en la categoría diagnóstica del grupo de los trastornos depresivos.

La definición requiere patataletas con una frecuencia mínima de tres episodios por semana, con irritabilidad persistente (12 meses), y episodios maníacos o hipomaníacos que no duren más

de 1 día. El diagnóstico es restringido para un comienzo de 6 a 10 años. La pregunta es si estos criterios sí ameritan la categoría de un nuevo diagnóstico (54) y cuáles fueron los estudios que validaron los criterios diagnósticos (55).

Trastorno disfórico premenstrual

Este nuevo diagnóstico en el DSM-5 había sido incluido en el DSM-IV-TR como *tópicos para futura investigación*. Las investigaciones realizadas han soportado apropiadamente la inclusión de esta nueva categoría diagnóstica (56,57).

Nuevo especificador “con distrés ansioso”

Este nuevo especificador es soportado por unas investigaciones que han mostrado que la depresión con distrés ansioso es caracterizada por un curso más crónico, una mayor carga familiar y diferentes características genéticas y un pronóstico menos favorable (46,58). Para validar este especificador, se requieren estudios que validen hipótesis epidemiológicas y farmacológicas (59,60).

Solapamiento de características maníacas y depresivas en capítulo de los trastornos depresivos

Todas las versiones anteriores del DSM reconocían la ocurrencia simultánea de síntomas de manía y depresión, los que han sido llamados “estados mixtos”. La definición para los estados mixtos difiere en todas las versiones del DSM (61). Esta diversidad de definiciones puede explicar el amplio rango de prevalencia entre 7 y 66 % de todos los casos con trastornos afectivos, lo cual refleja la carencia de consenso frente al concepto de estado mixto (62).

Algunas desventajas de este especificador de “estados mixtos” es que se requieren síntomas maníacos que acompañen los síntomas depresivos en el mayor tiempo de duración de estos. Este requisito está en contravía de la evidencia clínica donde, en la mayoría de los casos, solo se solapan los síntomas parcialmente en el tiempo. En el DSM-IV únicamente se necesitaba que coincidieran temporalmente los síntomas durante una semana. Esto puede llevar a una baja prevalencia de depresión con estados mixtos.

En cuanto a la agitación psicomotora, la cual se puede presentar tanto en depresión como en manía, es eliminada del DSM-5 como una característica mixta, y la depresión agitada no es considerada

como una depresión mayor con características mixtas (41). Finalmente, se considera positiva la inclusión del trastorno disfórico premenstrual y el especificador de distrés ansioso. Sin embargo, los otros cambios no han sido suficientemente evaluados y las consecuencias de las modificaciones todavía no son adecuadamente dimensionadas.

El significado de estos cambios en el DSM-5, menos de 20 años después de haber introducido el DSM-IV, no han sido adecuadamente evaluados. Algunas de las posibles consecuencias son:

1. La pérdida de validez de las indicaciones diagnósticas basadas en el DSM-IV.
2. Cambio en los diagnósticos y en los hábitos diagnósticos sin evidencia suficiente.
3. Un posible escepticismo diagnóstico.
4. Posible confusión entre pacientes y médicos.
5. Inconsistencias en investigación basada en versiones previas del manual diagnóstico.
6. Imposibilidad de comparar resultados de estudios realizados con el DSM-IV y el DSM-5.

Algunos sugieren que, a la luz de los cambios modestos realizados en el DSM-5, se puede ser crítico y preguntarse si se necesitaba y valía la pena hacerlo (63). Esto adquiere mayor relevancia para instituciones de investigación con grandes bases de datos, con grandes cohortes, donde cualquier cambio en el sistema de diagnóstico genera problemas y más cuando el beneficio no es evidente. Algunos expertos están a favor de un enfoque principalmente orientado a lo neurobiológico y por lo tanto piensan que el DSM-5 puede ser una solución “provisional” que será reemplazada en un tiempo por una “clasificación cerebral de las enfermedades mentales” enmarcada en el proyecto RDoC (33,64,65). Sin embargo, esta interesante perspectiva es una alternativa dirigida a la investigación y que podrá solo ser gradualmente integrada a medida que el trabajo progresa. Por tanto, no puede todavía brindar el respaldo necesario para hacer diagnósticos en el cuidado clínico.

Trastorno bipolar

Como ya se expuso, en el DSM-IV los trastornos afectivos son divididos en trastornos depresivos, trastorno bipolar y dos trastornos (trastorno afectivo debido a una condición médica

y trastorno afectivo inducido por sustancias). Dentro de los trastornos afectivos el cambio de mayor peso en el DSM-5 fue ubicar el trastorno bipolar como un trastorno independiente del trastorno depresivo unipolar.

En el DSM-5 el trastorno bipolar incluye siete grupos diagnósticos: 1) trastorno bipolar I; 2) trastorno bipolar II; 3) trastorno ciclotímico; 4) trastorno bipolar inducido o relacionado con sustancias; 5) trastorno bipolar debido o relacionado con una condición médica; 6) otro trastorno bipolar; y 7) trastorno bipolar no especificado.

Los principales cambios son:

1. En el criterio A se pide la presencia de un incremento anormal y persistente de energía o actividades dirigidas a una meta. Esto aumenta la especificidad, sin dañar la sensibilidad.
2. El criterio B introduce la necesidad de un cambio notable sobre el comportamiento usual del individuo. Esto buscando enfatizar que el trastorno bipolar es un trastorno episódico.
3. En el DSM-5 emerge un nuevo especificador: “con características mixtas”. Este especificador debe ser usado cuando en el episodio de manía o hipomanía hay por lo menos tres síntomas depresivos y para episodios depresivos cuando tres síntomas maníacos o hipomaníacos están presentes, pero no se cumplen por completo los síntomas de un episodio hipomaníaco.
4. En el DSM-5, el uso simultáneo de un antidepresivo no es un criterio de exclusión para el diagnóstico de un episodio maníaco o hipomaníaco. Esto resuelve el dilema y la controversia de cómo rotular a un paciente que desarrolla un episodio maníaco o hipomaníaco durante el tratamiento con antidepresivos.
5. En cuanto a la duración de los síntomas hipomaníacos de 2-3 días, algunos opinan que es difícil referir un episodio bipolar con una duración de dos días en contraposición con otros diagnósticos que podrían tener síntomas similares, como trastorno de personalidad borderline o de déficit de atención (66). Algunos proponen que la hipomanía sea un diagnóstico soportado por información que proveen otros y algunos se atreven a proponer que en tanto se hacen estudios que soporten que la hipomanía puede ser de tan corta duración, estos pacientes se traten como pacientes con depresión teniendo en mente que están en riesgo de desarrollar trastorno bipolar (67–69).

Trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos compulsivos y trastornos relacionados con trauma y otros estresores

El DSM-5 requiere que los individuos con un trastorno de ansiedad deben reconocer que su ansiedad es excesiva o no razonable y los síntomas de agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y ansiedad social deben estar presentes por 6 meses o más y si bien esto evita el sobrediagnóstico, podría llevar, por ejemplo, a que no se pueda hacer el diagnóstico de ansiedad en una persona claramente sintomática, lo que podría tener implicaciones en los cubrimientos y tratamientos que podría recibir el paciente.

Trastorno de pánico

En el DSM-5 el trastorno de pánico y la agorafobia son dos trastornos independientes. La principal razón de esto es que un gran grupo de pacientes tiene agorafobia sin trastornos de pánico. Sin embargo, dos tercios de los casos de trastorno de pánico co-ocurren con agorafobia. Estos individuos son diagnosticados ahora con un trastorno de pánico comórbido con una agorafobia. También el DSM-5 elimina la descripción de diferentes clases de ataques de pánico y los cambia por limitado o ataque pánico pleno y deja dos categorías, esperado y no esperado.

Ataques de pánico

Como los ataques de pánico no solo ocurren en trastorno de pánico, sino también en ansiedad social, trastorno depresivo, bipolar, control de impulsos y uso de sustancias, ahora en el DSM-5 pueden ser usados como un especificador. Sin embargo, hay una diferencia importante: los pacientes con trastorno de pánico a menudo no tienen una explicación de sus síntomas corporales y, por lo tanto, desarrollan un miedo a morir, en tanto que a los pacientes con fobia social a menudo les ocurre esto cuando se someten al escrutinio de otras personas y, por lo tanto, ellos no piensan que van a morir.

Agorafobia

En orden de distinguir la agorafobia de fobias específicas, de dos a cinco situaciones agorafóbicas deben ser cumplidas según el DSM-5.

En el DSM-5 no se produjeron cambios importantes en el trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad social y fobias específicas.

Trastorno de ansiedad por separación

Este trastorno, que en el DSM-IV se encontraba ubicado en trastornos de la infancia, niñez o adolescencia, fue movido al capítulo de los trastornos de ansiedad. En adultos se requiere una duración de 6 meses y en niños y adolescentes de 4 semanas. La figura de apego puede darse tanto en un adulto como en un niño. Los niños se niegan a ir a la escuela y los adultos al trabajo. La extensión de los trastornos de ansiedad de separación en los adultos trae algún riesgo de que cada conflicto de pareja pueda ser asociado con un miedo de separación y ahora ser diagnosticado como un fenómeno patológico.

Mutismo selectivo

El mutismo selectivo ha sido trasladado de la sección de niñez y adolescencia a los trastornos de ansiedad, porque a la mayoría de los niños con mutismo se les ha encontrado ansiedad. Sin embargo, el mutismo selectivo es un trastorno raro que usualmente ocurre antes de los 5 años de edad y en niños mayores es difícil separarlo del trastorno de ansiedad social (70). El mutismo selectivo se caracteriza por ausencia de lenguaje en situaciones públicas específicas en las cuales se espera que el niño hable. El lenguaje debe de tener un desarrollo normal y los síntomas deben estar presentes por lo menos un mes. Se ha estimado una prevalencia entre 0,18 % y 1,90 % (71).

Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados

Los trastornos obsesivos compulsivos fueron movidos de los trastornos de ansiedad a un nuevo capítulo, el de trastorno obsesivo y trastornos relacionados. Esta separación había sido pedida durante un largo tiempo por clínicos quienes consideraban que el trastorno obsesivo es diferente de los otros trastornos de ansiedad, en cuanto a la etiología, genética, neurobiología y respuesta al tratamiento. El DSM-5 además introduce un especificador para el trastorno obsesivo compulsivo, *con insight*, *pobre insight* y *insight ausente o delirante*. Este capítulo, además,

contiene el trastorno dismórfico corporal, el trastorno por acumulación, la tricotilomanía y el trastorno por excoriación.

Trastornos relacionados con trauma y estresores

Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático y los trastornos de estrés agudo fueron trasladados de los trastornos de ansiedad a un nuevo capítulo llamado “Trauma y trastornos relacionados con estresores”. Los criterios de estrés postraumático son ahora más estrictos y no se puede hacer el diagnóstico solo por la exposición a través de la televisión y, si el evento traumático le ocurrió a otra persona, debe ser un evento de tipo violento. Estos cambios pueden obedecer a un intento de evitar el sobrediagnóstico, teniendo presente que el 60,7 % de los americanos adultos han estado expuestos a eventos traumáticos (72).

Trastorno de relación social desinhibida y trastorno de apego reactivo

Dos trastornos de la niñez son ahora incluidos en los trastornos por trauma y estrés: el trastorno de apego reactivo (niños con mínima respuesta social y emocional a sus cuidadores) y trastorno de relación social desinhibida (aproximación e interacción inapropiada con adultos extraños como consecuencia de negligencia o de privación).

Trastorno por uso de sustancias

El concepto de trastornos adictivos, como enfermedades o trastornos médicos, ha emergido en el tiempo. En 1977 un grupo de expertos propuso diferenciar entre el abuso y la dependencia, esta noción fue adoptada por la clasificación internacional de enfermedades y el DSM. La distinción fue de relevancia clínica y fue adoptada por los clínicos. Ahora el DSM-5 introduce nuevos cambios sustanciales y controversiales.

1. Once categorías de uso de sustancias son ahora definidas, incluido por primera vez el juego patológico, y otras adicciones no comportamentales, como uso patológico de internet, adicción al sexo, consumo excesivo de comida y otros están a la espera.

2. El DSM-5 adoptó un concepto dimensional y eliminó el abuso y la dependencia. El trastorno por uso de sustancias es definido por un patrón problemático de uso de sustancias que conlleva una alteración clínicamente significativa en diferentes dominios. La clasificación psiquiátrica moderna, como el CIE-10 y el DSM IV, definía el trastorno por uso de sustancias como un clúster de síntomas físicos y psicológicos y las consecuencias sociales del abuso. El DSM-5 especifica 11 síntomas, con la presencia de 2-3 síntomas indica un trastorno leve, 4-5 moderado y seis o más un trastorno grave.
3. En el DSM-IV la confianza para la dependencia al alcohol tenía unos valores de kappa de 0,62-0,82, pero bajas para el abuso (55,73). En el DSM-5 la confiabilidad para el trastorno por uso de alcohol fue menor (kappa 0,40). Existen algunas ideas frente a estas diferencias (74), sin embargo, esta confiabilidad no parece satisfactoria. Compton *et al.*, encontraron una adecuada concordancia entre el término dependencia del DSM IV y el término trastorno por uso de alcohol en el DSM 5 cuando cuatro o más criterios eran cumplidos (75). Proctor *et al* estudiaron la concordancia del DSMIV y el DSM-5 para trastorno por uso de cocaína en 6,871 prisioneros. Ellos encontraron que la prevalencia a 12 meses, según el DSMI-V, fue 3,8 % abuso y 8,9 % dependencia, en tanto que 11 %, con los criterios de DSM-5, cumplían criterios de trastorno por uso de sustancias por cocaína (76).
4. En el DSM-5 el trastorno por uso de sustancias puede ser subtipificado en leve, moderado o grave dependiendo del número de síntomas presentes. DSM-5 aún no usa la cantidad y dosis de drogas tomadas, o parámetros biológicos, o historia de tratamiento individual para definir la gravedad del consumo. En la mayoría de los estudios, los factores pronósticos, como edad de comienzo, tiempo de uso de la sustancia, comorbilidad psiquiátrica, historia de intentos de suicidios, previos tratamientos, otros aspectos relacionados, no se ven reflejados en el DSM-5.
5. El *craving* fue incluido como un nuevo síntoma en el DSM-5.

Trastornos psiquiátricos de inicio en la niñez y la adolescencia

El DSM-5 eliminó los trastornos usualmente diagnosticados en la infancia y adolescencia como una categoría específica, de tal forma que estos trastornos pueden ser encontrados a lo largo de todo el manual diagnóstico.

Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta

El trastorno de conducta es un diagnóstico que no contiene criterios exclusivos de uso por clínicos, por tanto, puede ser usado por personal no clínico, como es el caso de jueces.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad tuvo cambios importantes en el DSM-5. Ahora la edad para diagnosticar el comienzo de los síntomas se extendió de los 7 años a los 12 años, esto puede tener importantes implicaciones en la prevalencia del trastorno.

Algunos investigadores importantes, como Allen Frances (77), consideran que el DSM-5 tiene las siguientes limitaciones:

- Incrementa las tasas de enfermedades mentales.
- Aumenta la incidencia-prevalencia de los trastornos comunes en la población general.
- Disminuye los umbrales de muchos de los trastornos existentes.
- Se incrementan los trastornos positivos.
- Se produce un sobretreatmento con fármacos.
- Incluye variantes bajo la denominación de trastornos mentales.
- Se introduce el “riesgo de padecer una psicosis”, lo cual es arriesgado.
- Disminuye el umbral para el diagnóstico de trastorno cognitivo.
- Introduce un nuevo diagnóstico: “trastorno por atracón”.
- Incluye el “trastorno disfuncional del temperamento con disforia”.
- Se promueve el sobrediagnóstico de trastorno por déficit de atención.
- Aparece un nuevo concepto de adicción: confluencia de los diagnósticos de abuso y dependencia de sustancias.
- Se incluye el trastorno del espectro autista.
- Se medicaliza el proceso de duelo.
- Se elimina el sistema multiaxial.

Finalmente, el DSM-5 ha introducido importantes modificaciones en la nosología de las enfermedades mentales, cuyo impacto y verdaderas implicaciones epidemiológicas, clínicas y nosológicas, todavía están por ser investigados.

Bibliografía

1. Alonso AM. What Is Mental Health? Who Are Mentally Healthy? *Int J Soc Psychiatry*. 1960 Sep;6(3-4):302-5.
2. Bhugra D, Till A, Sartorius N. What is mental health? *Int J Soc Psychiatry*. 2013 Feb;59(1):3-4.
3. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*. 2015 Jun 2;5(6):e007079-e007079.
4. Public Health Agency of Canada (PHAC). The human face of mental health and mental illness in Canada 2006. Ottawa. Minister of Public Works and government Services Canada; 2006.
5. World Health Organization. Mental health: strengthening mental health promotion, 2001; Fact Sheet No. 220 [Internet]. Geneva, Switzerland.; 2018. Available from: <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
6. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H v. d., Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011 Jul 26;343(jul26 2):d4163-d4163.
7. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 2015;14:231-3.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: Nuevo entendimiento nueva esperanza [Internet]. Ginebra; 2001 p. 171. Available from: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
9. Murray CJL, Lopez AD. *La carga global de la enfermedad: una evaluación integral de la mortalidad y discapacidad de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo en 1990 proyecto al 2020*. Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud y Escuela Harvard de Salud Pública;
10. Organización Mundial de la Salud. *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
11. Hosman C, Jané-Llopis E. Retos políticos 2: salud mental. In: *Unión Internacional para la promoción de Salud y Educación La evidencia de la efectividad de la promoción de la salud: forjando la salud pública en una nueva Europa, Bruselas, ECSC-EC-EAEC*. Bruselas; 1999. p. 29-41.
12. Mrazek PJ, Haggerty RJ. *Reduciendo los riesgos para trastornos mentales. Fronteras para la investigación de intervención preventiva*. Washington, National Academy Press; 1994.

13. Gordon R. Una clasificación operativa de la prevención de enfermedades. In: *Previendo los trastornos mentales una perspectiva de estudio*. Rockville, Md, Departamento de Salud y Servicios Humanos; 1987. p. 20–6.
14. Rutter M. Fortaleza contra la adversidad. *British Journal of Psychiatry*. 1985;147:598–61.
15. Hoefnagels C. Previendo el abuso y abandono infantil. In: *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Oxford, Oxford University Press; 2005.
16. Patel V, Jané-Llopis E. Pobreza exclusión social y grupos en desventaja. In: *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford, Oxford University Press; 2005.
17. Thomson H, Petticrew M, Morrison D. Intervenciones de vivienda y salud. Una revisión sistemática. *British Journal of Psychiatry*. 2001;323:187–90.
18. Cohen A. Nuestras vidas estuvieron cubiertas por la oscuridad. El trabajo de la Misión Literaria Nacional en el Norte de India. In: *Registros de salud mental mundial: programas sociales y de salud mental en países de bajo ingreso*. Editores Kluwer Academic Plenum. Londres; 2002. p. 153–90.
19. Chowdhury A, Bhuiya A. ¿Reducen los programas de alivio las desigualdades en salud? La experiencia de Bangladesh. In: *Pobreza desigualdad y salud*. Oxford University Press. Oxford; 2001.
20. Brown H, Sturgeon S. Promoviendo un inicio saludable en la vida y reduciendo riesgos tempranos. In: *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de política*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
21. Olds DL. Efectos a largo plazo de las visitas al hogar durante el período maternal y el abuso y abandono de menores: seguimiento de quince años de una prueba aleatoria. 1998;280:1238–44.
22. 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.
23. 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.
24. Beardslee W, Solantaus T, Van Doesum K. Enfrentando la enfermedad mental de los padres. In: *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas opciones de políticas*. Oxford University Press. Oxford; 2005.

25. Reid JB. Descripción e impactos inmediatos de una intervención preventiva para problemas de conducta. *Publicación Americana de Psicología Comunitaria*. 1999;27:483-517.
26. Eddy M. Prevención de trastornos de conducta, violencia y agresión. In: *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
27. Jané-Llopis E, Muñoz R, Patel V. Prevención de la depresión y la sintomatología depresiva. In: *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
28. Hosman C, Dadds M, Raphael B. Prevención de los trastornos de ansiedad. In: *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
29. Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevención de los trastornos alimenticios. In: *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
30. Anderson P, Biglan A, Holder H. Previniendo el daño causado por sustancias. In: *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
31. Hosman C, Wasserman D, Bertelotte J. Prevención del suicidio. In: *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
32. Drolet BC, Lorenzi NM. Translational research: understanding the continuum from bench to bedside. *Transl Res*. 2011;157:1-5.
33. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2010;167:748-51.
34. Bennett MR, Hacker PMS. Philosophical foundations of neuroscience. UK: Blackwell Publishing; 2003.
35. Marková IS, Berrios GE. Neuroimaging in psychiatry: epistemological considerations. In: *Alternative Perspectives on Psychiatric Validation*. Oxford: UK: Oxford University Press; 2015. p. 112-27.
36. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive therapies: what is new and what is effective? *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25:522-8.
37. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra; 2013.
38. del Barrio V. Raíces y evolución del DSM. 2009;30:81-90.

39. Frances A. Saving normal: an insider's revolt against out of control psychiatric diagnosis, DSM-5 big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia*. 2013;19:14–8.
40. Ortiz-Lobo A, de la Mata I. Allen Frances y la pureza del diagnóstico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2015;35:165–74.
41. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitate “unipolar” depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord*. 2005;85:245–58.
42. Angst J, Cui L, Swendsen J, Tothen S, Cravchik A, Kessler RC, et al. Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry*. 2010;167:1194–201.
43. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edición. American Psychiatric Publishing; 2013.
44. Lee SH, Ripke S, Neale BM, Faraone SV, Purcell SM, Perlis RH, et al. Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nat Genet*. 2013;45:984–94.
45. Goldberg D. Towards DSM-V: the relationship between generalized anxiety disorder and major depressive episode. *Psychol Med*. 2008;38:1671–5.
46. Goldberg DP, Wittchen HU, Beesdo-Baum K, Zimmermann P, Pfister H. Anxious and non-anxious forms of major depression: familiar, personality and symptom characteristics. *Psychol Med*. 2013;11:1–2.
47. Kleinman A. Culture, bereavement, and psychiatry. *Lancet*. 2012;379:608–9.
48. Kendler K. Book review: the loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder, by Horwitz AB, Wakefield JC. *Psychol Med*. 2008;39:1935–41.
49. Maj M. Clinical judgment and the DSM-5 diagnosis of major depression. *World Psychiatry*. 2013;12:89–91.
50. Uher R, Farmer A, Maier W, Rietschel M, Hauser J, Marusic A, et al. Measuring depression: comparison and integration of three scales in the GENDEP study. *Psychol Med*. 2008;38:289–300.
51. Brown TA, Di Nardo PA, Lehman CL, Campbell LA. Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders. *J Abnorm Psychol*. 2001;110:49–58.

52. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;171:668–74.
53. Sparks GM, Axelson DA, Yu H, Ha W, Ballester J, Diles RS, et al. Disruptive mood dysregulation disorder and chronic irritability in youth at familiar risk for bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53:408–16.
54. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youth. *Am J Psychiatry*. 2011;168:129–142.
55. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, et al. DSM 5 field trials in the United States and Canada, part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2013;170:59–70.
56. Epperson CN, Steiner M, Hartlage SA, Eriksson E, Schmidt PJ, Jones I, et al. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2012;169:465–75.
57. Hartlage SA, Beaux CA, Yonkers KA. Addressing concerns about the inclusion of premenstrual dysphoric disorder in DSM 5. *J Clin Psychiatry*. 2014;(75):70–6.
58. Coryell W, Fiedorowicz JG, Solomon D, Leon AC, Rice JP, Keller M. Effects of anxiety on the long-term course of depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2012;20:210–5.
59. Fawcett J. An overview of mood disorders in the DSM-5. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12:531–8.
60. Firs MB. Preserving the clinician-researcher interface in the age of RDoC: the continuing need for DSM-5/ICD-11 characterization of study populations. *World Psychiatry*. 2013;13:53–4.
61. Malhi GS. Diagnosis of bipolar disorder: who is in a mixed state? *Lancet*. 2013;381:1599–600.
62. Vieta E, Valenti M. Mixed states in DSM-5: implications for clinical care, education, and research. *J Affect Disord*. 2013;148:28–36.
63. Möller HJ, Bandelow B, Bauer M, Hampel H, Herpertz SC, Soyka M, et al. DSM-5 reviewed from different angles: goal attainment, rationality, use of evidence, consequences. Part 1: general aspects and paradigmatic discussion of depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;265:5–18.
64. Stahl SM. The last diagnostic and statistical manual (DSM): replacing our symptom-based diagnoses with a brain circuit-based classification of mental illnesses. *CNS Spectr*. 2013;18:65–8.

65. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med.* 2013;11:126.
66. Zimmerman M, Martines JH, Morgan TA, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Distinguishing bipolar II depression from major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder: demographic, clinical, and family history difference. *J Clin Psychiatry.* 2013;74:880–6.
67. Frances A, Jones KD. Bipolar disorder type II revisited. *Bipolar Disord. Int J Bipolar Disord.* 2012;14:474–7.
68. Zimmerman M. Broadening the concept of bipolar disorder: what should be done in the face of uncertainty? *World Psychiatry.* 2011;10:188–9.
69. Severus E, Bauer M. Diagnosing bipolar disorder in DSM-5. *Int J Bipolar Disord.* 2013;1:14.
70. Keeton CP, Budinger MC. Social phobia and selective mutism. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am.* 2012;21:621–41.
71. Muris P, Ollendick TH. Children who are anxious in silence: a review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2015;18:151–69.
72. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52:1048–60.
73. Hasin D, Hatzenbuehler ML, Keyes K, Ogburn E. Substance use disorders: diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction* 101 (Suppl 1). :59–75.
74. Hasin DS, Auriacombe M, Borge G, Bucholz K, Budney A, Crowley T, et al. The DSM-5 field trials and reliability of alcohol use disorder. *Am J Psychiatry.* 2013;170:442–3.
75. Compton WM, Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Crosswalk between DSM-IV dependent and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug Alcohol Dependence.* 2013;132:387–90.
76. Proctor SL, Kopak AM, Hoffmann NG. Compatibility of current DSM-IV and proposed DSM-5 diagnostic criteria for cocaine use disorders. *Addict Behav.* 2012;37:722–8.
77. Frances A. Opening Pandora's Box: the 19 Worst Suggestions for DSM-5. *Psychiatric Times.* 2010;

Diseño metodológico

The image features a dark blue background with a subtle, wavy pattern. At the top, a light blue triangle points downwards, containing the text 'Diseño metodológico'. Below this, a complex network of lines and nodes is visible. The lines are thin and colored in shades of light blue, purple, pink, orange, and red. The nodes are small circles, some solid and some hollow, in various colors including green, blue, purple, pink, orange, and red. The overall aesthetic is modern and technical, suggesting a focus on design methodology.

Diseño metodológico

Yolanda Torres de Galvis

Gloria María Sierra Hincapié

Aspectos introductorios

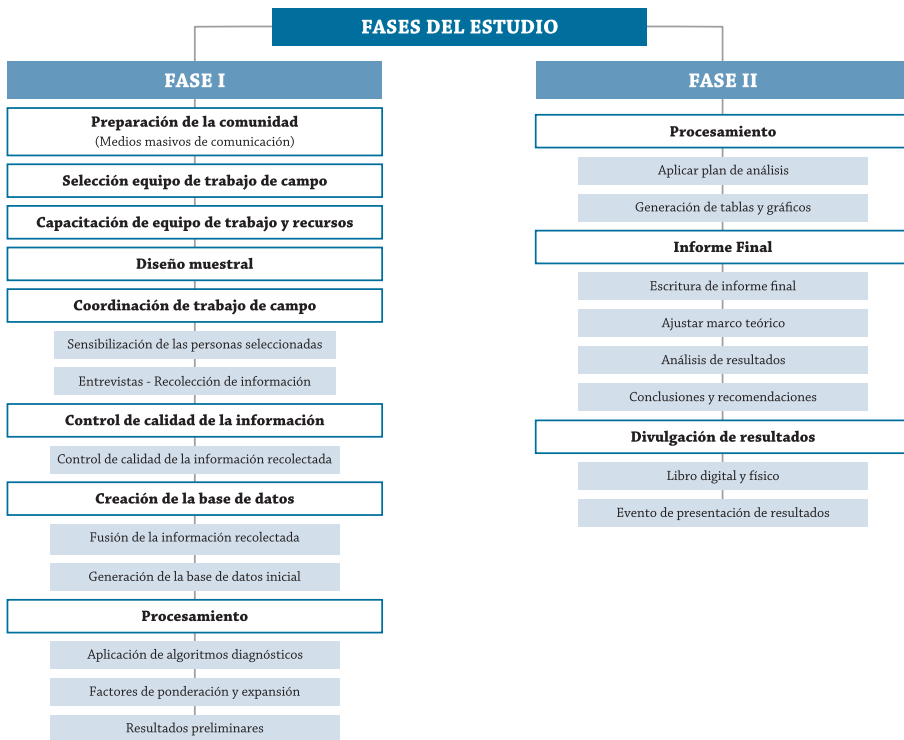
Mediante convenio de asociación entre la Secretaría de Salud del Municipio de Envigado y la Universidad CES y en acuerdo con el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica OMS – Universidad de Harvard, se realizó el estudio de salud mental en la población mayor de 14 años, mediante la aplicación de la metodología del Estudio Mundial de Salud WMH-CIDI.

Con base en los objetivos propuestos a partir de la aplicación del CIDI-OMS, se estimó la prevalencia de vida, de los últimos 12 meses y reciente (últimos 30 días), de los principales trastornos psiquiátricos según las variables de sexo, edad, estrato social, lugar de residencia.

Se utilizó la metodología de los estudios de prevalencia y se tuvo como base una muestra de 2.070 personas seleccionadas mediante diseño probabilístico, multietápico a partir del marco muestral de la población general no institucionalizada, con hogar fijo. Se aplicó el instrumento CIDI-CAPI de la OMS (Composite International Diagnostic Interview), entrevista diagnóstica altamente estructurada que fue instalada en los computadores portátiles del equipo de encuestadores y se aplicó cara a cara por entrevistadores legos previamente capacitados y estandarizados. Este incluye 23 diagnósticos

psiquiátricos, otras escalas del campo psicosocial y variables sociodemográficas.

Para el procesamiento se utilizó la base de datos generada previo el control de inconsistencias llevado a cabo por el grupo de investigadores de la universidad CES y de acuerdo con lo exigido por el Consorcio del WMH. A partir de este paso se aplicó el plan de análisis para cumplir con los objetivos, mediante la aplicación de los algoritmos diagnósticos para la estimación de las prevalencias de los trastornos psiquiátricos y los cruces con las variables propuestas.



El estudio, en sus aspectos metodológicos (diseño, recolección, procesamiento y análisis de la información e informe final), estuvo a cargo del Grupo de Investigación de Salud Mental de la Universidad CES, clasificado por Colciencias en escalafón A1 y que hace parte del Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la Universidad CES.

Como aporte, el estudio permite contar con el diagnóstico de la situación de salud mental de los residentes en Envigado y de los aspectos relacionados con situaciones del ambiente general, familiar, de equidad y su relación con las necesidades específicas, indispen-

sables como base para la formulación de políticas municipales de salud mental, la orientación de las intervenciones y la implementación de programas de prevención basados en la evidencia generada en la propia realidad. Además, contribuye al fortalecimiento de la comunidad científica y a la apropiación social del conocimiento.

El Estudio Salud Mental Envigado 2017 se llevó a cabo mediante convenio de asociación entre la Secretaría de Salud de Envigado, el Grupo de Investigación en Salud Mental que hace parte del Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la Universidad CES, el cual trabaja con el *Agreement* firmado con el Consorcio de Epidemiología Psiquiátrica Harvard-OMS, lo cual respalda la calidad científica del mismo. Los resultados de la investigación permitirán determinar las necesidades de la población en este importante campo de la salud y sentar las bases para evaluar el alcance de las intervenciones realizadas a partir de ellas.

Método

La metodología del estudio comparte la aplicada en el Estudio Nacional de Salud Mental 2003 y en los estudios en población de Medellín 2011- 2012 e Itagüí 2012, 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 (22 secciones), funcionamiento (cuatro secciones), tratamiento (dos secciones), factores de riesgo (cuatro secciones), correlaciones sociodemográficas (siete secciones) y dos secciones sobre aspectos metodológicos.

El proyecto mundial se ha llevado a cabo en más de 30 países alrededor del mundo y tiene como propósito generar información actualizada, válida y confiable a través de metodologías que permiten la comparación transcultural de los resultados. Para ello utiliza el instrumento de diagnóstico CIDI-OMS, que ha sido validado mediante diversas pruebas, incluyendo un cuidadoso examen de su traducción y adaptación al español, complementado con los estudios aplicados en otros países para su validación.

Desde las estrategias de la epidemiología, se define como un estudio poblacional de prevalencia que permite estimar, como principales indicadores de resultado, la frecuencia para los trastornos mentales estudiados mediante la estimación de las proporciones de prevalencia de vida, prevalencia para los últimos 12 meses y prevalencia reciente de los trastornos mentales según los criterios de DSM-IV.

Población y muestra

La muestra se diseñó con el propósito de generalizar los resultados del estudio a la población civil no institucionalizada de Envigado, con vivienda estable y en edades entre 15 y 65 años. Para lograrlo se aplicó el diseño probabilístico, multietápico. La población de estudio estuvo constituida por la población civil, no institucionalizada, de 15 años y más, residente en el Municipio de Envigado, en sus áreas urbana y rural, que según proyecciones del DANE, para el año 2017, es de 182.433 personas.

El tamaño de la muestra para estudio se calculó con base en la fórmula para la estimación de una proporción poblacional, para lo cual se utilizó un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una prevalencia estimada del 9.95% (prevalencia de vida esperada para depresión mayor según resultados del Primer Estudio de Salud Mental - Medellín 2011 - 2012).

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

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

Donde,

N: Población desconocido (debido a que se realizó para cada sector del área urbana y un conglomerado para el área rural)

z: Valor Z (Correspondiente a un nivel de confianza) 95%

d: Precisión absoluta 5%

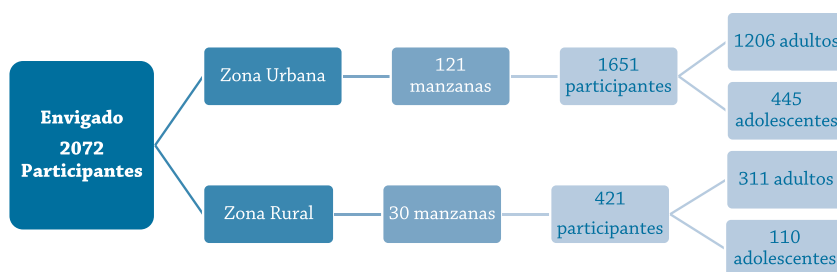
p: Proporción esperada en la población 9,95% adultos

Diseño del efecto 1.5

Tamaño total de la muestra 2070 personas

- El tamaño de muestra para cada sector (área geográfica) fue de 207 personas.
- El tamaño total de la muestra fue de $207 * 10$ áreas geográficas = 2070 personas.
- Las 10 áreas estuvieron constituidas por las 8 zonas del área urbana (zona 02 a 09) y dos áreas rurales conformadas por las seis veredas del municipio.

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 15 a los 18 años y para la población adulta la comprendida entre los 19 y los 65 años, seleccionados a partir del marco muestral que comprende la totalidad de viviendas, ubicadas en las diferentes zonas de Envigado. El tamaño de la muestra a la que finalmente se aplicó la entrevista fue de **2.072** personas.



En la terminología del muestreo, los barrios (área urbana) y veredas o conglomerados (área rural) 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 uno de los adultos de 19 y más años, y cada tres hogares en promedio uno de los adolescentes de 15 a 18 años.

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

Ubicación y selección de la muestra

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

- Formato de listado de vivienda.
- Formato con números aleatorios para la selección de viviendas.
- Formato para el censo del hogar.
- Formato con números aleatorios para la selección de las personas (adulto y adolescente).

Recolección de la información

Preparación de la comunidad

Dada la importancia de esta etapa, para lograr informar a la comunidad acerca de los objetivos, la finalidad de la investigación y su importancia, y como medio para motivar la aceptación y participación de las personas seleccionadas en la muestra, inicialmente se realizaron una serie de reuniones de coordinación interinstitucional entre los equipos de la Secretaría de Salud de Envigado y la Universidad CES. En ellas se acordó la estrategia del plan de acercamiento y preparación de la comunidad para la etapa de recolección.

De acuerdo con lo anterior, se aplicaron las siguientes estrategias de comunicación para la sensibilización a la comunidad:

Medios masivos de comunicación

- Canal regional de TV
- Medios institucionales
- Volante y afiche
- Elaboración de un video promocional por parte del doctor Juan José Uribe, Secretario de Salud, y publicación del mismo en las redes sociales del Municipio.

Formas directas

- Carta de solicitud de ingreso a las unidades residenciales.
- Apoyo en la difusión de la investigación por parte de la Secretaría de Salud con el equipo de trabajo “Amigos del Barrio”.

Sensibilización a la comunidad

Mediante 4000 volantes y 150 afiches que incluían la información sobre el Estudio de Salud Mental, se les informó a las personas seleccionadas acerca de la importancia y el proceso para su participación.

Disponibilidad a través de líneas telefónicas por parte de la Dirección Local de Salud de Envigado y la Universidad CES para responder a cualquier inquietud.



Pauta publicitaria

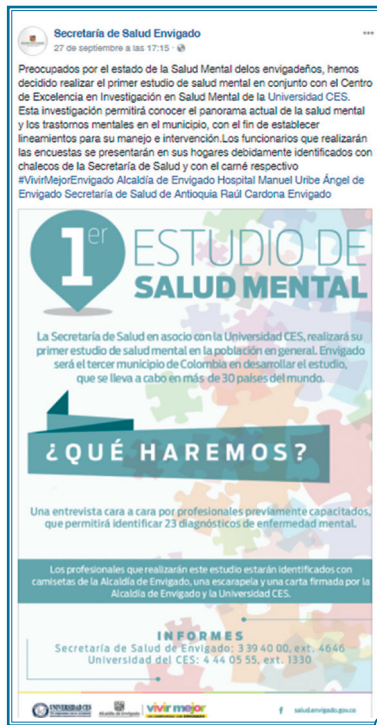


En el canal regional Teleantioquia, durante el programa HORA 13, el día 20 de octubre se presentó una pauta publicitaria sobre el estudio.

Solicitud de ingreso a las unidades residenciales



Difusión en las redes sociales de la Secretaría de Salud.





Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en dos etapas:

Etapa 1: visita inicial por parte de la persona encargada 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.

Etapa 2: a partir de la información 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 y se le entregó 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, el presente estudio, como parte del Estudio Mundial sobre Salud Mental (WMH), aplicó el instrumento CIDI-OMS, (Composite International Diagnostic Interview), desarrollado por un importante grupo de expertos liderado por la OMS, con base en el DIS. Su primera versión viene siendo actualizada hasta llegar a la presente y ha sido objeto de varios estudios para evaluar su validez¹. Es una entrevista altamente estructurada, diseñada para ser aplicada por entrevistadores legos debidamente entrenados bajo las exigencias del Consorcio Harvard-OMS. Esta entrevista genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del DSM-IV y de la CIE-10. Para el Estudio de Envigado, se utilizó la versión CIDI-Medellín, que es la más actualizada y se adapta culturalmente a la población estudiada².

Por su facilidad, se seleccionó para la aplicación la versión CIDI-CAPI (a cambio de la versión a papel y lápiz), 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 transcripción 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

Pánico

Ansiedad generalizada

¹ Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2006;15(4):167-180

² International Journal of Methods in Psychiatric Research, Volume 13, Number 2 93 The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) RONALD C. KESSLER,1 T. BEDIRHAN ÜSTÜN2.

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, lo cual en algunos casos 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 coordinadoras del trabajo de campo. La selección del equipo de entrevistadores se llevó a cabo de acuerdo con la exigencia del Consorcio Harvard-OMS, entre profesionales del área social, con experiencia en aplicación de encuestas, trabajo de campo y conocimiento de la ciudad. Como condición debían ser legos en la materia dado que se considera que la aplicación de la entrevista por parte de entrevistadores clínicos u otro personal del campo de la salud mental puede introducir ses-

gos en el proceso de recolección. Mediante el estudio de las hojas de vida, el resultado de las entrevistas y de la capacitación en el CIDI, quedaron seleccionados 12 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, y el control mediante llamadas a una sub-muestra aleatoria de entrevistados a los cuales se aplicó nuevamente un grupo de preguntas del CIDI, para evaluar concordancia.

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

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

Base de datos final

Se entiende por “Base de datos final”, según las normas establecidas por el Consorcio, la 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 21.0.

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 zona 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, 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, estrato socioeconómico, edad y sexo, puesto que se esperan prevalencias de trastornos mentales distintas en función de estas variables independientes.

El ajuste de estructura de la muestra encuestada por edad, sexo y lugar de residencia (indicador de estrato socioeconómico), respecto a la estructura observada en las personas listadas (aptas para selección) en los hogares seleccionados, se llevó a cabo en relación con la estructura más cercana a la real, obtenida de las proyecciones de población 2005 – 2020 del DANE para Envigado.

Procesamiento y análisis de la información

Esta etapa estuvo a cargo del Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la Facultad de Medicina de Universidad CES, el cual cuenta con un equipo de profesionales de epidemiología psiquiátrica y estadística con muy larga y reconocida experiencia, como Grupo de Investigación en Salud Mental Clasificado como A1 por Colciencias y con convenio con el Consorcio Internacional del WMH. 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 de Medellín e Itagüí, llevados a cabo bajo las exigencias del Consorcio y en el cual 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 la base de datos generada en el estudio y ajustada para la aplicación de los algoritmos del The WHO World Mental Health Survey Consortium, y los manuales de codificación. El procesamiento se realizó con la utilización de los programas SAS y SPSS.

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 constituye los datos y ya sometidas a los factores de corrección y expansión. En esta etapa se logró la estimación de las proporciones de prevalencia 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 proporciones de prevalencia de los trastornos mentales estudiados, mediante la aplicación de los criterios del DSM –IV.

Posteriormente se realizó el análisis bivariado a través de tablas de contingencia para los trastornos mentales según edad y sexo, considerados como ejes del análisis para el estudio, complementados con análisis por lugar de residencia. De esta forma se obtuvo la estimación de las proporciones de prevalencias para los últimos 30 días, prevalencia anual y prevalencia de vida y el cálculo de los intervalos de confianza, con 95% para cada una de las medidas de prevalencia.

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

Características

de la población de estudio



Características de la población de estudio

José Bareño Silva

Gloria María Sierra Hincapié

El estudio fue realizado en 2072 personas, de las cuales el 46,7% pertenecen al sexo masculino. Del total de las personas encuestadas se encontró que el 26,8% pertenece al grupo de adolescentes entre los 15 y 18 años; de los adultos el grupo etario que más sobresale es el de 45 a 65 años con un 30,2% y el 43,0% restante está distribuido en los dos grupos etarios restantes.

/// Tabla 1. Distribución según edad y sexo
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
15 - 18	300	31,0	255	23,1	555	26,8
19 - 29	210	21,7	192	17,4	402	19,4
30 - 44	214	22,1	275	24,9	489	23,6
45 - 65	243	25,1	383	34,7	626	30,2
Total	967	100	1105	100	2072	100

Los grupos de edad presentaron una distribución armónica con relación al sexo, solo el grupo de 30 a 44 años, con una diferencia de 7,7%, se alejó parcialmente de lo esperado.

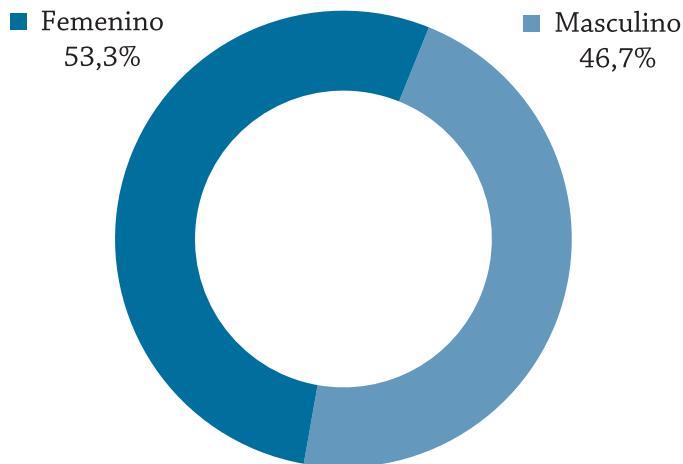


Gráfico 1. Distribución según sexo
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Con relación a la distribución por grupos de edad y sexo, se encontró que para el grupo de adolescentes entre los 15 y 18 años predominó el sexo masculino con un índice de masculinidad de 1,34, mientras que para la población más adulta fue inversa la distribución presentando una razón hombre: mujer de 0,72, es decir, por cada 100 mujeres se presentaron 72 hombres para este grupo de edad.

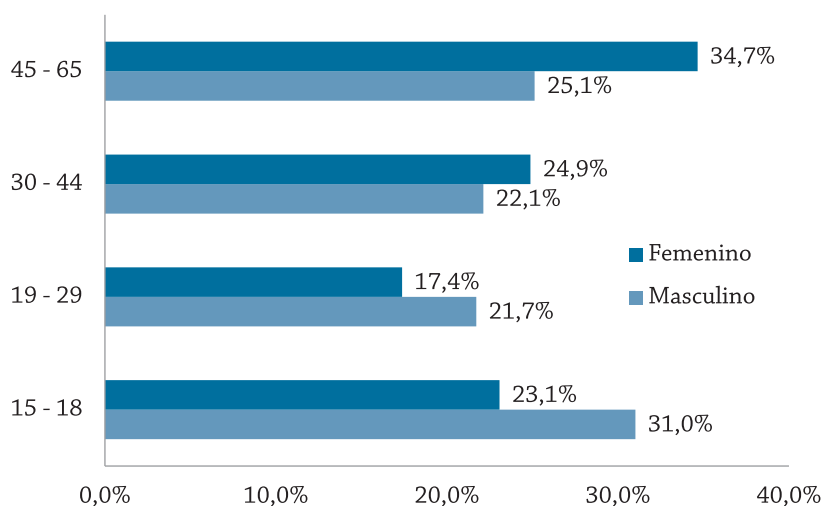


Gráfico 2. Distribución según grupo etario por edad y sexo
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Al analizar la distribución según nivel de escolaridad por sexo, no se encontró diferencia significativa en las proporciones según el grado de escolaridad, lo cual es concordante con las fuentes de información citadas en el capítulo correspondiente al ámbito sociocultural. Pero en los extremos se encuentra, sin ninguna educación formal, el 0,3%, mientras que para el grupo con nivel de posgrado se presenta que, de cada 1.000 personas encuestadas, 98 cuentan con este máximo nivel.

Tabla 2. Distribución según nivel de escolaridad
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Nivel de escolaridad	Masculino	Femenino	Total
Ninguno	0,3%	0,4%	0,3%
Primaria	8,9%	9,1%	9,0%
Secundaria	53,9%	48,4%	51,0%
Técnica – Tecnológica	15,4%	17,6%	16,6%
Universitaria	12,5%	13,8%	13,2%
Posgrado	9,0%	10,6%	9,8%

Variables del campo laboral

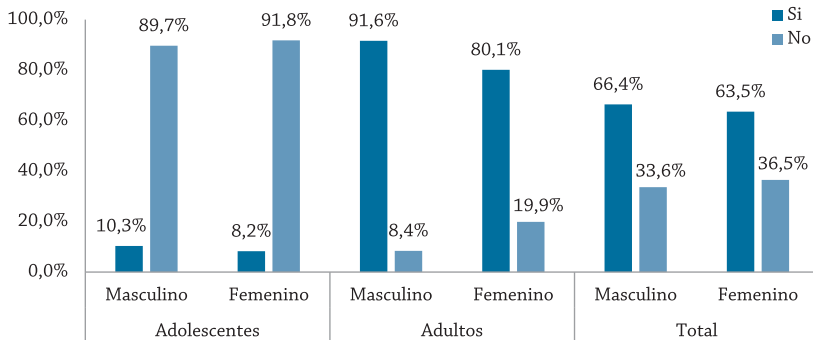


Gráfico 3. Proporción de los que han trabajado alguna vez en la vida según grupo etario y sexo
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Para el análisis de esta variable se presenta una dinámica diferente de acuerdo al grupo de edad. Como se puede observar la mayor parte de los adolescentes se encuentra estudiando. Para los dos sexos, la respuesta de no haber laborado es cercana al 90,0%.

Para los adultos, se encuentra mayor proporción en el sexo masculino con un 91.6%, mientras que para el sexo femenino encontramos que 1 de cada 5 mujeres no ha trabajado nunca en la vida.

Presencia de figuras paternas en la niñez

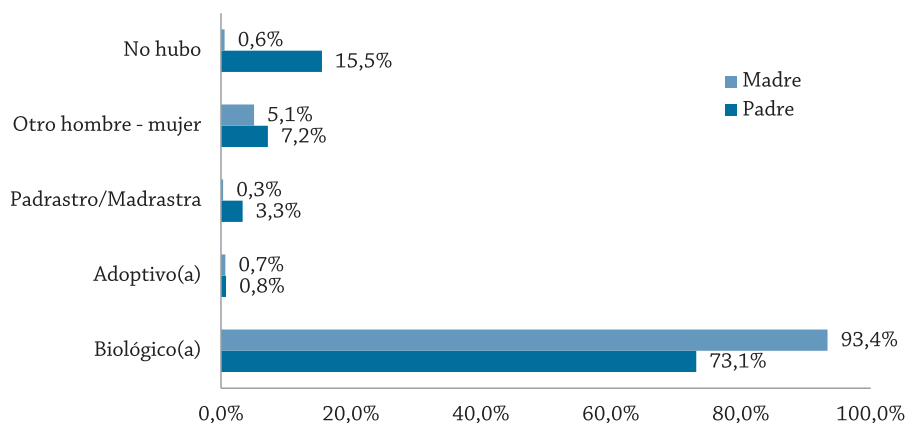


Gráfico 4. ¿Quiénes fueron las figuras paternas durante la mayor parte de su niñez? Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Las características que están relacionadas a la dinámica de la familia durante el periodo de la niñez son de vital importancia como factores que pueden estar asociados al bienestar y la salud mental de las personas.

La presencia de los padres biológicos cuenta con las proporciones más altas, encontrándose en la figura materna con 93,4%, y la figura paterna con un 73,1%, es decir, un 20,3% no contó con una familia nuclear de padres biológicos. La presencia de otras personas cuenta con 5,1% y 7,2%, respectivamente. El 15,5% de los encuestados no contaron con una figura paterna y el 0,6% con una figura materna.

Trabajo remunerado del padre en la niñez

Un indicador de estabilidad económica en la niñez es el trabajo remunerado del padre durante su infancia. El 97,4% manifestó que el padre contó con trabajo siempre y casi siempre, mientras que el 1,3% reportó que nunca, lo cual pudo generar dificultades económicas en esa etapa de la vida.

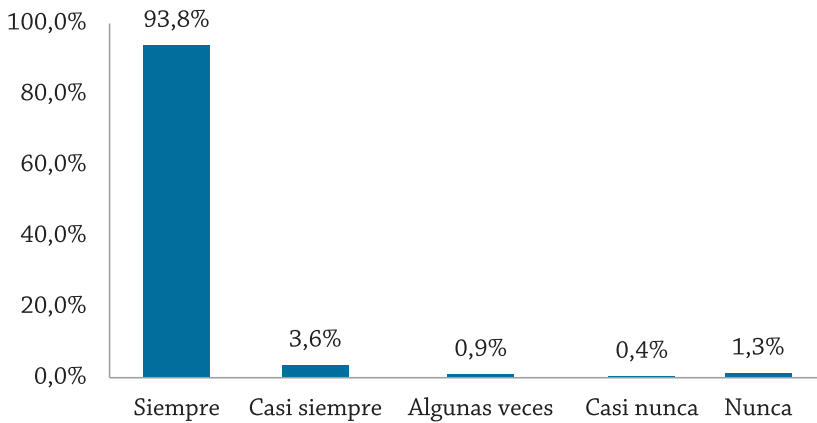


Gráfico 5. Trabajo remunerado del padre en la niñez
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Otra información sobre los padres

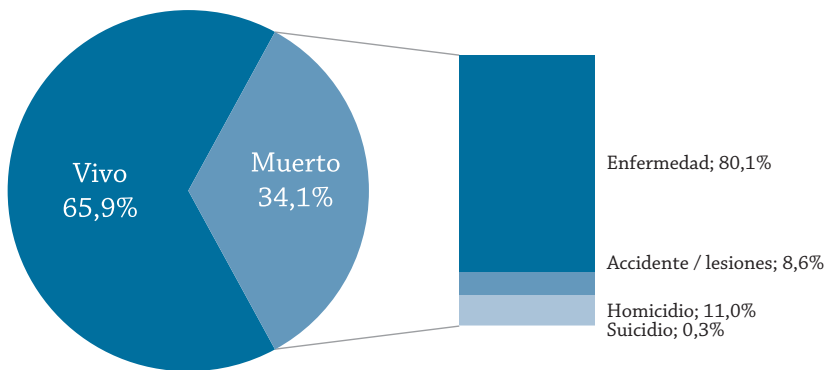


Gráfico 6. Información sobre el padre
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

El 34,1% de las personas reportó que el padre había muerto: 4 de cada 5 murieron por enfermedad, el 11,0% por homicidio, el 8,6% por accidentes o lesiones y 3 de cada 1.000 se suicidaron.

La misma información fue consultada con relación a la madre, donde el 78,6% de las personas reportó que estaba viva en el momento que se realizó el estudio. La causa más prevalente de muerte fue enfermedad con un 95,3% y el 4,7% restante fueron muertes por causa externa.

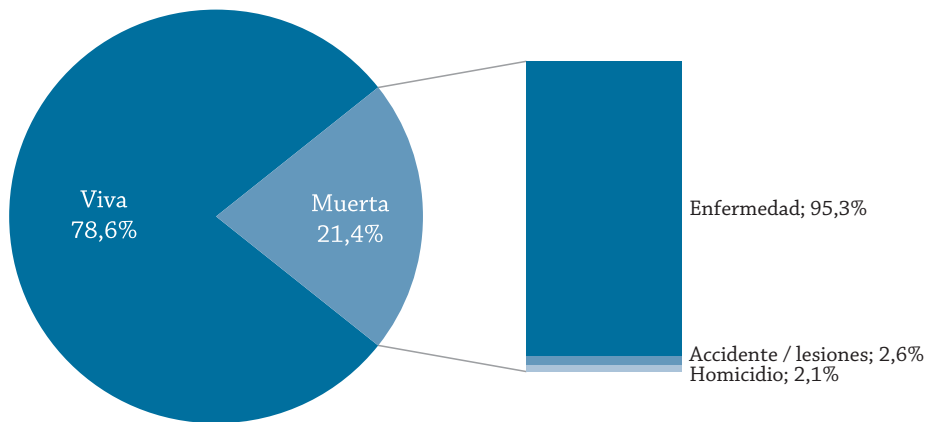


Gráfico 7. Información sobre la madre
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Factores asociados



Factores asociados

Carolina Salas Zapata

Carolina Buitrago Salazar

Escala de eventos vitales

Tabla 1. Distribución de eventos vitales
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Evento vital	Masculino	Femenino	Total
Alguna enfermedad, herida o agresión grave	8,7%	6,5%	7,5%
Alguna enfermedad o herida grave en algún familiar cercano	12,1%	13,3%	12,7%
La muerte de un familiar de primer grado (pareja, padres, hermanos o hijos)	4,7%	6,2%	5,5%
La muerte de un amigo cercano o de un familiar de segundo grado (tíos, primos o abuelos)	18,8%	17,8%	18,3%
Divorcio o separación de su pareja por problemas de convivencia	1,7%	3,1%	2,4%
Ruptura de una relación muy estrecha con alguien muy cercano (familiar o no)	7,1%	6,2%	6,6%
Problemas serios en su relación con un amigo cercano, vecino o familiar	4,7%	3,4%	4,0%
Ha estado desempleado o buscando trabajo durante más de un mes sin éxito	12,3%	10,7%	11,4%
Ha sido despedido del trabajo	2,7%	2,5%	2,6%
Crisis financiera grave o problemas económicos importantes	10,7%	11,9%	11,3%
Problemas con la policía o legales de otro tipo	2,1%	0,4%	1,2%
Pérdida o robo de algo que usted considera como de mucho valor	4,1%	2,3%	3,1%
Alguna otra circunstancia que le haya sucedido...	0,7%	0,3%	0,5%

La escala de eventos vitales hace referencia a una serie de sucesos que la población vivió durante los últimos 12 meses. Se encontró que fue mayor la proporción de hombres que presentaron alguna enfermedad, herida o agresión grave, mientras que fue mayor la proporción de mujeres que manifestaron que algún familiar cercano había presentado esos mismos eventos.

El 6,2% de la población femenina indicó haber sufrido la muerte de un familiar en primer grado, como pareja, hermanos o hijos, y el 18,8% de los hombres manifestó haber sufrido la muerte de un familiar cercano o de un familiar en segundo grado.

En los últimos doce meses, el 3,1% de las mujeres se divorciaron o separaron de sus parejas por problemas de convivencia. La ruptura de una relación estrecha con alguien muy cercano (familiar o no) se presentó en el 6,6% de la población y no se evidenciaron diferencias significativas por sexo. El 4,7% de los hombres manifestaron haber tenido problemas serios en sus relaciones con amigos cercanos, vecinos o familiares.

En cuanto a los aspectos laborales, se encontró que los hombres presentaron mayor proporción en el evento de haber estado desempleados o buscando trabajo sin éxito durante más de un mes. Además, no se presentó diferencia por sexo con relación al haber sido despedido del trabajo, con una proporción general de 2,6%.

Las mujeres indicaron tener mayores problemas financieros o económicos importantes (11,9%) que los hombres; contrario a los problemas con la policía o legales de otro tipo que fueron más frecuentes en los hombres (2,1%). Igualmente fue mayor la proporción de hombres que manifestó haber perdido algo que consideraban de mucho valor.

Escala de indicadores de situaciones de negligencia en la niñez

Las situaciones de negligencia en la niñez han sido reportadas dentro de los informes mundiales de salud mental como factores asociados a los trastornos mentales. 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?, los hombres indicaron menores proporciones en todos los ítems de respuesta en comparación con las mujeres. Este comportamiento se presentó en cada uno de los indicadores de maltrato en la niñez.

		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	0,3%	2,1%	7,4%	90,2%
	Femenino	1,5%	2,7%	6,7%	89,2%
	Total	1,0%	2,4%	7,0%	89,6%
¿Con qué frecuencia lo dejaban solo o sin que alguien lo supervisara, cuando era demasiado pequeño para estar solo?	Masculino	1,1%	3,2%	4,5%	91,2%
	Femenino	1,3%	3,4%	2,7%	92,6%
	Total	1,2%	3,3%	3,4%	92,0%
¿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	0,0%	1,1%	1,9%	97,1%
	Femenino	0,4%	2,3%	1,9%	95,4%
	Total	0,2%	1,8%	1,9%	96,1%
¿Con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban le hacían pasar hambre o no preparaban los alimentos habituales?	Masculino	0,0%	0,8%	1,1%	98,1%
	Femenino	0,4%	1,7%	1,3%	96,6%
	Total	0,2%	1,3%	1,2%	97,2%
¿Con qué frecuencia sus padres o quienes lo cuidaban no le daban tratamiento médico cuando estaba enfermo o se lastimaba?	Masculino	6,9%	0,8%	0,5%	91,8%
	Femenino	8,9%	1,1%	1,3%	88,6%
	Total	8,1%	1,0%	1,0%	89,9%

Para la pregunta ¿con qué frecuencia lo dejaban solo o sin alguien que lo supervisara cuando era demasiado pequeño para estar solo? el 4,5% de los hombres manifestaron que casi nunca, en comparación con el 2,7% de las mujeres. En los otros ítems de respuesta no se presentaron diferencias significativas por sexo.

El 1,1% de la población masculina y el 2,7% de la femenina estuvieron más expuestos a las dificultades asociadas a la privación de elementos necesarios, como ropa, zapatos o útiles escolares. En cuanto a la frecuencia con la que los participantes del estudio pasaron hambre o no les preparaban los alimentos en su niñez, el 1,9% de los hombres expresaron alguna vez haber pasado por esta situación en comparación con el 2,4% de las mujeres.

En cuanto al indicador sobre la falta de tratamiento médico por parte de los cuidadores o padres, el 8,9% de las mujeres manifestaron que siempre habían pasado por esta situación, en comparación con el 6,9% de los hombres. En contraposición, al 91,8% de los hombres y al 88,6% de las mujeres nunca les negaron un tratamiento médico sus padres o cuidadores cuando lo necesitaron.

Relaciones sexuales en los adolescentes

Iniciación de relaciones sexuales

Del total de adolescentes que participaron en el estudio, el 42,8% ya había iniciado su vida sexual, siendo mayor la proporción de mujeres con un 52,9%.

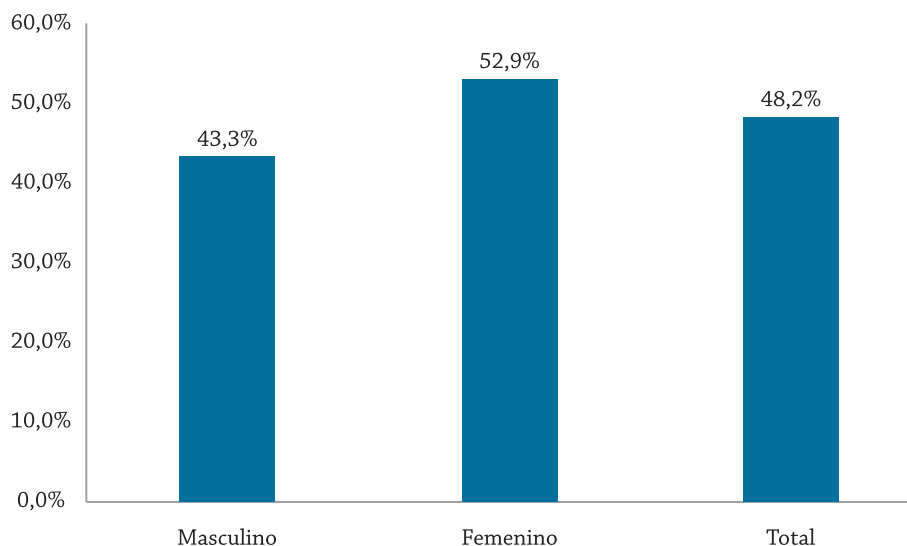


Gráfico 1. Información sobre el inicio de relaciones sexuales, según sexo en el grupo de adolescentes. Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Edad de Inicio

El siguiente análisis se hace únicamente con los adolescentes que manifestaron haber iniciado su vida sexual. El 2,4% de los hombres iniciaron las relaciones sexuales a los 11 años, el 11,9% de ellos comenzaron a practicarlas a los 12 y 13 años y la proporción más alta en los hombres fue a los 14 años, con un 26,8%. A partir de los 15 años la proporción comenzó a descender hasta un 2,4% en los adolescentes de 18 años.

Con relación al inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes mujeres se encontró que el 7,4% inició su vida sexual a los 12 años, evidenciándose una proporción ascendente hasta los 16 años con un 27,8%, para las edades de 17 y 18 años las proporciones fueron más bajas.

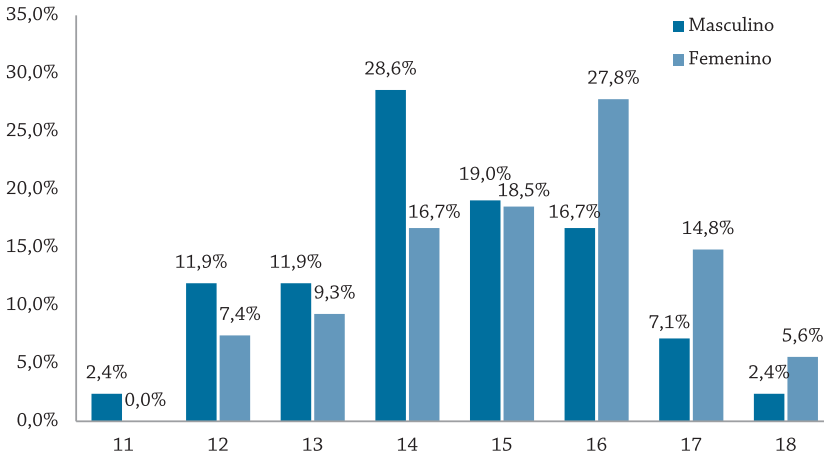


Gráfico 2. Edad de inicio de relaciones sexuales en los adolescentes
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Del total de los adolescentes incluidos en el estudio, el 2,1% indicó haber tenido un hijo, de ellos el 3,7% fueron mujeres.

Información sobre hijos en los adolescentes

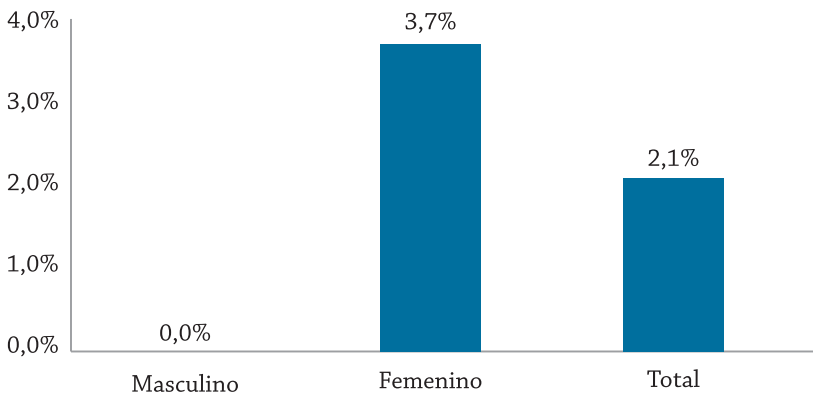


Gráfico 3. Adolescentes que han tenido un hijo
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses

El 9,5% de los adolescentes hombres indicaron que no habían tenido parejas sexuales durante los últimos 12 meses, en comparación con el 11,3% de las adolescentes mujeres. El 73,6% de las adolescentes mujeres y el 50% de los adolescentes hombres informaron que habían tenido una sola pareja sexual. Llama la atención que el 21,4% de los adolescentes hombres indicaran que el año anterior habían tenido tres o más parejas sexuales, en comparación con el 3,8% de las adolescentes mujeres.

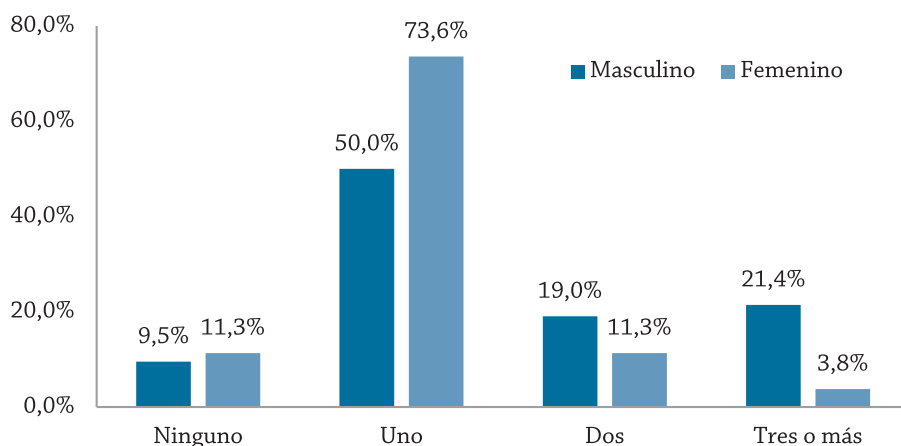


Gráfico 4. Adolescentes: ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses? Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Uso de preservativo

Se observó que de los adolescentes que tuvieron una vida sexual activa durante los últimos 12 meses previos al estudio, el 81,6% de los hombres usó siempre preservativo. El 66,7% de las mujeres también hizo uso siempre de este método de protección. El 7,9% de los jóvenes indicaron hacerlo casi siempre y el 2,6% de ellos solo lo hizo algunas veces. Con relación a las adolescentes mujeres, el 6,7% expresó haber hecho uso del condón o preservativo casi siempre durante el año anterior y el 2,2% lo utilizó casi nunca o nunca. Sin embargo, se evidencia un alto riesgo de exposición dado que el 7,9% de los hombres y el 22,2% de las mujeres adolescentes nunca usaron preservativo en sus relaciones sexuales de los últimos doce meses.

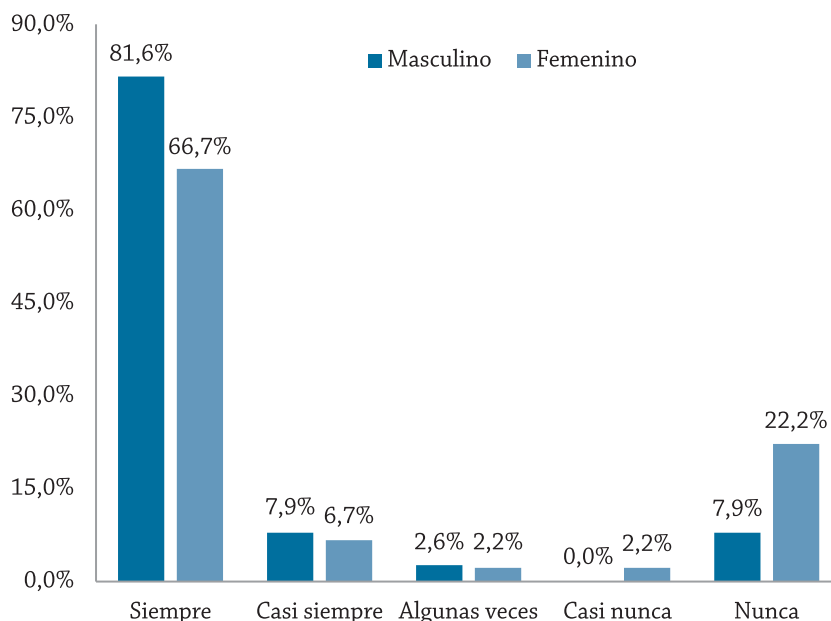


Gráfico 5. Adolescentes: ¿durante los últimos 12 meses, usted y su pareja sexual utilizaron preservativo (condón) al tener relaciones sexuales? Estudio de Salud Mental – Envisgado 2017

Tendencia sexual

Al analizar la tendencia sexual por grupos de edad, se pudo observar:

Desde la parte inferior del gráfico hacia la parte superior de este, se hace referencia, en la primera fila, a la tendencia heterosexual. El 96,8% de los heterosexuales se encontraban en el grupo de edad de 45 a 65 años, proporción que fue disminuyendo y que se presentó en menor proporción en el grupo de edad de 19 a 29 años, con un 92,3%.

Para la tendencia homosexual se encontró mayor proporción en los grupos de edad jóvenes, 2,9% en los adolescentes de 15 a 18 años y un aumento del 1,2% para el grupo de edad de 19 a 29 años.

Para la tendencia bisexual se observó comportamiento en los dos primeros grupos de edad, los adolescentes con un 2,8% y los jóvenes de 19 a 29 años con 1,8%.

El grupo de edad de 19 a 29 años fue el que mayor proporción presentó en cuanto a no estar seguro de su tendencia sexual, seguido de los adolescentes de 15 a 18 años.

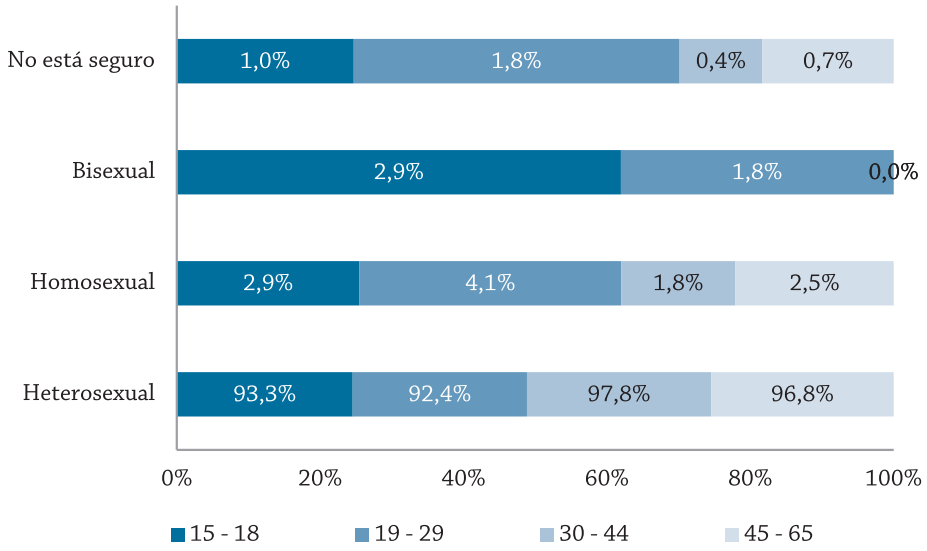


Gráfico 6. Comportamiento de la tendencia sexual según cohorte por edad
 Estudio de Salud Mental – Envigado 2017



Accesibilidad y uso de servicios de salud

Accesibilidad y uso de servicios de salud

Guillermo A. Castaño P.

José Bareño Silva.

Marco referencial

Durante las últimas décadas se ha consolidado la percepción de que el impacto de los trastornos mentales sobre el conjunto de la sociedad se ha subestimado(1). Entre un 17 y un 30 % de la población mundial padece algún trastorno mental cada año y cerca del 50 % lo sufrirá a lo largo de la vida. Los trastornos mentales, de naturaleza crónica y muy incapacitantes, constituyen un importante problema de salud pública y las proyecciones pronostican un aumento de su prevalencia en los próximos años. Se estima que en el año 2020 la depresión mayor será la segunda enfermedad con más carga calculada en años de vida ajustados por calidad (*Disability Adjusted Life Years*, DALY) y el conjunto de las enfermedades mentales supondrá el 15% de toda la carga por enfermedad(2).

Lo anterior no es consecuente con lo afirmado también por la Organización Mundial de la Salud –OMS– quien anota que el progreso científico y tecnológico del mundo moderno se ha reflejado en mejores opciones de atención con respecto a la salud mental de las personas(3), y que las nuevas alternativas para el tratamiento, derivadas de avances en la farmacología e intervenciones exitosas basadas en modelos conductuales y psicosociales,

han reducido considerablemente el tiempo de hospitalización y ha mejorado notablemente la calidad de vida de las personas que sufren trastornos graves, debiéndose anotar, por tanto, que a pesar de los avances científicos, la atención de los enfermos continúa siendo deficiente y se han descrito niveles de necesidad no cubierta muy elevados, sobre todo relacionados con barreras de acceso en la atención(4).

El acceso a la atención en salud, en general, es una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias. En su conceptualización se han observado dos tendencias: aquellos autores que definen el acceso como el ajuste entre las características de los servicios y de la población y los que lo equiparan con la utilización de los servicios. Dentro de este enfoque, una de las propuestas teóricas más utilizada es la desarrollada por Aday y Andersen(5), que distingue entre acceso realizado –utilización efectiva de servicios–, y potencial –factores que predisponen y capacitan el uso de servicios–. Estos autores identificaron dos líneas que se presentan en la literatura sobre la medición del acceso. La primera reúne a aquellos investigadores que asocian el acceso con las características de la población y del sistema de salud, como el ingreso monetario, la cobertura del seguro o las instalaciones disponibles, entre otras. El segundo grupo mide el acceso a través de indicadores relacionados con las tasas de utilización o puntajes de satisfacción de los individuos con el servicio, los cuales están más vinculados con el paso de las personas por el sistema.

A partir de esto, Aday y Andersen (1974) concluyen que el acceso no puede limitarse solamente a la disponibilidad de recursos financieros o humanos que posee el sistema para la atención, sino que se deben tener en cuenta las características de los servicios y de los consumidores y la disposición de estos hacia la atención. En este contexto, los autores plantean un esquema para el estudio del acceso identificando cinco componentes que se interrelacionan entre sí: 1. La política de salud, siendo ésta el mejor punto de partida dado que tiene la capacidad de alterar y afectar el acceso a la atención médica, 2. Las características del sistema de atención en salud, compuestas principalmente por el recurso material y humano y su organización, 3. Las características de la población en riesgo, entre las cuales se mencionan la propensión del individuo a usar los servicios, la habilidad (medios que tiene el individuo para usar los servicios, como por ejemplo sus ingresos) y la necesidad (enfermedad), 4. La utilización, que se

refiere al tipo de servicio recibido y a quien lo provee, y 5. La satisfacción, que comprende las actitudes hacia el sistema de salud de aquellos que han estado en contacto con él.

De este esquema, Aday y Andersen proponen dos tipos de indicadores que pueden medir el acceso. El primer grupo, “indicadores de proceso”, reúne las variables que pueden medir características del sistema y de la población en riesgo (segundo y tercer componente), como por ejemplo, número de médicos, número de camas de hospital y ambulancias, también variables que afectan la entrada al sistema, como el tiempo de viaje o la distancia al centro de atención, el tiempo de espera para la cita, el tipo de especialistas, entre otras. Por el lado de las características de la población, se incluyen las actitudes de los individuos hacia la atención médica, ingresos, cobertura de seguro, género, estado civil, educación, raza, lugar de residencia, percepción del estado de salud y síntomas.

El segundo grupo se refiere a los “indicadores de salida” que contienen variables relacionadas con la utilización y satisfacción (componentes cuatro y cinco), los cuales son medibles a partir del servicio utilizado, el lugar de la atención, el número de visitas al médico y el porcentaje de personas satisfechas e insatisfechas con la atención recibida, entre otros.

El acceso a la salud mental

Para el Ministerio de Salud de Brasil(6), el acceso a acciones y servicios de salud representa la capacidad del paciente de obtener, cuando sea necesario, cuidado de salud de manera conveniente.

Uno de los primeros estudios realizados a inicios de este siglo, que comparó la utilización de servicios sanitarios de salud mental (definida como haber recibido, durante los 12 meses previos a la entrevista, tratamiento por parte de un profesional debido a problemas con las emociones o el consumo de sustancias)(7), reveló grandes variaciones en las tasas de tratamiento en los diferentes países, tasas que oscilaban entre un 7 % en Canadá y un 20,2 % en Alemania.

En Colombia, por esta misma época, para el año 2003, en el primer estudio de salud mental en población general en Colombia(8), usando el instrumento CIDI, se midió el uso de servicios para la atención de los trastornos mentales entre aquellas personas que reportaron algún trastorno del DSM-IV en los últimos 12 meses, mostrando que las personas con trastorno

reportan una prevalencia del 10,5 % en aquellos que reportaron un trastorno, 20,4 % para los que tenían dos trastornos y 18,3 % para los de tres y más trastornos.

Al revisar los grupos de trastornos, se puede observar que los trastornos del estado de ánimo reportan el mayor uso de servicios (17,6 % de uso), seguidos por los trastornos de ansiedad (15,2 %) y por los trastornos del impulso (13,9 %).

Con respecto al uso de servicios psiquiátricos, en el estudio del 2003 realizado en Colombia, se pudo observar que sólo uno de cada 20 sujetos con tres o más trastornos recibió atención psiquiátrica. Los trastornos de la impulsividad fue el grupo diagnóstico que generó más uso de servicios psiquiátricos (4,2 %), seguido por los trastornos del estado de ánimo (2,2 %) y por trastornos de ansiedad (1,9 %). Por último, se observó una tendencia general a que, para cada trastorno, el uso de servicios es más frecuente en el rubro del especialista que en el rubro de los servicios médicos generales.

En Europa, el estudio ESEMeD(9), realizado en el año 2004, detectó tasas de utilización del 25,7 % entre aquellas personas con algún diagnóstico DSM-IV en los 12 meses previos a la entrevista.

En la actualidad la reforma a la salud en Colombia, que ha sido considerada como exitosa con respecto al acceso y el incremento de la cobertura de la afiliación, no parece indicar un aumento en la utilización de servicios –salvo en el régimen subsidiado–, así como también muestra la persistencia de barreras que dificultan el acceso, incluso para la población asegurada, aspectos estos que ya fueron señalados en el año 2010, por Vargas *et al*(10).

Barreras de acceso

Las barreras de acceso constituyen un impedimento importante para la atención en salud mental. Se entiende por ésta toda situación o condición que limita o impide recibir o disfrutar la atención o los beneficios que ofrece el sistema de salud. Este conjunto de situaciones se traduce en subutilización de los servicios ofrecidos. Las barreras de acceso pueden ser geográficas, financieras, administrativas o institucionales y socioculturales(11).

Las barreras geográficas tienen relación con las distancias entre los usuarios y las entidades que prestan los servicios. Las barreras financieras son los costos o la inversión monetaria de la persona que necesita o solicita servicios. Las barreras administrativas son las relacionadas con los trámites burocráticos y el

mismo sistema de salud que dificultan el disfrute de los planes de beneficios.

La mala calidad, como causa creciente del no uso, podría estar relacionada también con las dificultades al acceso que imponen las aseguradoras y los proveedores en un modelo de competencia regulada, puesto que dentro de esta variable los estudios incorporan atributos como la realización de trámites o el rechazo de la atención(12).

Las barreras socioculturales son los comportamientos y las costumbres de los colectivos y las discrepancias existentes con la cultura de los administrativos y profesionales de la salud y con la forma en que se organizan los servicios de salud(13).

El estigma percibido es una barrera sociocultural para el acceso a servicios de salud mental y priva a las personas que reúnen criterios de trastorno mental de la posibilidad de disfrutar de atención integral e integrada(14). Junto con razones derivadas del estigma o la vergüenza asociada con la presencia de trastornos mentales, así como del desconocimiento de los beneficios de la atención médico psiquiátrica y psicosocial, están las diferencias en las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios.

A manera de conclusión:

Para reducir la discapacidad que implican las enfermedades mentales en Colombia, se debe poner mayor énfasis en sus esfuerzos por disminuir la persistencia tanto de las barreras directas como de las indirectas en la atención.

La OMS, desde inicios de este siglo, ha propuesto 10 recomendaciones cuyo cumplimiento ayudaría a reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud mental y que siguen siendo vigentes: 1) lograr que la atención de trastornos mentales sea accesible en el nivel primario de atención; 2) dar acceso a los psicofármacos; 3) trasladar el énfasis de la atención de la institución a la comunidad; 4) educar a la población; 5) atraer la participación de la familia, la comunidad y los consumidores; 6) establecer programas nacionales de salud mental; 7) aumentar y mejorar la capacitación de los profesionales de esta área; 8) mejorar la interacción entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales; 9) disponer de un sistema de monitoreo de servicios de salud mental que incluya indicadores de calidad; y 10) atraer aportes adicionales para apoyar la investigación en el sector. Una proporción importante de estas propuestas es todavía un desafío que debe enfrentarse en Colombia.

La percepción de la salud mental

En las últimas décadas, el campo de la salud pública ha puesto mayor énfasis en el tema de la salud mental. En el 2001, la Organización Mundial de la Salud publicó un reporte sobre la salud mental que estableció que esta debe tener la misma importancia que la salud física(15). Como muchas enfermedades físicas, los problemas de salud mental resultan de interacciones entre la biología, la psicología y el entorno social de cada individuo(16). Esta perspectiva que considera estos tres elementos se llama modelo biopsicosocial de salud. Este modelo explica que las enfermedades mentales traen problemas físicos y sociales, porque todos estos ámbitos están fundamentalmente interrelacionados. Por esto, para mejorar la salud de la población, es esencial atender también a su salud mental.

Desafortunadamente, en muchas partes del mundo la salud mental no es vista con tanta importancia(17). Aproximadamente 450 millones de personas en el mundo sufren de trastornos mentales y sólo un porcentaje muy pequeño de esta población recibe atención. Un factor que afecta a la falta de interés de las personas por recibir ayuda en salud mental es el fuerte estigma que existe en muchas sociedades sobre esta atención. Este estigma se presenta en varios lugares en la América Latina y establece una barrera que impide el desarrollo de servicios de salud mental y su utilización(18). Aunque este estigma ha sido relevante por muchos años, hay maneras de combatirlo como, por ejemplo, la educación, la interacción con pacientes de salud mental y la integración de los servicios de salud mental a los otros servicios de salud (15,19). Implementando políticas de reforma que incorporan estos cambios se puede ayudar a disminuir el estigma. Con este esfuerzo, esta barrera que impide la búsqueda de atención en salud mental puede empezar a desaparecer(19).

En esta línea, el conocimiento de las percepciones y actitudes ante la enfermedad mental es importante, pues orienta sobre las medidas que se deben tomar para la prevención y el tratamiento comunitario. De manera general se puede decir que en Occidente la percepción de la comunidad respecto a la enfermedad mental ha pasado por dos etapas: antes del decenio de 1960 denotaba pesimismo, existía más negación que tolerancia, se rechazaba y se temía al enfermo mental y, por otro lado, se desconfiaba del especialista y se desconocían sus funciones, por lo que casi siempre se acudía al médico general(20).

Los resultados de estudios posteriores son dispares. Unos demuestran un cambio de actitud: se empieza a aceptar al enfermo

mental y se identifica a la enfermedad mental como a cualquier otra. Este cambio se atribuye al impulso de la medicina comunitaria y a los programas educativos. Sin embargo, otros investigadores lamentan que el público se haya formado una imagen de la enfermedad mental muy parcializada, que se inserta solo dentro del modelo médico, y que se haya perdido de vista el aspecto psicosocial; opinan que difundir la idea de que la enfermedad mental es como cualquier otra supone una concepción moralista que no toma en cuenta los aspectos precipitantes cotidianos de la enfermedad, tales como la pobreza, el desempleo, el aislamiento, etc.(21)

En Colombia nos encontramos entre la negación, la tolerancia y la aceptación y aún se estigmatiza al enfermo mental, dificultando que muchas personas reconozcan que tienen un trastorno y busquen atención.


En este estudio, entre los ítems evaluables de la accesibilidad en salud, describimos a continuación la utilización de servicios de apoyo, los servicios por profesionales, las terapias alternativas y la percepción en salud mental.

Resultados

Utilización de servicios de apoyo por problemas de salud mental según sexo

La prestación de servicios de salud mental presenta un incremento en la mayoría de los servicios encuestados por parte de las mujeres que acuden en un 44,6% y los hombres en un 34,2%, es decir, los servicios son más utilizados por las mujeres, en promedio un 30% más que los hombres.

La consulta psicológica es la de mayor requerimiento para ambos sexos. Cabe resaltar que la consulta es un 200% más utilizada que el segundo servicio, receta de medicamentos.

 **Tabla 1.** Utilización de servicios de apoyo por problemas de salud mental según sexo
Estudio de Salud Mental - Envigado 2017

Servicio de salud	Masculino	Femenino	Total
Consulta Psicológica / Profesional de salud	23,2%	28,2%	25,8%
Recetado medicamentos	6,2%	10,1%	8,3%
Grupo de autoayuda	1,1%	1,9%	1,5%
Hospitalización	1,6%	1,8%	1,7%
Grupo de apoyo por internet	0,5%	0,5%	0,5%
Línea telefónica de intervención	0,0%	0,3%	0,1%

Servicios profesionales utilizados en la vida

La prestación de servicios ha tenido restricciones en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por múltiples razones, sin embargo, se observa que el profesional más requerido por la población para los problemas de salud mental es el psicólogo, con 6,46 veces más que el segundo servicio que utiliza esta población que es el psiquiatra y que está cubierto en el SGSSS. El 1,6% de la población recurre a servicios no profesionales para atender estos problemas, siendo el primero de ellos el religioso y, luego, el curandero.

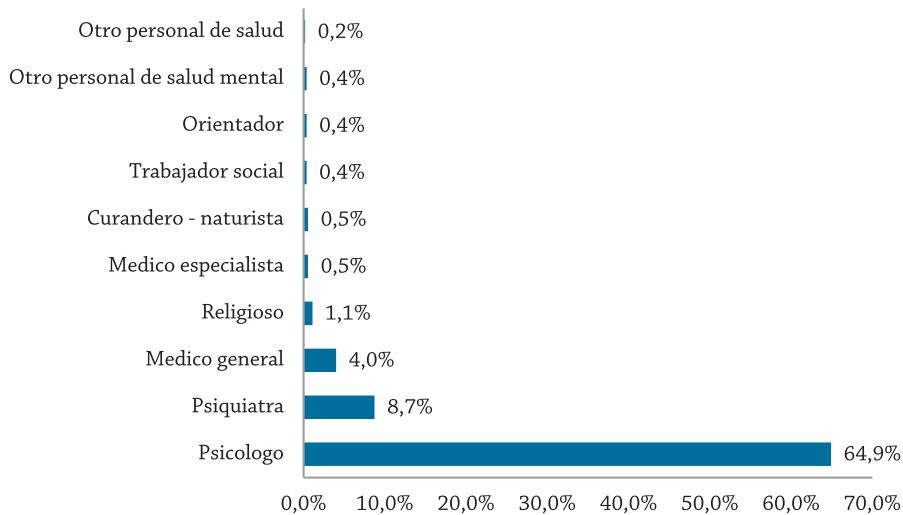


Gráfico 1. Servicios profesionales utilizados en la vida
Estudio de Salud Mental - Envigado 2017

El 4,5% de la población recurre a otras alternativas no tradicionales para la recuperación de la salud mental, lo cual refuerza a los servicios no profesionales que están alrededor del 1,5%. Es de resaltar que estas terapias alternativas vienen siendo aprobadas por la reglamentación colombiana, sin embargo, se desconoce si coinciden con las que utilizan los pacientes con la normatividad existente.

Percepción de salud mental

El 96,5% de la población en Envigado considera que su salud mental está entre buena y excelente, percepción en contraste con el 4,5% que no considera que su salud es buena. Es muy buena a excelente casi en un 70% de la población.

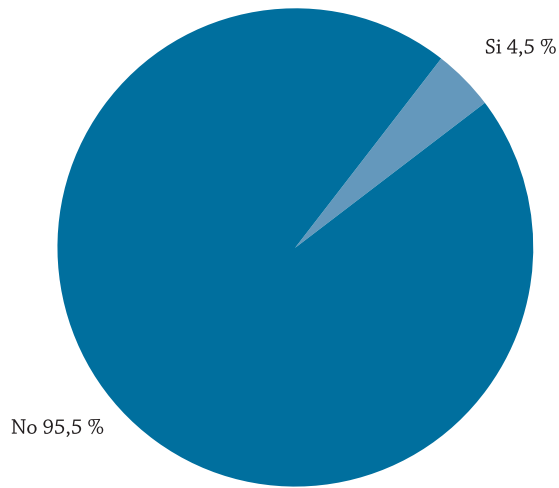


Gráfico 2. ¿Ha utilizado en el último año terapias alternativas para el tratamiento de su salud mental?
Estudio de Salud Mental - Envigado 2017

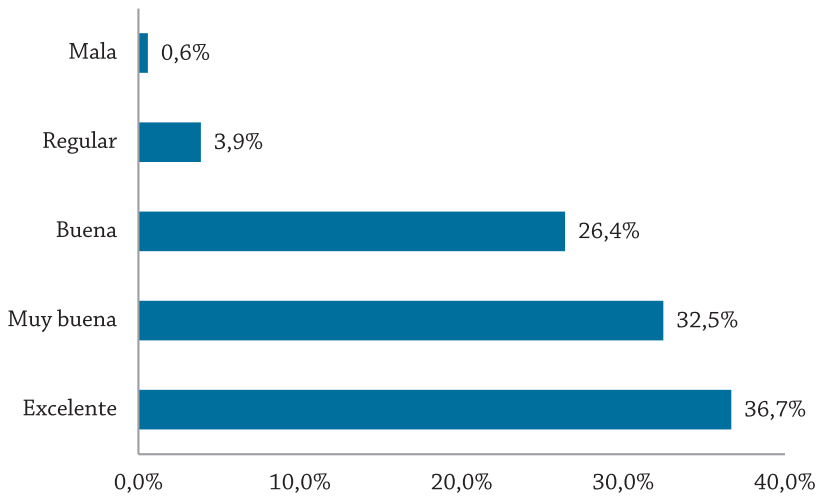


Gráfico 3. Percepción de salud mental
Estudio de Salud Mental - Envigado 2017

Bibliografía

1. Andrews G, Henderson S. Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses, 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
2. Ustun TB. The global burden of mental disorders. *Am J Public Health*. 1999;89:1315–8.
3. World Health Organization (WHO). The world health report 2001, mental health: new understanding. New Hope: Geneva; 2001.
4. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Haro JM, De Girolamo G, et al. Population level of unmet need for mental health care in Europe. Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Br J Psychiatry*. 2007;190:299–306.
5. Aday, L.A, Endersen, R. “A Framework for the Study of Access to Medical Care.” *Health Service Research*. 1974;9:208 – 220.
6. Ministério da Saúde. Brasil. Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: AMAQ-AB. Brasília: MS; 2012.
7. Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff*. 2003;22:122–33.
8. Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, Gómez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2004;33.
9. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;420:47–54.
10. Vargas-Lorenzo, I, Vázquez-Navarrete, L, Mogollón-Pérez, A. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2010;12:701–12.
11. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20:S190–8.
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta de Calidad de Vida. Bogotá D.C., Colombia: DANE; 2003.
13. Landini F, Cowes VG, D’Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad Saude Publica*. 2014;30:231–44.

14. Burns JK. Mental health and inequity: a human rights approach to inequality, discrimination, and mental disability. *Health Human Right*. 2009;20:19–31.
15. Murthy, R.S. Mental health: new understanding, new hope. Organización Mundial de Salud; 2001.
16. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. Global mental health 1: no health without mental health. *The Lancet*. 2007; 370:859–77.
17. Corrigan, P. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*. 2004;57:614–25.
18. Acuña, C, Bolis, M. *La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas*. Organización Mundial de Salud; 2005.
19. López, M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Española Neuropsiquiátrica*. 2008;28:43–83
20. Rabkin, J. Opinions about mental illness: A review of the literature. *Psychol Bull*. 1972;77:153–71.
21. Sarbin, T. R, Mancuso, J. Fracture of a moral enterprise: Attitudes of the public toward mental illness. 1970;35:159–73.

Trastornos de ansiedad

The image features a dark blue background with a subtle, wavy pattern. A purple trapezoidal shape is positioned at the top, containing the text 'Trastornos de ansiedad'. Below this, a complex network of lines and nodes is visible. The lines are thin and colored in shades of purple, blue, and orange. The nodes are small circles, some solid and some hollow, in various colors including green, blue, purple, orange, and red. The overall aesthetic is modern and technical, suggesting a connection to digital technology or neuroscience.

Trastornos de ansiedad

Diana Restrepo Bernal

Antecedentes

La ansiedad, del latín *anxietas*, significa angustia, aflicción. Ha sido definida como una respuesta de alerta, cuando se anticipan estímulos externos o internos, potencialmente amenazantes y/o peligrosos(1). A partir de esta descripción, la ansiedad es básicamente una emoción similar al miedo, que le permite al individuo prepararse para afrontar situaciones y retos de la vida cotidiana(2).

La ansiedad actúa como una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona adoptar las medidas necesarias para enfrentarlo. Por lo tanto, cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo apropiado de las exigencias y retos de la vida. Sin embargo, el valor adaptativo de la ansiedad se pierde cuando no hay peligros potenciales que enfrentar, o cuando la duración y la intensidad de la ansiedad son desproporcionadas, causando malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales.

Un evento cualquiera será clasificado como peligroso dependiendo de múltiples factores, algunos propios de quien experimenta la situación, particularmente los recursos con que cuenta para enfrentar ese potencial peligro y otros factores asociados con la naturaleza misma del evento(3).

Se han propuesto diversas teorías en el estudio de la ansiedad patológica. Desde la teoría psicológica se encuentran diversos modelos como el psicoanalítico, comportamental y existencial. Las teorías biológicas se han desarrollado a partir de modelos animales de ansiedad y se han refinado a partir del avance de las neurociencias y la psicofarmacología(4).

Epidemiología

Revisiones sistemáticas y meta regresiones han confirmado diferencias en la prevalencia de los trastornos de ansiedad alrededor del mundo. Se ha sugerido que hay una prevalencia global de trastornos de ansiedad de 7,3 % (4,8 % a 10,9 %). Existen diferentes explicaciones para las amplias variaciones en la prevalencia de los trastornos de ansiedad: primero, las distintas actitudes en los diferentes países del mundo frente a admitir los síntomas psiquiátricos; segundo, los síntomas psiquiátricos pueden ser expresados y experimentados en diferentes formas de acuerdo con los contextos y los cuestionarios pueden no ser adecuados para evaluar estas variaciones; tercero, las entrevistas diagnósticas usadas en estudios epidemiológicos pueden contener errores en la forma como se realizan las preguntas; cuarto, aspectos metodológicos por falta de rigor al realizar la entrevista o el muestreo pueden introducir diferencias en las prevalencias estimadas; y quinto, pueden existir diferencias reales en las prevalencias de los trastornos mentales alrededor del mundo, reflejando diferencias importantes en factores de riesgo y de resiliencia a nivel global(5).

Clasificación del grupo de trastornos de ansiedad según el DSM-IV

El DSM IV(6) incluye los siguientes trastornos de ansiedad: 1) trastorno de ansiedad generalizada; 2) trastorno de pánico; 3) trastornos fóbicos; 4) trastorno de estrés postraumático y por estrés agudo; 5) trastorno de ansiedad por separación; y 6) trastorno obsesivo compulsivo.

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.

1. Trastorno de ansiedad generalizada

La esencia de este trastorno es la preocupación excesiva o desproporcionada frente a eventos o circunstancias de la vida cotidiana tales como el trabajo, las finanzas, las relaciones interpersonales, la salud, la seguridad personal y las tareas rutinarias. Con frecuencia el foco de la preocupación está centrado en otra persona. Si bien la persona que sufre este trastorno con frecuencia no considera sus preocupaciones excesivas o irreales, sí reconoce la dificultad para controlar la preocupación y la ansiedad. Estas preocupaciones a menudo interfieren con la concentración y el desempeño personal(7).

Asociado con la ansiedad y la preocupación, las personas con trastorno de ansiedad generalizada tienen una variedad de síntomas somáticos, como dolores musculares, temblor, dolor de cabeza, irritabilidad, insomnio, fatiga, frecuencia urinaria, boca seca, náuseas y diarrea. Con frecuencia, este trastorno se acompaña de otras condiciones asociadas como colon irritable y dolor torácico atípico.

El diagnóstico diferencial incluye las preocupaciones normales de la vida. Algunas personas se denominan a sí mismas como “preocupados desde el nacimiento”, por lo tanto, el trastorno de ansiedad generalizada se diferencia de las preocupaciones no patológicas de la vida, por el distrés y la interferencia significativa que causa en la vida de la persona. Otras condiciones médicas pueden confundirse con síntomas y signos de este trastorno, como el abuso de sustancias (cafeína, alcohol, otras drogas y medicamentos), problemas endocrinos, cardiovasculares, neurológicos y pulmonares.

Epidemiología

La prevalencia de vida del trastorno de ansiedad generalizada es de 5,07 % y en los últimos 12 meses de 3,1 %. Es más baja entre los 18 y los 29 años (4,1 %), intermedia luego de los 60 años (3,7 %) y mayor entre los 45 y 59 años (7,7 %). Es mayor en mujeres que en hombres, particularmente, el comienzo es más temprano en las mujeres.

Algunos factores sociodemográficos, como sexo femenino, edad media, bajos ingresos económicos, se han asociado con mayor riesgo. Sin tratamiento médico, el curso es crónico y discapacitante. La edad promedio de inicio del trastorno son los 21 años, pero las personas pueden tardar hasta 20 años en promedio para solicitar una primera evaluación por este problema.

Un estudio longitudinal encontró que hasta el 46 % de las mujeres y el 56 % de los hombres podían experimentar episodios de completa remisión del trastorno de ansiedad generalizada y que los períodos libres de síntomas eran mayores en mujeres(8).

Diagnóstico

Para hacer el diagnóstico se requieren por lo menos tres síntomas, la mayor parte del día por 6 meses. Los síntomas son: intranquilidad o sentirse al límite, fatigabilidad, dificultades en la concentración o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas para dormir.

Etiología

La etiología del trastorno de ansiedad generalizada comprende factores genéticos con un peso modesto, además de factores neurobiológicos, como disregulación del eje hipotálamo hipófisis adrenal, con pobre supresión al test de dexametasona. Dentro de la vulnerabilidad generalizada se ha descrito un sentido de control personal disminuido, con apego inseguro y pobre tolerancia a la incertidumbre.

Comorbilidad

Otros trastornos de ansiedad, como fobias simples, trastorno de pánico, depresión, distimia y problemas con alcohol y drogas.

Diagnóstico diferencial

Las preocupaciones normales de la vida, depresión, otros problemas de ansiedad.

Curso

El curso tiende a ser crónico y discapacitante, con pobre pronóstico y tasas de remisión bajas de 30 % a tres años con

tratamiento. A 6 años el 68 % tienen síntomas residuales leves y 9 % pueden tener síntomas graves persistentes.

Tratamiento

Si bien las terapias psicológicas son menos efectivas que en otros trastornos de ansiedad, posiblemente por la falta de un disparador ambiental, se tiene alguna evidencia con la terapia cognitivo comportamental. También se recurre al uso de relajación y control de la hiperventilación, además de los métodos cognitivos que enseñan a manejar las distorsiones cognitivas y las respuestas fisiológicas del cuerpo bajo estrés. El tratamiento farmacológico se enfoca a mejorar los síntomas. Se han empleado los inhibidores de serotonina, benzodicepinas por corto tiempo.

2. Trastorno de pánico

La característica más importante del pánico es el ataque de pánico, el cual comienza de forma abrupta y se caracteriza por ansiedad extrema que alcanza un pico de intensidad en cerca de diez minutos y, generalmente, no dura más de 20 a 30 minutos. El pánico “situacional” ocurre inmediatamente después de la exposición o frente a la anticipación de la exposición a una situación particular, en la cual ocurrió previamente un ataque de pánico. El ataque de pánico se caracteriza por sensación de ahogo, taquicardia, parestesias, náuseas, dolor abdominal, mareo, desrealización, despersonalización y pensamientos relacionados con muerte inminente o pérdida del control.

Con frecuencia los pacientes focalizan la atención en la taquicardia o el malestar torácico y en la disnea o sensación de ahogo y creen que estos son signos de un problema cardíaco o respiratorio grave, por lo que consultan por los servicios de urgencias. En otras circunstancias, los síntomas de pánico pueden ser confundidos con “síntomas médicamente inexplicables”.

Epidemiología

La prevalencia de vida del trastorno de pánico está entre 1,5 a 3,7 % y 7 a 9 % para los ataques de pánico. En pacientes médicamente enfermos y clínicas especializadas, se pueden encontrar prevalencias elevadas, por ejemplo, en clínicas de mareo (15 %), en clínicas de síndrome coronario (16-65 %), en clínicas de hiperventilación (25-35 %). Las mujeres son dos a

tres veces más afectadas que los hombres. La edad de comienzo tiene una distribución bimodal con un pico de incidencia entre los 15 a 24 años y un segundo pico entre los 45 a 54 años. Es raro después de los 65 años (0,1 %). Otros factores de riesgo son: ser viudo, divorciado o separado, vivir en una ciudad, bajo nivel educativo, pérdidas parentales a temprana edad y abuso físico o sexual(9).

Modelos etiológicos

Numerosas teorías se han propuesto para explicar las bases biológicas del trastorno de pánico, entre ellas el modelo serotoninérgico, modelo noradrenérgico, modelo gabaérgico, el modelo del lactato y el modelo neuroanatómico.

El trastorno de pánico tiene una heredabilidad de 25 a 50 % en estudios familiares y de gemelos. La mayoría de los estudios concuerdan en una vulnerabilidad genética, pero se requiere un estresor crítico para la aparición de los síntomas clínicos (separación, pérdida afectiva, ajuste a un nuevo rol, problemas interpersonales, estrés fisiológico, parto, cirugía, hipertiroidismo). Se ha encontrado asociación con los cromosomas 13qm 22q, 7p y 9q31. Dentro de los genes candidatos se encuentra ADR2A, CCK y los que codifican para 5-HT1A, 5-HT2A, COMT y CRH(10).

Pánico sin miedo

Se ha descrito un grupo de pacientes quienes tienen ataques de pánico sin miedo, de tal forma que presentan los síntomas fisiológicos abruptos sin el componente cognitivo del miedo o la ansiedad, lo que hace que consulten primero ante los servicios de urgencias por la taquicardia y las palpitaciones(11).

Factores de riesgo

El trastorno de pánico es más prevalente en mujeres que en hombres y a una razón de tres mujeres por cada hombre. El comienzo del trastorno de pánico tiene dos picos. El primero ocurre entre los 15 y los 24 años y el segundo entre los 45 y los 54 años de edad. El comienzo de los trastornos de pánico luego de los 65 años es raro (0,1 %).

Las prevalencias más altas de trastorno de pánico ocurren en personas viudas, separadas y solas que viven en la ciudad. Un bajo nivel de educación, pérdida parental temprana y antecedentes de

abuso sexual o físico son otros factores de riesgo. Los hombres tienden a tener una enfermedad de mayor duración, pero con menor agorafobia y depresión. Es frecuente que además los hombres busquen ayuda con menor frecuencia(9).

Curso y pronóstico

El trastorno de pánico se ha descrito como un trastorno crónico y estable. La mayoría de los pacientes buscan ayuda cuando los síntomas empeoran. Es frecuente que transcurran entre 10 y 15 años antes del diagnóstico (11). Se ha propuesto que los ataques de pánico espontáneos son la primera manifestación de la enfermedad seguido de ansiedad anticipatoria y agorafobia en algunas personas. En varios estudios, cerca del 90 % de los pacientes han experimentado síntomas leves de tipo fóbico o hipocondríacos antes del primer ataque de pánico (12).

El primer ataque de pánico generalmente ocurre en lugares que tienen el potencial de generar miedo fóbico, como por ejemplo lugares públicos, calles, almacenes, transporte público, ascensores, puentes o lugares abiertos. Los estudios muestran bajas tasas de recuperación. Algunos individuos presentan, conforme pasa el tiempo, síntomas menos intensos y con menor compromiso funcional, pero la mayoría de los individuos no tratados muestran síntomas continuos más o menos severos. Las tasas de recuperación varían entre un 25% y un 75 % en uno a dos años de seguimiento. Luego de 5 años, entre el 10 y el 30 % están libres de síntomas(13).

Posibilidades de prevención

Se ha sugerido que el trastorno de pánico es precedido por patrones de ansiedad en la niñez. Se ha propuesto que unos patrones de inhibición en la niñez tienden a persistir durante la vida, pero en algunos este rasgo tiende a desaparecer durante el desarrollo. Esto podría relacionarse con estilos de crianza, sin embargo, se necesitan más y mejores investigaciones que exploren esta relación. La otra consideración para la prevención del trastorno de pánico y la agorafobia es la existencia de eventos negativos traumáticos en la niñez, por tanto, es importante educar al público en general y a los padres y cuidadores para evitar la exposición a estas situaciones y brindar ayuda precoz a los niños expuestos a traumas.

Tratamiento

En estudios farmacológicos, 50 a 70 % de los pacientes tienen una evolución excelente y un 20 % tienen una respuesta moderada(14). Con terapia comportamental, la mayoría de los pacientes se recupera y, en algunos estudios, en seguimientos de 1 a 9 años, el 75 % de los pacientes están mejor, con un promedio de disminución de síntomas de 50 %(15). Las respuestas menos favorables al tratamiento han sido observadas en pacientes con gravedad sintomática y agorafobia; también en personas con bajo nivel socio-económico, menor educación, red social limitada, muerte de un padre, falta de una red de apoyo y trastornos de personalidad(16).

3. Agorafobia

La característica esencial de la agorafobia es el miedo o ansiedad intensa, disparada por la exposición real o anticipada a lugares o situaciones donde escapar o buscar ayuda puede resultar difícil. Esta ansiedad se debe presentar en dos o más de las siguientes situaciones o lugares: 1) uso de transporte público, 2) estar en espacios abiertos como plazas públicas, parqueaderos, puentes, 3) sitios cerrados (tiendas, teatros, cines), y 4) hacer fila.

Epidemiología

La prevalencia ha sido descrita entre 2,8 a 5,8 %, con un predominio en mujeres similar al descrito en el trastorno de pánico. La distribución de la agorafobia es bimodal, con el primer pico entre los 15 y 35 años y el segundo en la edad tardía secundario a fragilidad física.

Etiología

Tanto factores genéticos como ambientales parecen jugar un papel en el trastorno. La predisposición a interpretar situaciones como peligrosas puede ser genética, pero también de tipo evolutivo. En familiares en primer grado se observa una prevalencia mayor para otros trastornos como pánico, depresión y sustancias.

La comorbilidad, el diagnóstico diferencial y el tratamiento son similares al referido previamente en el trastorno de pánico.

4. Trastorno por ansiedad social

La ansiedad en este trastorno es generada por la evaluación potencial de otras personas en escenarios laborales, escolares o públicos. Ante estas situaciones donde creen que serán evaluados por otros y que para la mayoría de las personas resultan fáciles de tolerar y a las cuales se adaptan, las personas con trastorno por ansiedad social alcanzan niveles de ansiedad extremos que se asocian frecuentemente a deseos y pensamientos de “escapar” o de evitar someterse nuevamente a la situación específica que generó tal ansiedad(17).

Es común que estas personas experimenten síntomas somáticos como temblor, boca seca, sudoración excesiva cuando imaginan que los demás observarán el supuesto comportamiento inapropiado que ellos creen tener. En los niños la ansiedad se puede manifestar a través de llanto, pesadillas, pataletas. El compromiso funcional es significativo en los diferentes contextos donde la persona interactúa habitualmente. Estas personas se casan en menor proporción y se separan con mayor frecuencia, tienen pocos amigos y pueden tener menor productividad laboral que sus pares por los problemas emocionales. Con mayor frecuencia se encuentran subempleados, desempleados y tienen dependencia económica a comparación de sus pares sin este trastorno(18).

Diagnóstico

Estas personas presentan múltiples miedos con alteración significativa. El subtipo generalizado está presente cuando la mayoría de las situaciones sociales generan miedo y ansiedad. Los casos más severos pueden ocurrir en personas que además tienen trastorno de personalidad evitativa(19). La ansiedad social también puede aparecer como resultado de una condición médica, como obesidad, acné, temblor, tartamudez o la discapacidad asociada a alguna enfermedad. Para estos casos, se podría hablar de trastorno de ansiedad no especificado.

Comorbilidad y diagnóstico diferencial

El 81 % de las personas con trastorno primario de ansiedad social alcanzará criterios para otro diagnóstico psiquiátrico a lo largo de la vida. Los trastornos de ansiedad son los más comórbidos, como también la depresión y el trastorno por uso de sustancias. En estos casos de comorbilidad, es importante

realizar el diagnóstico diferencial y ver la evolución de los síntomas a lo largo de la vida(20).

Epidemiología

Según el National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), la prevalencia de vida es de 12,1 % y en el último año de 6,8 %. El trastorno de ansiedad social es el cuarto trastorno mental más prevalente en la vida después de la depresión mayor (16,6 %), abuso de alcohol (13,2 %) y fobia específica (12,5 %)(21). La edad de comienzo es temprana, entre los 13 y los 20 años de vida. Los estudios han sugerido que las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir este trastorno(22).

Curso y pronóstico

El trastorno de ansiedad social es crónico y no remite sin tratamiento. El trastorno persiste a lo largo de la adultez. El tratamiento combinado con terapia cognitivo conductual y farmacoterapia ofrece los mejores resultados.

Prevención

Pocos estudios han evaluado la posibilidad de prevenir el trastorno de ansiedad social. Se debe considerar que algunos estudios han mostrado agregación familiar, por tanto los padres pueden reforzar comportamientos ansiosos en los niños y reforzar conductas evitativas(23). De tal forma que es importante proveer, a los padres de niños socialmente ansiosos, estrategias que ayuden a manejar el trastorno apropiadamente. Como la ansiedad social comienza temprano en la vida, el tratamiento de niños y adolescentes puede ayudar a prevenir que este trastorno se convierta en una condición crónica(24).

Tratamiento

La terapia psicológica, particularmente la terapia cognitivo conductual, ha mostrado buenos resultados y es propuesta como la primera línea de tratamiento, tanto de forma individual como grupal, sumada a un inhibidor de la recaptura de serotonina, ambos pueden ser particularmente útiles para prevenir las recaídas. Como parte de esta aproximación se puede, además, brindar entrenamiento en relajación y manejo de la activación au-

tonómica, entrenamiento en habilidades sociales y métodos de exposición con reestructuración cognitiva. En algunos casos, los beta bloqueadores pueden reducir la activación autonómica(25).

5. Trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una condición crónica y discapacitante, marcada por las obsesiones y las compulsiones que son egodistónicas y causan distrés significativo en los pacientes y sus familias. Hasta los años 80 fue considerado un trastorno raro, refractario y de origen psicológico. El surgimiento de los psicofármacos y la observación de que la clomipramina, un antidepresivo tricíclico con perfil serotoninérgico, era efectiva para tratar los síntomas del TOC, originó un nuevo interés por investigar y entender las bases biológicas que determinaban este trastorno(26).

Epidemiología

La prevalencia de vida del TOC, en la población general, es entre 2 y 3 %, lo cual es superior a la prevalencia de la esquizofrenia y ha sido verificado en diferentes lugares y culturas(27). Los hombres y las mujeres son igualmente afectados. Aunque algunos reportes han encontrado un ligero predominio en mujeres durante la adolescencia, los hombres son habitualmente más afectados que las mujeres. La edad promedio de comienzo son los 20 años.

Clínica

Las características clínicas del TOC, según el DSM IV, se basan en obsesiones o compulsiones que causan marcado distrés y consumen más de una hora por día en promedio o tienen una marcada interferencia en actividades de la vida cotidiana.

La persona reconoce que la obsesión o la compulsión es excesiva o irracional. Sin embargo, si el paciente cumple con la disfuncionalidad derivada de las obsesiones, y las compulsiones son excesivas o irracionales, se hace el diagnóstico de TOC con pobre *insight*.

Si hay comorbilidad con otro trastorno mental, es necesario que la obsesión no se restrinja al tema propio del otro trastorno, por ejemplo, la comida o el peso, en el caso de trastornos alimentarios; o pensamientos de culpa en la presencia de

episodios depresivos mayores. Además, los síntomas no deben ser el efecto directo de una sustancia.

Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos, recurrentes, intrusivos y que causan distrés, en tanto que las compulsiones son comportamientos repetitivos sin propósito. Las obsesiones típicamente incrementan la ansiedad, en tanto que las compulsiones la reducen. La resistencia que la persona interpone para no realizar la compulsión incrementa la ansiedad, hasta que, finalmente, la persona se ve “obligada” a realizar la compulsión y transitoriamente disminuye la ansiedad.

El 75 % de los pacientes afectados tienen obsesiones y compulsiones y, en la mayoría de ellos, son múltiples las ideas obsesivas y las compulsiones. Los síntomas pueden variar en el tiempo; por ejemplo, en la niñez pueden tener rituales de lavado y en la adultez de chequeo. Las situaciones que clásicamente producen distrés en estos pacientes son: lavado, chequeo, obsesiones sexuales o religiosas, orden, conteo, simetría. El patrón más común de las obsesiones es contaminación o gérmenes, seguido por lavado o evitación de objetos presumiblemente contaminados. Un segundo patrón es la duda patológica que se asocia con la necesidad de verificar.

Diagnóstico diferencial

Como ya se mencionó, la ansiedad tiene que ser significativa para hacer la diferencia con preocupaciones normales, estilos de pensamiento y hábitos. Los diagnósticos diferenciales incluyen el trastorno por tics, la epilepsia del lóbulo temporal, trauma y complicaciones postencefalíticas. Las fobias se diferencian por la ausencia de una relación entre el pensamiento obsesivo y la compulsión. Si bien la depresión algunas veces se acompaña de ideas obsesivas, el paciente con trastorno obsesivo no cumple criterios de depresión. En algunos casos graves el trastorno obsesivo con pobre *insight* puede parecerse a la esquizofrenia por el carácter fijo e irreductible de las ideas obsesivas en la persona.

Curso y pronóstico

Muchos pacientes refieren el comienzo de los síntomas luego de un evento estresante (por ejemplo, embarazo, una pérdida afectiva o problema sexual). Pueden transcurrir entre cinco y diez años antes de que la persona busque ayuda psiquiátrica.

Cerca de un 20 % a un 30 % muestran una mejoría significativa, 40 % a 50 % moderada, y entre un 20 % y un 40 % con un curso crónico o empeoramiento de los síntomas(28).

Etiología

Numerosos estudios apoyan la disfunción serotoninérgica en este trastorno, con una hipersensibilidad de los receptores 5HT postsinápticos. Los estudios de factores autoinmunes han asociado el trastorno obsesivo con enfermedad autoinmune de los ganglios basales, como la Corea de Sydenham, una complicación de la fiebre reumática que se acompaña de síntomas obsesivos compulsivos en el 70 % de los casos(29). Los estudios de neuro-imagen han mostrado aumento del flujo sanguíneo en los lóbulos frontales y ganglios basales especialmente en el núcleo caudado y el cíngulo de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo(30,31).

Tratamiento

En uno de los estudios clásicos con clomipramina, en la década de los sesenta, se observó que el 58 % de los pacientes tratados con este medicamento tenían una mejoría sustancial, comparado con el 3 % de los pacientes tratados con placebo(32). En la actualidad se emplean medicamentos con perfil serotoninérgico, como los inhibidores de la recaptura de serotonina (fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, entre otros).

6. Trastorno de estrés postraumático

Los clínicos han observado a lo largo de la historia de la humanidad que los eventos traumáticos pueden producir graves problemas psicológicos. A finales del siglo XIX y primera mitad del siglo XX, con grandes accidentes, desastres, las guerras mundiales y el holocausto, se empezaron a reportar y describir las reacciones psicológicas y físicas frente a estas situaciones traumáticas. Numerosos términos se emplearon, como “neurosis de guerra” y “síndrome del sobreviviente”(33).

¿Qué hace que un acontecimiento sea traumático?

En el lenguaje común, muchas situaciones son descritas como traumáticas, por ejemplo, el divorcio, la pérdida del empleo, la ruptura de una relación afectiva. Sin embargo, se han establecido las características que deben tener los eventos estresantes para

desencadenar un trastorno de estrés postraumático, sin olvidar las características de quien experimenta el trauma.

El DSM III-R describía el evento traumático como un estresor fuera del rango de las experiencias humanas comunes y que podía causar marcado distrés. Sin embargo, los estudios epidemiológicos han mostrado que situaciones tan comunes como los accidentes de tránsito o el abuso sexual podían desencadenarlo(6). En el DSM IV, la definición cambió por eventos vividos por la persona como un atentado a la integridad física y mental. Investigaciones más recientes han mostrado que los perpetradores de un crimen también pueden desarrollar un estrés postraumático, así como personas que no viven directamente el evento, sino que se enteran de él o solamente lo presencian.

La “anestesia emocional”, esto es la incapacidad para experimentar emociones durante el trauma, ha sido identificada como un importante predictor de trastorno de estrés postraumático(34), así como también el sentimiento de pérdida de autonomía y control de la situación(35).

Clasificación diagnóstica

El Trastorno de Estrés Postraumático, en el DSM-5, fue excluido del capítulo de los trastornos de ansiedad y quedó incluido en el capítulo de los trastornos relacionados con trauma y estresores. En esta sesión se incluyen, además, el trastorno de apego, el trastorno de vinculación social desinhibida, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de estrés agudo y el trastorno de ajuste.

Clínica

La característica clínica más importante del estrés postraumático es la reexperimentación de los síntomas. Esto ocurre de forma involuntaria, vívida y angustiante, a través de imágenes, sueños, recuerdos o impresiones sensoriales (por ejemplo, olores) vinculados con el evento. Acompañando esto aparece activación autonómica, taquicardia, sudoración, temblor, además de hipervigilancia, alteraciones del sueño y problemas de concentración.

Eventos traumáticos en la población general

Los eventos traumáticos son comunes. En un estudio poblacional, en Estados Unidos por Kessler *et al.*(36), se encontró que

el 60,7 % de los hombres y el 51,2 % de las mujeres han experimentado, por lo menos, un evento traumático en la vida. Los más comunes son ser testigo de un asesinato o lesión grave de otra persona, accidentes, incendios y desastres naturales.

Tipo de traumas asociados a estrés postraumático

La violación está asociada con las más altas prevalencias de estrés postraumático. Por ejemplo, el 65 % de los hombres y el 46 % de las mujeres violados alcanzan criterios de estrés postraumático(36). Otros eventos son: combates, negligencia infantil, abuso físico y acoso sexual. En las mujeres: un ataque físico, amenaza con un arma, secuestro(37). Algunas investigaciones han mostrado altas prevalencias de estrés postraumático en prisioneros de guerra, víctimas de tortura y del holocausto(38). Kessler *et al.*(36) encontraron un riesgo de estrés postraumático luego de un evento traumático de 8,1 % para los hombres y 20,4 % para las mujeres. Para las poblaciones jóvenes urbanas, el riesgo es mayor. Breslau *et al.* encontraron un riesgo de 23,6 %, 13 % para hombres y 30,2 % para mujeres(37).

En la población general el trastorno de estrés postraumático ha mostrado una prevalencia de vida de 7,8 %. En mujeres 10,4 %, y en hombres 5,0 %. Estas diferencias entre las prevalencias de hombres y mujeres son explicadas por la mayor exposición de las mujeres a situaciones de abuso sexual, negligencia en la niñez y abuso físico y un mayor riesgo de desarrollar el trastorno una vez expuestas al trauma(37).

Etiología

El condicionamiento del estímulo traumático con una respuesta masiva de miedo e hiperactivación del sistema nervioso autónomo permite que la respuesta se generalice frente a estímulos menores. El significado que cada persona le otorga a la experiencia vivida determinará la evolución que esto tendrá. Personas que ven el trauma como una experiencia terrible, pero limitada en el tiempo, que no determinará la visión de sí mismos ni de su futuro, tendrán un riesgo menor de enfrentar un estrés postraumático.

Otros factores, como suprimir los pensamientos y recuerdos del evento, comportamientos de vigilancia y evitativos, refuerzan el problema. También se han demostrado

anormalidades en la respuesta hipotálamo-hipófisis-adrenal en pacientes con estrés postraumático, siendo estos últimos unos hipersecretores de factor liberador de corticotropina (CRF por su sigla en inglés), con bajos niveles de cortisol circulante al compararlo con controles normales y con exposición a un evento traumático pero sin clínica de estrés postraumático. Cuando se administran dosis de dexametasona, los pacientes con estrés postraumático muestran una exagerada supresión del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Estas características han llevado a concluir que estos pacientes tienen un feedback negativo exagerado(39).

Curso y pronóstico

La gran mayoría de los casos de estrés postraumático comienzan inmediatamente después de ocurrido el trauma. El comienzo retardado es encontrado en una minoría (11 %) de los casos(40).

Estudios prospectivos han mostrado que una proporción de personas que inicialmente desarrollaron estrés postraumático, luego de un trauma pueden recuperarse espontáneamente y sin tratamiento; sin embargo, entre un tercio y 50 % de aquellos que desarrollan estrés postraumático no se recuperan por mucho tiempo(41). El pronóstico depende de la gravedad de los síntomas experimentados inicialmente.

En estudios meta-analíticos se han identificado factores asociados con estrés postraumático, siendo los más importantes la disociación durante el trauma y el escaso soporte social. Otros factores son: abuso en la infancia, discapacidad cognitiva, historia previa de trastornos mentales, ser mujer, joven y bajo nivel socioeconómico.

Tratamiento

La terapia cognitivo conductual y la terapia de desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares han mostrado ser efectivas en el tratamiento psicológico del estrés postraumático(42). En cuanto a la terapia farmacológica, una revisión Cochrane encontró ventaja de la medicación sobre el placebo, con respuestas de 59,1 % vs. 38,5 %, con inhibidores de la recaptura de serotonina y otros antidepresivos como la mirtazapina (43,44).

7. Trastorno de ansiedad por separación

Introducción

La ansiedad de separación tiene funciones fisiológicas y psicológicas adaptativas, íntimamente conectadas con la aparición en el proceso evolutivo de nuevas estructuras en los cerebros de mamíferos primitivos y posteriormente en los homínidos(45). La ansiedad de separación, como etapa normal del desarrollo humano, aparece típicamente entre los seis y los doce meses de edad y permanece hasta los 3 años, sin diferencias entre los sexos(46).

Clínica

El trastorno de ansiedad por separación hace referencia a un proceso patológico, que no cumple funciones adaptativas ni normativas en la vida del sujeto. De forma clásica, el niño o niña experimenta gran distrés relacionado con la separación de las figuras principales de apego. Para evitar esto, se muestra renuente a dormir separado de esta persona y se siente solo si ella no está cerca(47).

Criterios diagnósticos

Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación del hogar o de las personas con quienes está vinculado y puesta de manifiesto por tres o más de las siguientes circunstancias: 1) malestar excesivo recurrente cuando se separa del hogar o de las figuras de apego; 2) preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras de apego o porque estas sufran un daño; 3) preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de la figura de apego; 4) resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo; 5) resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo; 6) negativa o resistencia a ir a dormir sin tener cerca la figura de apego.

Epidemiología

Se observa con mayor frecuencia en familias nucleares. Se ha encontrado una prevalencia de 4 % en población general y 7,6 % en muestras de clínica pediátrica(48). La edad típica de inicio son los 6 años, sin embargo, algunos estudios indican

que el trastorno de ansiedad por separación es común en niños preescolares(49,50).

Evolución del trastorno

En un estudio poblacional realizado en Quebec(51), en el cual se siguió una cohorte de niños y niñas, se encontraron dos trayectorias definidas: 1) grupo persistente bajo (60,2 %); y 2) grupo de alto incremento (6,9 %). Este último grupo se asoció con persistencia de los síntomas ansiosos y asociación con depresión materna, tabaquismo materno durante el embarazo y desempleo en los padres. Este fue el único grupo que no mostró reducción sustancial de los síntomas con el paso del tiempo.

Se ha sugerido que el trastorno de ansiedad por separación se asocia con la aparición posterior de trastornos de ansiedad. Un meta-análisis que incluyó 15.000 sujetos de 25 estudios de diferentes regiones del mundo mostró una asociación con trastorno de pánico y agorafobia (OR 3,45 IC 95 % [2,4 -5,0]). Este estudio también encontró asociación con depresión y trastorno por uso de sustancias(52).

Factores neurobiológicos

Se han identificado factores genéticos que modulan la respuesta a la estimulación con CO₂ y esta mayor sensibilidad actúa como un rasgo de ansiedad. Tanto los niños con trastorno de ansiedad por separación, como los adultos con trastorno de pánico, muestran este tipo de respuesta, lo que ha sido explicado por acidificación de la sangre y del PH cerebral(53,54).

Otros factores que se han asociado con el trastorno de ansiedad por separación son las pérdidas afectivas tempranas en la vida (por ejemplo, muerte de un padre). Esto se ha vinculado con metilación del ADN(55).

Tratamiento

Dentro de las alternativas de tratamiento para el trastorno de ansiedad por separación se encuentra la terapia cognitivo conductual que comprende varios componentes: psicoeducación del niño, el adolescente y sus cuidadores frente a la naturaleza de la ansiedad; técnicas de manejo de las reacciones somáticas a través de relajación y respiración diafragmática; reestructuración cognitiva por medio de la identificación

de pensamientos que provocan la ansiedad; entrenamiento en resolución de problemas con anticipación cognitiva; exposición sistemática a situaciones que generen ansiedad, incluyendo imaginación, simulación, con especial atención en la desensibilización frente al estímulo que genera la ansiedad, en este caso la ausencia de la figura de apego y, finalmente, planes para evitar la recurrencia de los síntomas(56).

Terapias basadas en *mindfulness*

El *mindfulness* es la aceptación consciente, el no juzgar y el mantener el foco en las emociones, pensamientos y sensaciones que ocurren en el momento presente. Ha sido utilizada con éxito. La terapia cognitivo conductual adaptada para niños y jóvenes ha mostrado ser eficaz(57).

8. Fobias específicas

Introducción

La esencia de una fobia simple es la ansiedad psicológica o autonómica, recurrente, excesiva e irracional, ante la presencia o la anticipación de un objeto o una situación temida. El DSM-IV agrupa 5 situaciones y objetos: 1) animales; 2) aspectos del ambiente natural; 3) sangre (inyecciones/daño); 4) situacional; y 5) otros(58).

Epidemiología

La prevalencia de vida es de 12,5 % y en los últimos 12 meses 8.7 %. Más común en mujeres con una razón de 3 mujeres por cada hombre. Las fobias a los animales son más comunes en las mujeres. La edad promedio de ocurrencia son los 15 años. El comienzo de las fobias animales es cercana a los 7 años, a la sangre y las lesiones a los 8 años y a situaciones alrededor de los 20 años(59).

Etiología

Factores genéticos y ambientales juegan un papel importante. La concordancia en gemelos monozigóticos y dizigóticos es de 25,9 % y 11,0 %. La teoría del aprendizaje condicionado por miedo frente a una situación traumática con evitación aprendida es ampliamente aceptada(60).

Comorbilidad

El 80 % de las personas con fobias específicas experimentarán por lo menos un trastorno psiquiátrico en algún momento de sus vidas, especialmente trastorno de ansiedad y trastornos afectivos.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo.

Tratamiento

Terapia comportamental de exposición es de elección para este trastorno. El método consiste en reducir la respuesta de miedo y lograr una desensibilización sistemática con relajación a través de exposición gradual mediante exposición imaginada o en vivo(61).

Curso

Sin tratamiento tiende a ser cónica y recurrente.

RESULTADOS

Trastorno de pánico

Comportamiento según sexo

Tabla 1. Indicadores de prevalencia para trastorno de pánico por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,34%	0,41%	0,38%	1,2
	(0,0 - 0,7)	(0,0 - 0,8)	(0,1 - 0,6)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,54%	0,89%	0,73%	1,6
	(0,1 - 1,0)	(0,3 - 1,4)	(0,4 - 1,1)	
Prevalencia de vida	0,76%	1,72%	1,27%	2,2
	(0,2 - 1,3)	(1,0 - 2,5)	(0,8 - 1,8)	

Uno de los indicadores de prevalencia utilizados en el presente estudio es la prevalencia actual (o prevalencia de punto), en la cual se hace el diagnóstico de la presencia del trastorno duran-

te los últimos 30 días. Como se observa en la tabla anterior, al analizar los resultados por sexo se encontró una prevalencia de 0,34% y 0,41% para hombres y mujeres respectivamente.

El comportamiento de la prevalencia anual presentó 0,73 % para el total y 0,54 % para el sexo masculino versus 0,89% para el sexo femenino con una razón 1,6 mujeres por cada hombre.

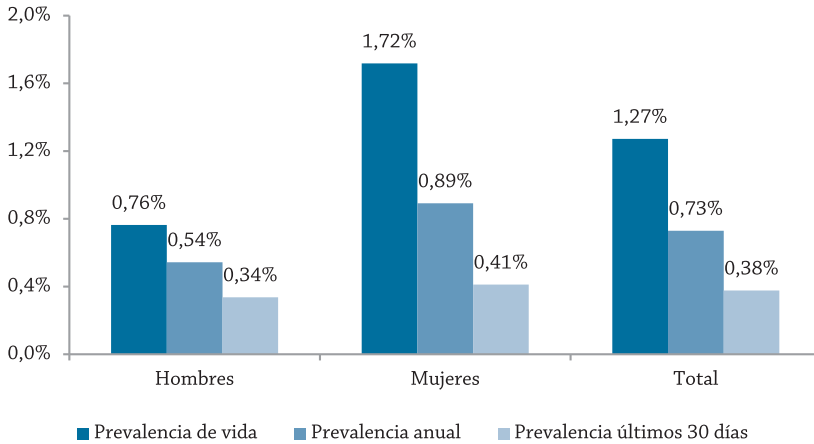


Gráfico 1. Prevalencia de trastorno de pánico por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

La prevalencia de vida fue de 1,27 % para el total de la población estudiada con IC de 95 % entre 0,4 % y 1,1 %, lo cual demuestra una alta precisión en la estimación del indicador y una razón de 2,2 mujeres por cada hombre.

Comportamiento según grupos de edad

Tabla 2. Indicadores de prevalencia para trastorno de pánico por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	1,05%	0,90%	0,16%
19 a 29 años	1,59%	0,91%	0,69%
30 a 44 años	1,01%	0,53%	0,26%
45 a 65 años	1,37%	0,75%	0,35%
Total	1,27%	0,73%	0,38%

En la tabla anterior se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad analizados. Se encontró una mayor prevalencia en la vida, en los últimos doce meses y en los últimos

30 días, en el grupo de 19 a 29 años, seguida por el grupo de 45 a 65 años.

Trastorno de ansiedad generalizada

Comportamiento según sexo

Tabla 3. Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado-2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,36%	0,04%	0,19%	0,1
	(0,0 - 0,7)	(0,0 - 0,2)	(0,0 - 0,4)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,58%	0,06%	0,30%	0,1
	(0,1 - 1,1)	(0,05 - 0,2)	(0,1 - 0,5)	
Prevalencia de vida	1,10%	0,67%	0,87%	0,6
	(0,4 - 1,8)	(0,2 - 1,2)	(0,5 - 1,3)	

La tabla anterior presenta los resultados por sexo para la prevalencia de ansiedad generalizada. En los últimos 30 días fue mayor en hombres con el 0,36% y en mujeres 0,04 % y una razón de 0,1 mujeres por cada hombre.

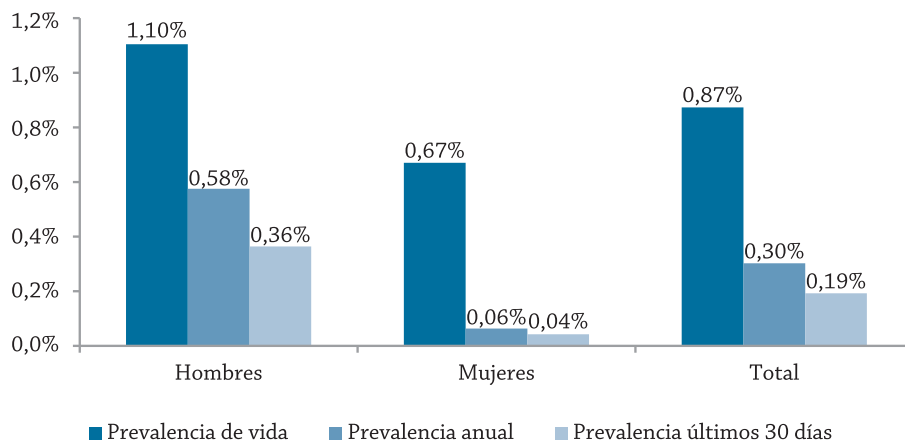


Gráfico 2. Prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

La prevalencia anual fue de 0,30 % para el total de la población, con un IC 95 % entre 0,1 - 0,5 lo cual muestra alta precisión en

la estimación del indicador y una razón de 0,1 mujer por cada hombre afectado. La prevalencia de vida fue de 0,87 % con una prevalencia mayor para hombres con 1,10 % versus 0,67 % en mujeres y una razón de 0,6 mujeres por cada hombre.

Comportamiento según grupos de edad

Tabla 4. Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada según grupos de edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,62%	0,44%	0,35%
19 a 29 años	0,00%	0,00%	0,00%
30 a 44 años	1,54%	0,30%	0,00%
45 a 65 años	0,89%	0,38%	0,38%
Total	0,87%	0,30%	0,19%

En la tabla anterior se puede observar que la mayor prevalencia en la vida se presentó en el grupo de 30 a 44 años con el 1,54 %, en tanto que la mayor prevalencia en los últimos doce meses ocurrió en el grupo de 15 a 18 años y en los últimos 30 días en el grupo de 45 a 65 años.

En el grupo de 19 a 29 años no se presentaron casos.

Trastorno de agorafobia

Comportamiento según sexo

Tabla 5. Indicadores de prevalencia de trastorno de agorafobia por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,03%	0,00%	0,02%	0,0
	(0,0 - 0,1)	(0,0 - 0,0)	(0,0 - 0,1)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,18%	0,12%	0,15%	0,7
	(0,0 - 0,4)	(0,0 - 0,3)	(0,0 - 0,3)	
Prevalencia de vida	0,32%	0,12%	0,21%	0,4
	(0,0 - 0,7)	(0,0 - 0,3)	(0,0 - 0,4)	

La tabla anterior presenta los resultados por sexo para la prevalencia de los últimos 30 días con el 0,03 % en hombres y

0,00 % para mujeres. La prevalencia en los últimos doce meses es mayor en hombres con 0,18 % y 0,12 % en mujeres y una razón de 0,7 mujeres por cada hombre.

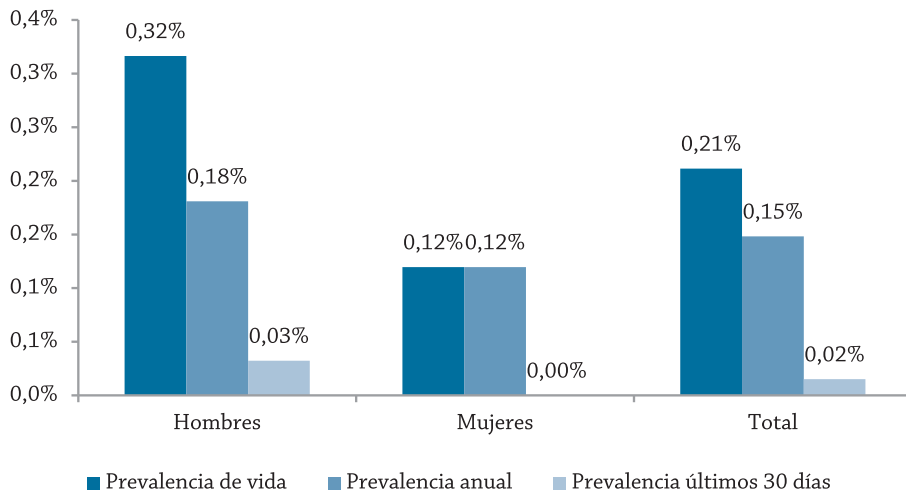


Gráfico 3. Prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

La prevalencia de vida total fue de 0,21 %, mayor para los hombres con 0,32 % y en mujeres 0,12 %.

Comportamiento según grupos de edad

Tabla 6. Indicadores de prevalencia para trastorno de agorafobia por cien según grupos de edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,25%	0,25%	0,15%
19 a 29 años	0,00%	0,00%	0,00%
30 a 44 años	0,42%	0,22%	0,00%
45 a 65 años	0,15%	0,15%	0,00%
Total	0,21%	0,15%	0,02%

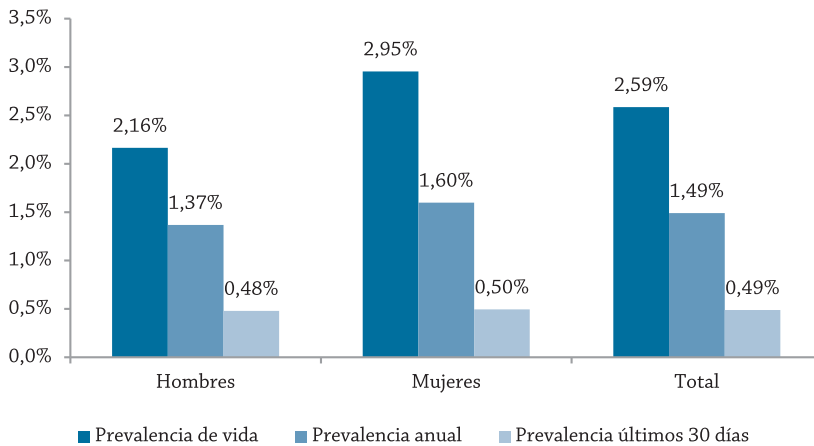
En la tabla anterior se observa la prevalencia según grupos de edad. En los últimos 30 días y en los últimos 12 meses, el grupo de edad con mayor prevalencia fue de 15 a 18 con el 0,15 % y 0,25 %, respectivamente. La mayor prevalencia en la vida fue para el grupo de 30 a 44 años con el 0,42 %.

Comportamiento según sexo

/// Tabla 7. Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia social por cien según sexo y razón hombre/mujer Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,48%	0,50%	0,49%	1,0
	(0,0 - 0,9)	(0,1 - 0,9)	(0,2 - 0,8)	
Prevalencia últimos 12 meses	1,37%	1,60%	1,49%	1,2
	(0,6 - 2,1)	(0,9 - 2,3)	(1,0 - 2,0)	
Prevalencia de vida	2,16%	2,95%	2,59%	1,4
	(1,2 - 3,1)	(2,0 - 4,0)	(1,9 - 3,3)	

En la tabla anterior, la prevalencia durante los últimos 30 días fue de 0,49 %. Al analizar por sexo se observó una mayor prevalencia para las mujeres de 0,50 % versus 0,48 % en hombres, con una razón de 1,0 mujer por cada hombre.



/// Gráfico 4. Prevalencia para trastorno de fobia social por cien según sexo Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

La prevalencia en los últimos 12 meses fue de 1,49 % para el total, siendo mayor para las mujeres con 1,60 % en comparación con 1,37 % en los hombres y una razón de 1,2 mujeres por cada hombre. La prevalencia de vida para el total fue de 2,59 % con un IC 95 % entre 1,9 % y 3,3 % y una razón de 1,4 mujeres por cada hombre.

Prevalencia según grupos de edad

Tabla 8. Indicadores de prevalencia para el trastorno de fobia social por cien según grupos de edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	3,00%	1,95%	0,33%
19 a 29 años	4,29%	2,64%	0,54%
30 a 44 años	0,57%	0,34%	0,00%
45 a 65 años	3,12%	1,51%	0,90%
Total	2,59%	1,49%	0,49%

La mayor prevalencia en los últimos 30 días se observó en el grupo de 45 a 65 años con el 0,90 %. En los últimos doce meses la mayor prevalencia fue para el grupo de 15 a 18 años y, en la vida, la mayor prevalencia se encontró en el grupo de 19 a 29 años. Se encontró una tendencia negativa en el grupo de 30 a 44 años.

Trastorno de fobia específica

Comportamiento según sexo

Tabla 9. Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,12%	0,76%	0,46%	6,4
	(0,0 - 0,3)	(0,2 - 1,3)	(0,2 - 0,8)	
Prevalencia últimos 12 meses	1,09%	2,72%	1,96%	2,5
	(0,4 - 1,7)	(1,8 - 3,7)	(1,4 - 2,6)	
Prevalencia de vida	2,84%	6,14%	4,60%	2,2
	(1,8 - 3,9)	(4,7 - 7,6)	(3,7 - 5,5)	

En la tabla anterior, la prevalencia en los últimos 30 días fue de 0,46 %, en mujeres de 0,76% y en hombres de 0,12 %, con una razón de 6,4 mujeres por cada hombre.

La prevalencia anual fue de 1,96 % para el total, 2,72 % para mujeres y 1,09 % para hombres. La prevalencia de vida fue 4,60 % (IC 95 % 3,7-5,5) para el total de la población estudiada y una razón de 2,2 mujeres por cada hombre.

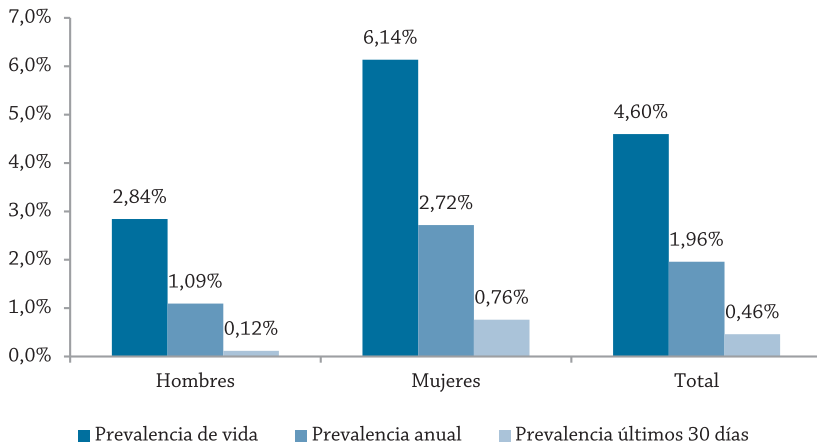


Gráfico 5. Prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Comportamiento por grupos de edad

Tabla 10. Indicadores de prevalencia para trastorno de fobia específica por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	2,61%	1,56%	0,91%
19 a 29 años	4,57%	2,11%	0,28%
30 a 44 años	4,18%	1,86%	0,22%
45 a 65 años	6,02%	2,17%	0,71%
Total	4,60%	1,96%	0,46%

En los últimos 30 días la mayor prevalencia se observa en el grupo de 15 a 18 años con 0,91 %, seguida por el grupo de 45 a 65 años con 0,71 %. En los últimos doce meses la prevalencia más alta se encontró en el grupo de 45 a 65 años con 2,17 %, seguido por el grupo de 30 a 44 años con 1,86 %. Y en la prevalencia de vida el grupo de 45 a 65 años fue el mayor con 6,02 %, seguido por el grupo de 19 a 29 años con 4,57 %.

Trastorno de estrés postraumático

Comportamiento por sexo

En la siguiente tabla la prevalencia durante los últimos 30 días y en los últimos 12 meses fue de 0,13 %, donde solo se presentaron casos para las mujeres en ambos períodos de tiempo, para una prevalencia de 0,22 %.

Tabla 11. Indicadores de prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,00%	0,22%	0,13%	NC
	(0,0 - 0,0)	(0,0 - 0,6)	(0,0 - 0,4)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,00%	0,22%	0,13%	NC
	(0,0 - 0,0)	(0,1 - 0,6)	(0,1 - 0,4)	
Prevalencia de vida	3,21%	3,49%	3,37%	1,1
	(1,4 - 5,0)	(1,9 - 5,1)	(2,2 - 4,5)	

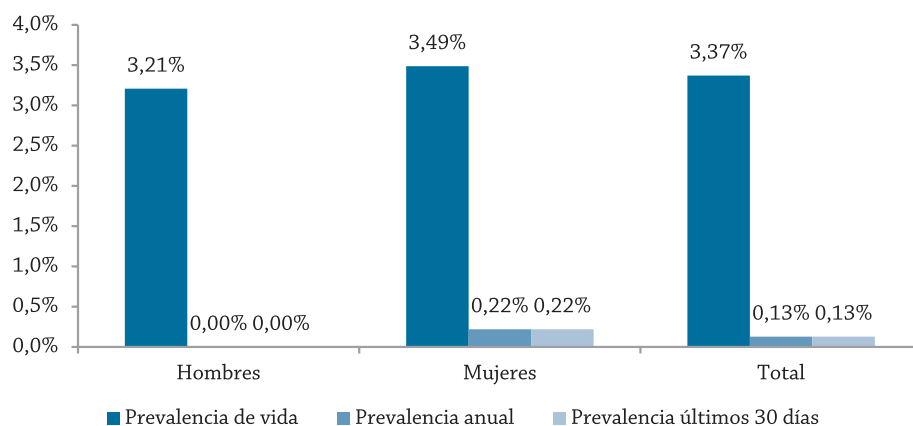


Gráfico 6. Prevalencia para trastorno de estrés postraumático por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-envigado 2017

La prevalencia de vida fue 3,21 % para el total de la población estudiada (IC 95 % 1,4 – 5,0). Para el sexo femenino fue de 3,49 % y para el sexo masculino de 3,21 % y una razón de 1,1 mujeres por cada hombre.

Comportamientos por grupos de edad

Tabla 12. Indicadores de prevalencia para trastorno por estrés postraumático por cien según edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,70%	0,00%	0,00%
19 a 29 años	3,01%	0,00%	0,00%
30 a 44 años	4,07%	0,42%	0,42%
45 a 65 años	3,85%	0,00%	0,00%
Total	3,37%	0,13%	0,13%

En la tabla anterior se observa que la mayor prevalencia en los últimos 30 días y en los últimos 12 meses la presenta el grupo de 30 a 44 años con 0,42 %. En los demás grupos no se presentaron casos en estos períodos de tiempo. La mayor prevalencia de vida se presentó en el grupo de 30 a 44 años con 4,07 %, seguido por el grupo de 45 a 65 años con 3,85 %.

Trastorno de ansiedad por separación

Comportamiento según sexo

Tabla 13. Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,00%	1,11%	0,65%	NC
	(0,0 - 0,0)	(0,2 - 2,0)	(0,1 - 1,2)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,24%	1,47%	0,96%	6,0
	(0,1 - 0,7)	(0,4 - 2,5)	(0,3 - 1,6)	
Prevalencia de vida	1,80%	2,69%	2,32%	1,5
	(0,5 - 3,1)	(1,3 - 4,1)	(1,3 - 3,3)	

La prevalencia total en los últimos 30 días fue de 0,65 %. Al analizar los resultados por sexo se encontró una prevalencia de 1,11 % para mujeres y para los hombres no se presentaron casos. La prevalencia anual mostró una prevalencia de 0,96 % para el total de la población, con 1,47 % para mujeres en comparación con 0,24 % para hombres, con una razón de 6,0 mujeres por cada hombre.

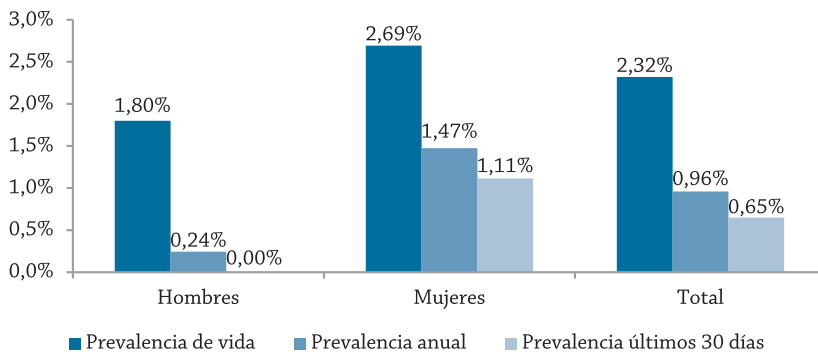


Gráfico 7. Prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

La prevalencia de vida fue de 2,32 % (IC 95 % 1,3 – 3,3) para el total de la población, con una prevalencia para las mujeres de 2,69 % y para los hombres de 1,80 % y una razón de 1,5 mujeres por cada hombre.

Comportamiento según grupos de edad

Tabla 14. Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	2,06%	1,75%	1,17%
19 a 29 años	2,96%	1,33%	0,86%
30 a 44 años	2,31%	0,46%	0,00%
45 a 65 años	1,97%	0,92%	0,92%
Total	2,32%	0,96%	0,65%

La mayor prevalencia en los últimos 30 días fue para el grupo de 15 a 18 años, seguido por el grupo de 45 a 65 años. En los últimos 12 meses la mayor prevalencia se encontró en el grupo de 15 a 18 años seguido por el grupo de 19 a 29 años y, en la prevalencia en la vida, el grupo de edad con mayor prevalencia fue el de 19 a 29 años, seguido por el grupo de 30 a 44 años.

Trastorno obsesivo compulsivo

Comportamiento por sexo

Tabla 15. Indicadores de prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	1,67%	0,00%	0,77%	0,0
	(0,0 - 3,8)	(0,0 - 0,0)	(0,0 - 1,8)	
Prevalencia últimos 12 meses	1,97%	2,03%	2,00%	1,0
	(0,1 - 4,2)	(0,1 - 4,2)	(0,4 - 3,6)	
Prevalencia de vida	3,30%	2,03%	2,62%	0,6
	(0,4 - 6,2)	(0,1 - 4,2)	(0,8 - 4,4)	

La prevalencia total en los últimos 30 días fue de 0,77 %, con 1,67 % para hombres y en las mujeres no se presentaron

casos. La prevalencia para el total de la población en los últimos 12 meses fue de 2,00 %, para las mujeres de 2,03 % y para los hombres 1,97 %. Con una razón de 1,0 mujer por cada hombre.

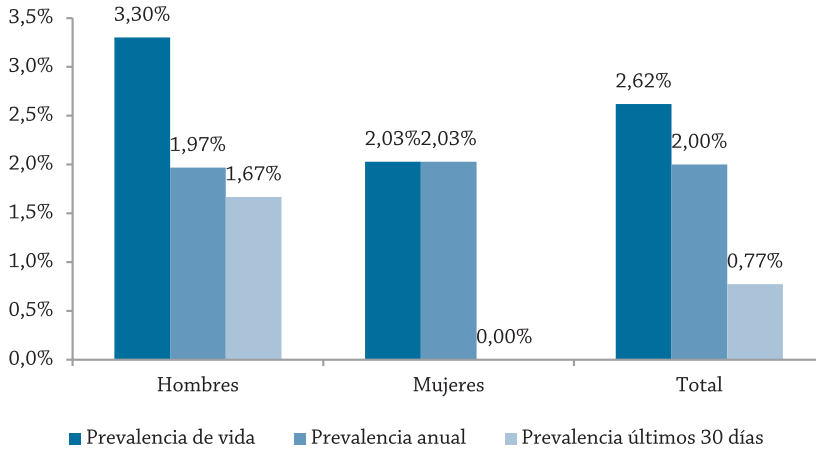


Gráfico 8. Prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Comportamiento por grupos de edad

Tabla 16. Indicadores de prevalencia para trastorno obsesivo compulsivo por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	1,46%	1,46%	0,00%
19 a 29 años	3,70%	1,85%	1,85%
30 a 44 años	1,93%	1,93%	0,00%
45 a 65 años	3,31%	2,73%	0,95%
Total	2,62%	2,00%	0,77%

En la tabla anterior, la mayor prevalencia en los últimos 30 días la presentó el grupo de 19 a 29 años, seguido por el grupo de 45 a 65 años. En la prevalencia de los últimos 12 meses, el grupo con mayor prevalencia fue el de 45 a 65 años, seguido por el de 30 a 44 años. En la prevalencia de vida la mayor fue encontrada en el grupo de 19 a 29 años, seguida por el grupo de 45 a 65 años.

Cualquier trastorno de ansiedad

Comportamiento por sexo

Tabla 17. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	1,02%	2,07%	1,58%	2,0
	(0,4 - 1,7)	(1,2 - 2,9)	(1,0 - 2,1)	
Prevalencia últimos 12 meses	3,42%	5,19%	4,36%	1,5
	(2,3 - 4,6)	(3,9 - 6,5)	(3,5 - 5,2)	
Prevalencia de vida	7,69%	11,36%	9,65%	1,5
	(6,0 - 9,4)	(9,5 - 13,2)	(8,4 - 10,9)	

En la tabla anterior se observa que la prevalencia para el total de la población en los últimos 30 días fue de 1,58 %, con una prevalencia para las mujeres de 2,07 %, para los hombres de 1,02 % y una razón de 2 mujeres por cada hombre. La prevalencia en los últimos 12 meses para el total de la población fue de 4,36 % (IC 95 % 3,5 – 5,2), para las mujeres 5,19 %, para los hombres 3,42 % y una razón de 1,5 mujeres por cada hombre.

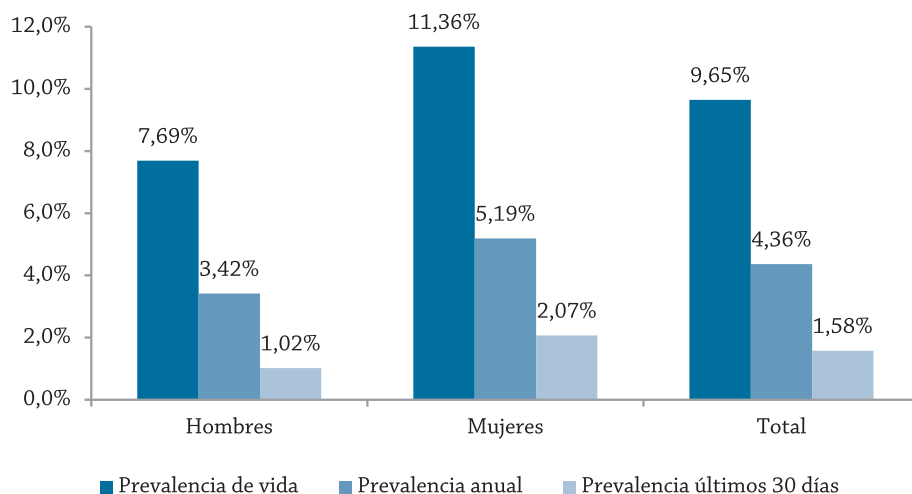
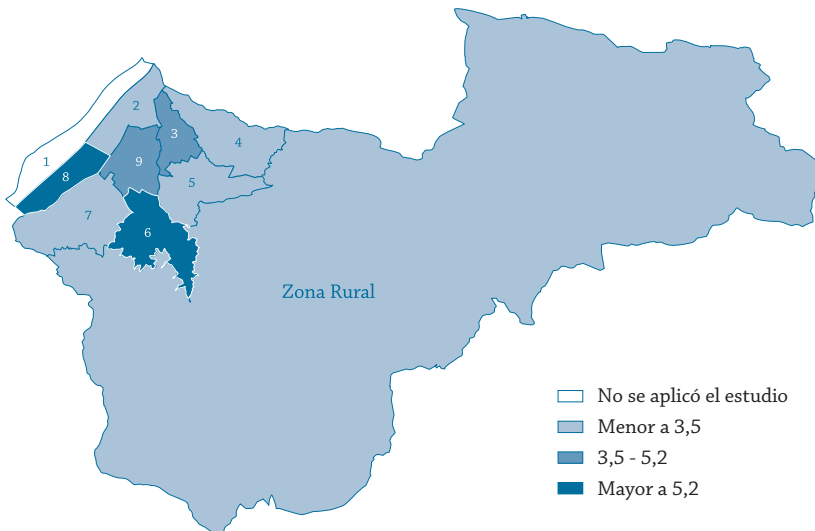


Gráfico 9. Prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Tabla 18. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según grupos de edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	6,61%	4,34%	2,27%
19 a 29 años	9,35%	4,76%	1,34%
30 a 44 años	9,05%	3,82%	0,72%
45 a 65 años	11,68%	4,62%	2,29%
Total	9,65%	4,36%	1,58%

En la tabla anterior se encuentran las prevalencias de todos los trastornos de ansiedad según grupos de edad. La más alta prevalencia en los últimos 30 días se observó en el grupo de 45 a 65 años con 2,29 %, seguido por el grupo de 15 a 18 años con 2,27 %. La prevalencia más alta en los últimos 12 meses se encontró en el grupo de 19 a 29 años con 4,76 %, seguido por el grupo de 45 a 65 años con 4,62 %. Finalmente, para la prevalencia en la vida, el grupo con mayor prevalencia fue el de 45 a 65 años con el 11,68 %, seguido por el grupo de 19 a 29 años con el 9,35 %. La menor prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad la presentó el grupo de 15 a 18 años.



Mapa 1. Distribución para trastornos de ansiedad en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental-Envigado, 2018

La distribución de la prevalencia en el último año para los trastornos de ansiedad, en el área urbana del municipio de Envigado, muestra una prevalencia mayor de 5,2 % en las zonas 6 y 8. En las zonas 3 y 9 la prevalencia se situó entre 3,5 y 5,2 % y en las zonas 2,4, 5 y 7 la prevalencia fue menor de 3,5 %.

Bibliografía

1. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MG. Panic disorder. *Lancet*. 2006;368:1023–32.
2. Ballenger JC. Panic disorder and agoraphobia. In *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Second Edition. New York: Oxford University Press; 2012. p. 750–64.
3. Barlow DH. Cognitive-behavioral approaches to panic disorder and social phobia. *Bull Menninger Clin*. 1992;56:A14.
4. Charney DS, Woods SW, Krystal JH, Nagy LM, Heninger GR. Noradrenergic neuronal dysregulation in panic disorder: The effects of intravenous yohimbine and clonidine in panic disorder patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;86:273.
5. Stein DJ, Scott KM, Jonge P, Kessler RC. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19:127–36.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Revised. Washington, D.C; 2000.
7. Marks IM. *Fears and phobias*. Heinemann. London; 1969.
8. Yonkers KA, Bruce SE, Dick IR, et al. Chronicity relapse and illness course of panic disorder social phobia and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*. 2003;17:173–9.
9. Kessler RC, Chiu WT, Jim R, et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63:415–24.
10. Arnold PD, Zai G, Tichter MA. Genetics of anxiety disorders. *Curr Psychiatr Rep*. 2004;6:243–54.
11. Beitman BD, Kushner MG, Lamerti JW, et al. Panic disorder without fear in patient with angiographically normal coronary arteries. 1990;178:307–12.
12. Weissman MM. Epidemiology of panic disorder and agoraphobia. In: *Frontiers of clinical neuroscience Clinical aspects of panic disorder*. Wiley-Liss. New York: Ed. Ballenger JC; 1990.
13. Katschnig H, Amering M, Stolk JM, et al. Predictors of quality of life in a long-term follow up study in panic disorder patients after a clinical drug trial. *Psychopharmacology Bulletin*. 1996;32:149–55.

14. Mavissakalian MR, Prien RF. Long-term treatments of anxiety disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
15. Landon TM, Barlow DH. Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: current status. *Journal of Psychiatric Practice*. 2004;10:211–26.
16. Barlow DH, Craske MG. *Mastery of your anxiety and panic*. State University of New York at Albany. Center for Stress and Anxiety Disorders; 1988.
17. Vriends N, Becker ES, Meyer A, et al. Subtypes of social phobia: ¿are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders*. 2007;21:59–75.
18. Wittchen H, Huetsch M, Sonntag H, et al. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*. 1999;14:118–31.
19. Heimberg RG. Social phobia, avoidant personality disorder and the multiaxial conceptualization of interpersonal anxiety. *End Trends in cognitive and behavioral therapies*. Vol. 1. England: Editorial P. Salkovskis; 1996.
20. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H, et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1996;53:159–68.
21. Kessler RC, Berglund PD, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62:593–602.
22. Olfson M, Guardino M, Struening E, et al. Barriers to treatment of social anxiety. *The American Journal of Psychiatry*. 2000;157:521–7.
23. Barrett PM, Rapee RM, Dadds MR, et al. Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1996;24:187–203.
24. Barrett P, Turner C. Prevention of anxiety symptoms in primary school children: preliminary results from a universal school-based trial. *The British Journal of Clinical Psychology*. 2001;40:399–410.
25. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther*. 1997;35:741–56.
26. Salzman L TF. Obsessive compulsive disorder review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*. 1981;138:286–96.

27. Robins LN HJ, Weissman MM et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*. 1984;41:949-5.
28. Mataix-Cols D. Deconstructing obsessive-compulsive disorder: a multidimensional perspective. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006;19:84-9.
29. Swedo SE LH, Kiessling LS. Speculations on antineuronal antibody-mediated neuropsychiatric disorders of childhood. *Pediatrics*. 1994;323-6.
30. Rauch SL. Neuroimaging in OCD: clinical implications. In: *Una alta concordancia entre gemelos monocigóticos*. 3rd ed. CNS Spectrum; 1998. p. 26-9.
31. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1986;143:317-22.
32. Clomipramina Collaborative Study Group. Clomipramina in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1991;48:730-8.
33. Gerson BPR, Carlier IVE. Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept. *The British Journal of Psychiatry*. 1998;161:742-8.
34. Roemer L, Orsillo SM, Borkovec TD, et al. Emotional response as the time of a potentially traumatizing event and PTSD symptomatology: a preliminary retrospective analysis of the DSM-IV criterion A2. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1998;29:123-30.
35. Yehuda R, Southwick SM, Guiller E. Expositions to atrocities and severity of chronic posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *The American Journal of Psychiatry*. 1992;149:333-6.
36. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-60.
37. Breslau N, David GC, Andreski P, et al. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1994;57:1044-8.
38. Engdahl BE, Diel TN, Eberly, et al. Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: a normative response to severe trauma. 1997;1576-81.

39. Kloet CS, Vermetten E, Geuze E, et al. Assessment of HPA-axis function in posttraumatic stress disorder: pharmacological and non-pharmacological challenge test. A review. *Journal of Psychiatric Research*. 2006;40:550–67.
40. McNally RJ. Post-traumatic stress disorder. In *Oxford textbook of psychopathology*. eds. Millon T, Blaney PH, David RD. Oxford University Press, Oxford;
41. Perkonig A, Pfister H, Stein MB, et al. Longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and Young adults. *The American Journal of Psychiatry*. 2005;162:1320–7.
42. Bradley R, Greene J, Russ E, et al. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *The American Journal of Psychiatry*. 2005;162:214–7.
43. Stein DJ, J, Seedat S. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Review*. The Cochrane library.; 2007.
44. Bisson J EA, Matthews R et al. Systematic review and meta-analysis of psychological treatments for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;190:97–104.
45. Battaglia M. Separation anxiety: at the neurobiological crossroads of adaptation and illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2015;17:277–85.
46. Ainsworth MS, B, Waters E, W. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
47. Cooper-Vince CE, E-AB, Pincus DB, CJ. The diagnostic utility of separation anxiety disorder symptoms: an item response theory analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42:417–28.
48. Ginsburg GS, BE, Keeton CP et al. Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014;71:310–8.
49. Shear K, KR, Ruscio AM, WE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1074–83.
50. Franz L, AA, Copeland W, CE, Towse-Goodman N, EH. Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: prevalence and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:1294–303.

51. Pettiler A BM, Dionne G ZM, Tremblay RE. Disregard for rules: the early development and predictors of a specific dimension of disruptive behavior disorders. *Child Psychol Psychiatry*. 2009;50:1477–84.
52. Kossowsky J PM, Schneider S TJ, Locher C GJ. The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2013;170:768–81.
53. Esquivel G SK, Maddock RJ CA, Griez EJ. Acids in the brain: a factor in panic? *J Psychopharmacol*. 2010;24:639–47.
54. Maddock RJ BM, Miller AR YJ, Soosman SK UA. Abnormal activity-dependent brain lactate and glutamate+glutamine responses in panic disorder. *Biol Psychiatry*. 2013;73:1111–9.
55. Tran L CA, Sawalha AH GV-MB. Importance of epigenetic mechanisms in visceral pain induced by chronic water avoidance stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2013;38:898–906.
56. Velting ON SN, Albano AM. Update and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2004;35:42–54.
57. Crawley SA KP, Benjamin CL BD, Wei C BR, Podell JL MC. Brief cognitive-behavioral therapy for anxious youth: feasibility and initial outcomes. *Cogn Behav Pract*. 2013;20.
58. Garcia R. Neurobiology of fear and specific phobias. *Learn Mem*. 2017;24:462–71.
59. Bennett S WJ. Anxiety Disorders in children and adolescents: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and course. 2018.
60. Bados A. Fobias específicas. In: *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson; p. 169–218.
61. Botella C F-ÁJ, Guillén V G-PA, Baños R. Recent progress in virtual reality exposure therapy for phobias: a systematic review. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;19:42.

Trastornos afectivos

The image features a dark teal background with a complex network of thin, light-colored lines that resemble a circuit board or a neural network. These lines are interconnected with various colored circles (nodes) in shades of green, blue, purple, pink, orange, and yellow. A prominent pink triangle is positioned in the upper right corner, pointing downwards and partially overlapping the circuit lines. The overall aesthetic is modern and technical, suggesting a connection between technology and human emotion.

Trastornos afectivos

Yolanda Torres de Galvis

Diana Restrepo Bernal

Introducción

Los trastornos afectivos son problemas comunes, con alta prevalencia en la población general. La depresión mayor es un trastorno común con una prevalencia de 5 a 10 % en niveles primarios de atención en salud. Ocupa el cuarto lugar de las causas de discapacidad a nivel mundial y se ha proyectado que para el año 2020 ocupará el segundo lugar (1).

A pesar de existir tratamientos efectivos para los trastornos afectivos, a menudo son sub-diagnosticados y sub-tratados. Se debe tener en mente que el trastorno depresivo es un trastorno con significativa morbilidad y mortalidad. El suicidio es la segunda causa de muerte en personas de 20 a 35 años en algunas regiones del mundo. La depresión es el principal factor que contribuye en cerca del 50 % de estas muertes y el trastorno afectivo bipolar lo hace en un 13 %. Los trastornos depresivos, además, contribuyen a una mayor morbi-mortalidad cuando se asocian con otros problemas físicos, como por ejemplo, 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(2).

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.

La depresión es común en personas destacadas y famosas en todos los países del mundo. Un estudio analizó el caso de 291 hombres famosos a nivel mundial y se encontró que cerca del 40 % habían experimentado algún tipo de depresión durante sus vidas(3). Hay prevalencias tan altas como 72 % en escritores, 42 % en artistas, 41 % en políticos, 36 % en intelectuales, 35 % en compositores y 33 % en científicos(4).

Depresión mayor

Las ideas actuales que tenemos frente a la depresión provienen del siglo XVII. En la Grecia antigua, la depresión era nombrada como melancolía, palabra que hacía referencia a la palabra griega *malaina kole*, o bilis negra, esto dentro de la teoría clásica de los humores(5).

Depresión melancólica versus depresión reactiva

La depresión, conceptualmente, fue legitimada por Kraepelin en 1921. Él acuñó el término “estados depresivos” cuando se refería al concepto unitario de “enfermedad maniaco-depresiva”. De modo más reciente se ha suscitado discusión frente a si existen dos tipos de depresión, una más biológica y otra más “neurótica”. La primera de ellas también ha sido denominada endógena, endomórfica, autónoma, melancólica, y se caracteriza por síntomas y signos de mayor gravedad, una base genética y menor asociación con factores psicosociales. En tanto que la depresión neurótica se ha denominado reactiva y

podría manifestarse de múltiples formas, con mayor asociación a factores psicosociales(6).

Características clínicas

- Tristeza patológica: los síntomas nucleares para identificar la depresión son la tristeza patológica o ánimo deprimido y la anhedonia. Como la tristeza es una emoción normal en cualquier ser humano, se debe distinguir de la tristeza patológica que hace parte de los síntomas depresivos. Para esto es necesario que la tristeza o ánimo deprimido esté presente la mayor parte del día, casi todo el día, con compromiso sustancial en el funcionamiento global del individuo.
- Anhedonia: se trata de un interés o capacidad para sentir disfrute o placer marcadamente disminuido. Esto ocurre con casi todas las actividades de la vida diaria y es observada por otros.
- Cambios en el peso: tanto por aumento como por disminución. Un cambio de más de 5 % del peso corporal habitual en un mes, asociado con disminución o aumento del apetito.
- Alteración del sueño: insomnio, típicamente despertar 2-3 horas más temprano de lo habitual, así como hipersomnia.
- Agitación o retardo psicomotor: observable por otros, con sensación de inquietud o de estar “enlentecido”.
- Habilidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Fatiga o pérdida de la energía.
- Disminución del deseo sexual.
- Sentimientos de culpa o minusvalía.
- Pensamientos recurrentes de morir o suicidarse.

Síntomas somáticos

Algunos síntomas se han relacionado más con la depresión melancólica o con mayor componente biológico:

- Pérdida de la reactividad emocional.
- Variación diurna del ánimo (peor en la mañana, mejor en la tarde).
- Anhedonia
- Despertar temprano.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Pérdida del apetito y del peso.
- Pérdida del deseo sexual.

Epidemiología

La prevalencia en el último año oscila entre 2,2 % a 6,7 %. La prevalencia de vida entre 4,4 % y 16,5 %. La mayoría de los expertos coinciden en que en la población general la prevalencia oscila entre 10 y 20 %, siendo más común en adultos jóvenes, con una razón por sexo de 1 hombre por cada 2 mujeres(7).

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo, se encuentran los siguientes(8):

- Genéticos: la heredabilidad para la depresión se ha estimado entre 17 y 75 %, con una media de 37 %.
- Experiencias en la niñez: la pérdida de un padre, la carencia de cuidado parental, alcoholismo del padre o rasgos antisociales en estos, y 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(9).

Comorbilidad

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(10).

Diagnóstico diferencial

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

- Trastornos mentales: entre ellos la distimia, la cual 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.
- Enfermedades endocrinas: enfermedad de Addison, de Cushing, hiper o hipotiroidismo, síndromes perimenstrual, prolactinoma, hiperparatiroidismo.
- Enfermedades metabólicas: hipoglicemia, hipercalcemia, porfiria.
- Enfermedades hematológicas: anemia.
- Problemas inflamatorios: lupus eritematoso sistémico.
- Infecciones: sífilis, enfermedad de Lyme, VIH.
- Problemas del sueño: apnea del sueño.
- Medicamentos: beta-bloqueadores, reserpina, metildopa, bloqueadores de calcio, esteroides, bloqueadores H2 (ranitidina, cimetidina).
- Sedantes: relajantes musculares, quimioterapia, medicamentos que afectan las hormonas sexuales, antipsicóticos, hipolipemiantes.
- Trastorno por uso de sustancias: alcohol, benzodiacepinas, marihuana, cocaína, derivados y otros.

Diagnóstico

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 Beck(11), la escala de depresión de Zung(12), y la PHQ-9(13), entre otras.

Como los pacientes con depresión por lo regular se quejan de problemas de memoria, se les puede administrar un mini mental.

Curso y pronóstico

La depresión puede ocurrir a cualquier edad. Un episodio depresivo puede durar de 4 a 30 semanas en los casos leves a

moderados, con un promedio de 6 meses para los casos graves y 25 % pueden durar hasta 1 año. Los episodios de depresión recurrentes tienden a ser más cortos, de 4 a 16 semanas.

Un curso crónico se puede presentar entre un 10 a 20 % con persistencia de los síntomas más allá de dos años. Luego de un episodio depresivo, la recurrencia de un episodio en edades avanzadas es de cerca de 30 % a diez años y de 60 % a 20 años. El riesgo de remisión es mayor cuando permanecen síntomas residuales después de la 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 ser tan alta como del 13 %, lo cual es 20 veces mayor que en la población general, con una mayor frecuencia en aquellos con episodios depresivos que requieren hospitalización (12 a 19 %)(14).

Factores pronósticos

Buen pronóstico: comienzo agudo, características endógenas (melancólicas), edad temprana de comienzo.

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(15).

Tratamiento

Un episodio depresivo leve o moderado se puede tratar exitosamente con terapia cognitivo comportamental u otra terapia aplicada por 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(16).

El tratamiento antidepresivo es efectivo en 65 a 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 6 meses a 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(17). La terapia electro-convulsiva puede ser considerada primera línea de tratamiento en pacientes con episodios graves, con significativa pérdida de peso, reducción del apetito y marcado retardo psicomotor(18).

La depresión no es una entidad clínica unitaria. Se pueden encontrar diferentes subtipos de depresión, como la depresión con características atípicas (hipersomnias, aumento de peso, irritabilidad, sensibilidad al rechazo interpersonal) y la depresión estacional (en países donde se marcan las estaciones. En el hemisferio norte ocurre en enero y febrero, cuando el invierno está más intenso. Esta depresión se caracteriza por deseo de comer carbohidratos, ganancia de peso, disminución del funcionamiento ocupacional y social. Para este tipo de depresión a diferencia de otros, es efectivo el tratamiento con terapia de luz además de los antidepresivos)(19).

Distimia

La distimia, previamente considerada un subtipo de trastorno de personalidad, es un trastorno caracterizado por síntomas depresivos crónicos de menor gravedad. Estos síntomas han permanecido 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(20).

Trastorno bipolar y otros trastornos relacionados

Introducción

El trastorno afectivo bipolar, previamente denominado enfermedad maníaco depresiva, es uno de los trastornos

mentales más graves y persistentes. Popularmente ha sido asociado con creatividad y con el mundo artístico. Personas muy destacadas de la vida pública en el pasado y en el presente 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(21).

Los síntomas pueden variar de un paciente a otro y en el mismo paciente entre un episodio y otro. La variedad de presentaciones hace difícil el diagnóstico. De forma clásica, períodos prolongados de profunda depresión alternan con períodos de ánimo excesivamente elevado o irritable, lo cual se denomina manía. Los síntomas de manía, característicamente, 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 “altos” y “bajos”, 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, sin cumplir criterios de un episodio maníaco ni depresivo.

Perspectiva histórica

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 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(22).

Características clínicas maníacas

El episodio maníaco se caracteriza por un ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable durante por lo menos una semana o menos si se requiere hospitalización con tres o más de los siguientes síntomas(23):

- 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.

En algunos pacientes con cuadros clínicos más graves, la manía se asocia a síntomas psicóticos usualmente congruentes con el afecto. Las ideas grandiosas pueden llegar a ser delirantes, la suspicacia puede generar ideas persecutorias, la presión del habla puede llegar a asociaciones laxas y el lenguaje se puede hacer incomprendible. Más recientemente se han estudiado déficits neurocognitivos en pacientes con trastorno bipolar. Los hallazgos más consistentes muestran, en pacientes en fase de remisión sintomática, compromiso de memoria, atención, función ejecutiva (planeación, flexibilidad cognitiva, control cognitivo y fluencia verbal)(24).

Diagnóstico diferencial

Dependiendo de la forma como se presenten los síntomas, se deberán considerar otros diagnósticos diferenciales, por ejemplo, la esquizofrenia, el trastorno esquizo-afectivo, los trastornos de ansiedad y el estrés postraumático. También, en algunas circunstancias, el déficit de atención con hiperactividad y el trastorno de conducta, especialmente, cuando el debut es en personas jóvenes. Los trastornos por uso de alcohol y sustancias, y algunas enfermedades físicas como hipertiroidismo, síndrome de Cushing, un tumor cerebral, neurosífilis, epilepsia, VIH, entre otras.

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 y no necesita hospitalización.

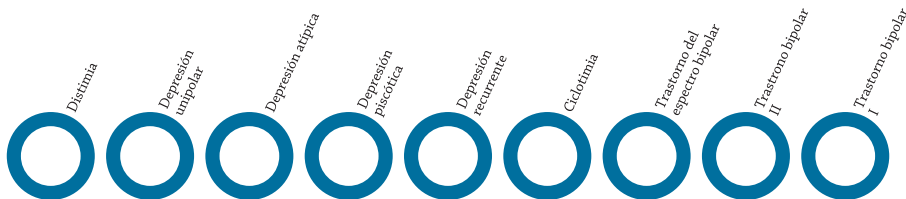
Los síntomas requeridos son tres o más de los siguientes: ánimo elevado, expansivo o irritable, incremento de la actividad, sentimientos de bienestar y eficiencia mental, mayor autoestima, sociabilidad, locuacidad, intrusividad, menor necesidad de dormir, menor nivel de atención, mayor deseo sexual.

Trastorno del espectro bipolar

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 posparto, no respuesta a tres tratamientos con antidepresivos(25).

Continuum afectivo

Algunos han propuesto un continuum afectivo que permitiría ubicar los diferentes trastornos afectivos (ver figura 1).



/// Figura 1. Continuum afectivo

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 hipomaniaco.

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 maniacos en hombres y más depresivos en mujeres. El pico de edad al cual inician los síntomas se sitúa entre los 15 y 24 años(26,27).

Curso

El curso del trastorno bipolar es variable. El primer episodio puede ser seguido por 5 o más años sin episodios, sin embargo, el tiempo entre episodios se va haciendo más estrecho. Pueden transcurrir de 5 a 10 años entre el comienzo de la enfermedad y el primer tratamiento u hospitalización. A menudo los pacientes con depresión recurrente tienen el primer episodio maniaco luego de los 50 años. Se ha descrito que los pacientes que no reciben tratamiento pueden experimentar diez o más episodios en la vida, con alguna estabilización de los síntomas luego del cuarto o quinto episodio. La duración promedio de un episodio de manía es de 6 semanas, comparado con 11 semanas de la depresión y 17 semanas para los episodios mixtos(28).

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, el 40 a 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.

- Buen pronóstico: episodios maníacos de corta duración, mayor edad de comienzo de los síntomas, pocos pensamientos suicidas, pocos síntomas psicóticos, pocas comorbilidades físicas y buena respuesta y adherencia al tratamiento.

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:

• 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 de 10 a 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 de 33 a 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)(29).

• Neuroimagen

Un análisis reciente de imágenes estructurales y funcionales cerebrales 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 trastorno bipolar y en depresión. La hipótesis catecolaminérgica muestra un incremento en noradrenalina en manía y una disminución en 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, embarazo y pérdidas afectivas pueden favorecer una crisis o el inicio del trastorno bipolar.

- Muerte celular programada

Estudios 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(30).

- 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 (por ejemplo, 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 la 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(31).

En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, la psicoeducación, si bien no reduce 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(32,33).

Resultados

Depresión mayor

Comportamiento según sexo

Tabla 1. Indicadores de prevalencia para trastorno depresivo mayor por cien según sexo y razón hombre/mujer - Estudio de Salud Mental- Envigado, 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,81%	0,93%	0,87%	1,2
	(0,2 - 1,4)	(0,4 - 1,5)	(0,5 - 1,3)	
Prevalencia últimos 12 meses	1,89%	2,88%	2,42%	1,5
	(1,0 - 2,7)	(1,9 - 3,9)	(1,8 - 3,1)	
Prevalencia de vida	5,37%	7,33%	6,42%	1,4
	(4,0 - 6,8)	(5,8 - 8,9)	(5,4 - 7,5)	

La prevalencia durante los últimos 30 días también ha sido denominada prevalencia de punto. Como se observa en la tabla anterior, al analizar los resultados por sexo se encontró una prevalencia de 0,81 % y 0,93 % para hombres y mujeres, respectivamente.

La prevalencia anual para el total de la población fue de 2,42 %, menor para el sexo masculino con el 1,89 % vs. el 2,88 % para las mujeres, con una razón de 1,5 mujeres por cada hombre.

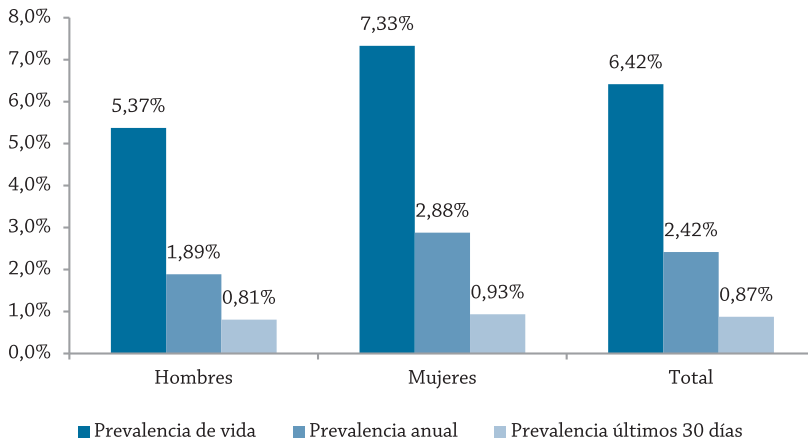


Gráfico 1. Prevalencia del trastorno depresivo mayor por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

La prevalencia de vida fue de 6,42 % para el total de la población con un IC de 95 % entre 5,4 % y 7,5 %, lo cual muestra una alta precisión en la estimación del indicador y una razón de 1,4 mujeres por cada hombre.

Comportamiento según grupos de edad

Tabla 2. Indicadores de prevalencia para trastorno depresivo mayor por cien según edad
Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	4,64%	2,76%	0,88%
19 a 29 años	5,03%	1,47%	0,86%
30 a 44 años	7,51%	2,66%	0,65%
45 a 65 años	7,03%	2,76%	1,00%
Total	6,42%	2,42%	0,87%

En la tabla anterior se observan los indicadores para los cuatro grupos de edad analizados. Se encontró una mayor prevalencia en la vida, en el grupo de 30 a 44 años, seguido por el grupo de 45 a 65 años. En los últimos 12 meses, la mayor prevalencia se encontró en los grupos de 15 a 18 y de 45 a 65 años con 2,76 %, seguidos muy de cerca por el grupo de 30 a 44 años con 2,66 % y en menor proporción, con 1,47 %, en el grupo de 19 a 29 años. En los últimos 30 días, la mayor prevalencia se encontró en el grupo de 45 a 65 años con 1,0 % y la menor prevalencia en el grupo de 30 a 44 años con 0,65 %.

Trastorno distímico

Comportamiento según sexo

Tabla 3. Indicadores de prevalencia para trastorno distímico por cien según sexo y razón hombre/mujer Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,00%	0,36%	0,19%	NA
	(0,0 - 0,0)	(0,0 - 0,7)	(0,0 - 0,4)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,38%	0,53%	0,46%	1,4
	(0,0 - 0,8)	(0,1 - 1,0)	(0,2 - 0,8)	
Prevalencia de vida	0,67%	0,53%	0,60%	0,8
	(0,2 - 1,2)	(0,1 - 1,0)	(0,3 - 0,9)	

En la tabla anterior se encuentra la prevalencia en los últimos 30 días de trastorno distímico para las mujeres de 0,36 %, y no se presentaron casos para los hombres en este lapso de tiempo. En los últimos 12 meses la prevalencia para el total de la población fue de 0,46 %, mayor para las mujeres con 0,53 % en comparación con 0,38 % en los hombres y una razón de 1,4 mujeres por cada hombre.

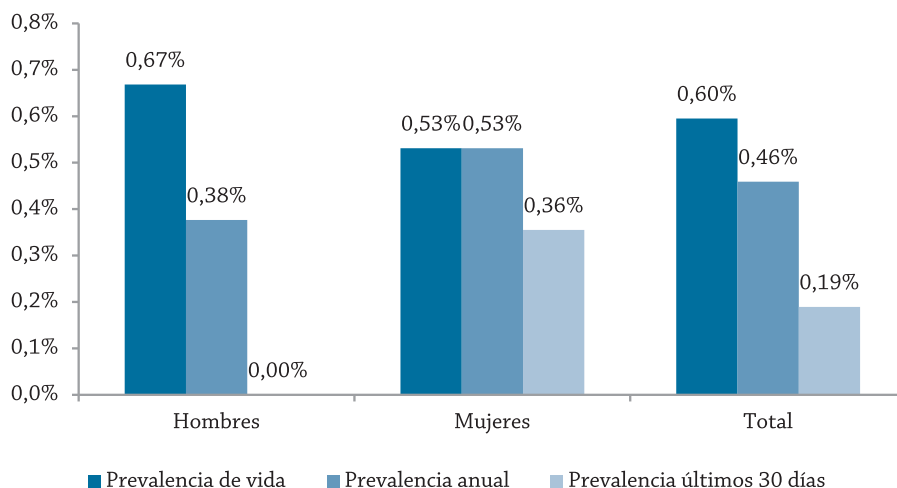


Gráfico 2. Indicadores de prevalencia para el trastorno distímico según sexo Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

Tabla 4. Indicadores de prevalencia para trastorno distímico por cien según edad
Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,74%	0,74%	0,55%
19 a 29 años	0,00%	0,00%	0,00%
30 a 44 años	1,04%	0,77%	0,23%
45 a 65 años	0,52%	0,39%	0,17%
Total	0,60%	0,46%	0,19%

En la tabla anterior se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad analizados. Se halló una mayor prevalencia, en la vida y en los últimos 12 meses, en el grupo de 30 a 44 años, seguido por el grupo de 15 a 18 años con 0,74 % tanto en el último año como en la vida. En los últimos 30 días la mayor prevalencia fue para el grupo de 15 a 18 años con 0,55 %.

Trastorno afectivo bipolar

Comportamiento por sexo

Tabla 5. Indicadores de prevalencia para trastorno afectivo bipolar por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,47%	0,66%	0,57%	1,4
	(0,0 - 0,9)	(0,2 - 1,1)	(0,2 - 0,9)	
Prevalencia últimos 12 meses	0,95%	0,92%	0,93%	1,0
	(0,3 - 1,6)	(0,4 - 1,5)	(0,5 - 1,3)	
Prevalencia de vida	1,41%	0,96%	1,17%	0,7
	(0,7 - 2,2)	(0,4 - 1,5)	(0,7 - 1,6)	

En los últimos 30 días el 0,57 % presentó trastorno afectivo bipolar, ligeramente mayor en las mujeres con 0,66 % y 0,47 % en los hombres. Con una razón de 1,4 mujeres por cada hombre.

En los últimos 12 meses, el comportamiento de la prevalencia fue similar para hombres y mujeres, 0,95 % vs 0,92 % respectivamente, con una razón de una mujer por cada hombre.

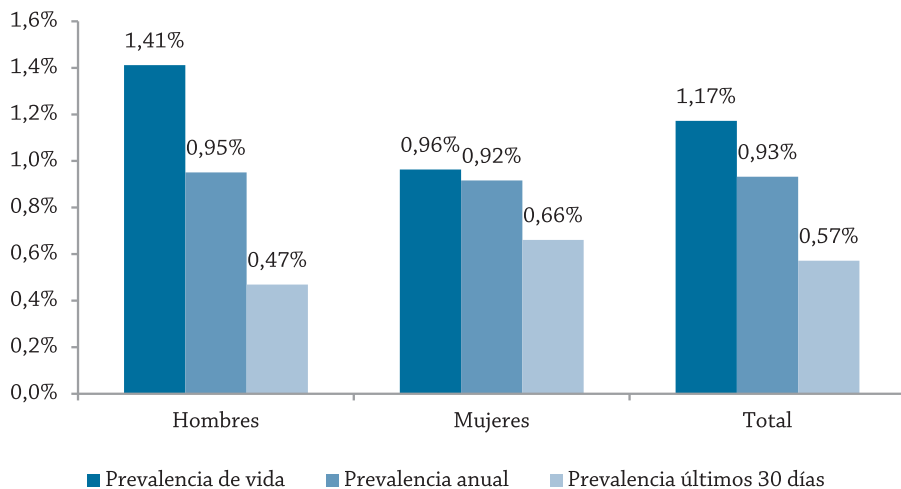


Gráfico 3. Prevalencia de trastorno afectivo bipolar por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

La prevalencia de vida encontrada para el total de la población fue de 1,17 % con un IC de 95 % entre 0,7 % y 1,6 %, y un predominio de los hombres sobre las mujeres, 1,41 % vs. 0,96 %, respectivamente.

Comportamiento según grupos de edad

Tabla 6. Indicadores de prevalencia para trastorno afectivo bipolar por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	1,61%	1,04%	0,64%
19 a 29 años	1,43%	1,19%	0,60%
30 a 44 años	0,47%	0,47%	0,47%
45 a 65 años	1,42%	1,10%	0,57%
Total	1,17%	0,93%	0,57%

En la tabla anterior se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad analizados. Se halló una mayor prevalencia en los últimos 30 días en el grupo de 15 a 18 años con 0,64 % y la menor prevalencia se encontró en el grupo de 30 a 44 años con 0,47 %. En los últimos 12 meses, la mayor prevalencia la presentó el grupo de 19 a 29 años con 1,19 %, seguido por el grupo de 45 a 65 años. La menor prevalencia en los últimos 12 meses la presentó el grupo de 30 a 44 años con 0,47 %.

Comportamiento por sexo

Tabla 7. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según sexo y razón hombre/mujer Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	1,27%	1,60%	1,45%	1,3
	(0,6 - 2,0)	(0,9 - 2,3)	(0,9 - 2,0)	
Prevalencia últimos 12 meses	2,66%	3,79%	3,27%	1,4
	(1,6 - 3,7)	(2,7 - 4,9)	(2,5 - 4,0)	
Prevalencia de vida	6,72%	8,29%	7,56%	1,2
	(5,1 - 8,3)	(6,7 - 9,9)	(6,4 - 8,7)	

En los últimos 30 días, la mayor prevalencia para cualquier trastorno afectivo la presentaron las mujeres, con 1,60 %, en comparación con 1,27 % para los hombres y una razón de 1,3 mujeres por cada hombre. En los últimos 12 meses la mayor prevalencia de nuevo la presentaron las mujeres con 3.79 % en comparación con 2,66 % en los hombres y una razón de 1,4 mujeres por cada hombre.

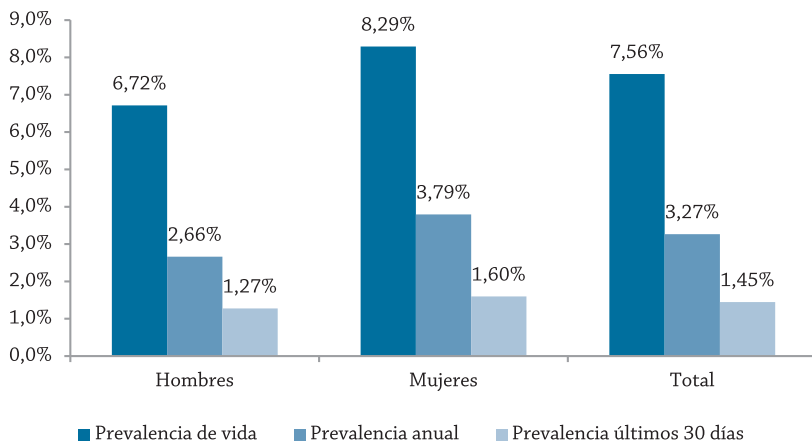


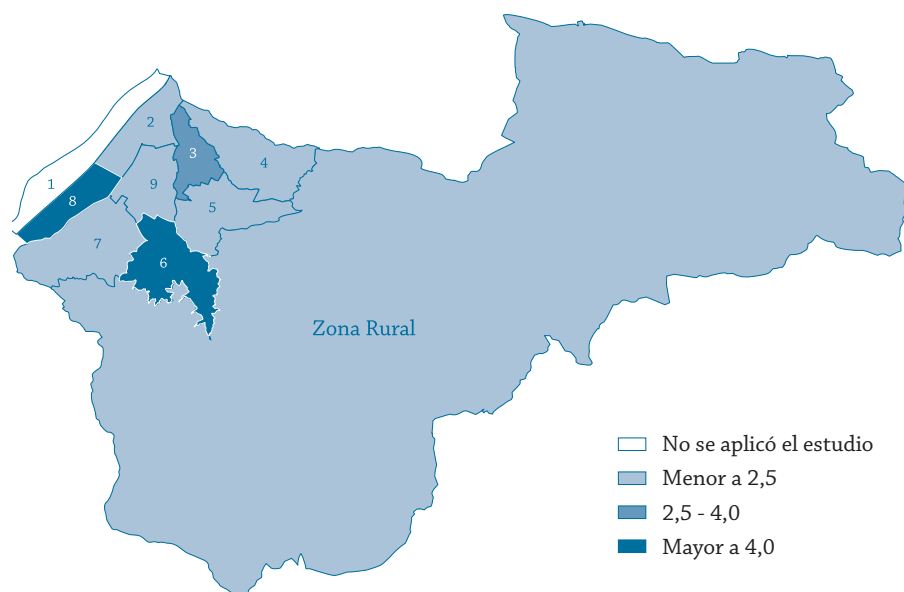
Gráfico 4. Prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según sexo Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

Comportamiento según grupos de edad

Tabla 8. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según edad - Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	6,25%	3,80%	1,53%
19 a 29 años	6,08%	2,28%	1,46%
30 a 44 años	7,98%	3,13%	1,12%
45 a 65 años	8,57%	3,86%	1,58%
Total	7,56%	3,27%	1,45%

En la tabla anterior se encuentran los indicadores para los cuatro grupos de edad analizados. Se encontró una mayor prevalencia en los últimos 30 días, en los últimos 12 meses y en la vida, en el grupo de 45 a 65 años, con 1,58 %, 3,86 % y 8,57 %, respectivamente. La menor prevalencia en los últimos 30 días se presentó en el grupo de 30 a 44 años con 1,12 %. La menor prevalencia en los últimos 12 meses se presentó en el grupo de 19 a 29 años con 2,28 % y finalmente la menor prevalencia en la vida la presentó también el grupo de 19 a 29 años con 6,08 %.



Mapa 1. Distribución para cualquier trastorno de ánimo en el último año según lugar de residencia. Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

La distribución de la prevalencia en el último año para cualquier trastorno de ánimo, en el área urbana del municipio de Envigado, presentó una prevalencia mayor de 4,0 % en las zonas 6 y 8. En la zona 3, la prevalencia estuvo entre 2,5 % y 4,0 %. Finalmente, las zonas 2, 4, 5, 7 y 9 presentaron las menores prevalencias: inferiores a 2,5 %.

Bibliografía

1. Kessler RC WP. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu rev Public Health*. 2008;29:115-29.
2. 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.
3. Post F. Creativity and psychopathology. A study of 291 world-famous men. *Br J Psychiat*. 1994;165:22-43.
4. Depressive Illness SD, Smyth R. *Oxford Handbook of Psychiatry*. Third Edition. Oxford University Press; 2013.
5. Kendler KS. The genealogy of major depression: symptoms and signs of melancholia from 1880 to 1900. *Mol Psychiatry*. 2017;22:1539-53.
6. Bentley SM PG, Simpson SA. Major depression. *Med Clin North Am*. 2014;98:981-1005.
7. Kessler RC BP, Demler O JR, Koretz D MK, Rush AJ WE, Wang PS. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA*. 2003;289:3095-3105.
8. Schulz PE AG. Depression. *Continuum (Minneapolis)*. Behavioral Neurology and Neuropsychiatry. 2015;21:756-7.
9. Brown ES BF, MEwen BS. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role. *Biol Psychiatry*. 2004;55:1-9.
10. Aragonés E LPJ, Labad A. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*. 2009;41:545-51.
11. Beck, A.T S RA., Brown, G.K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
12. Campo-Arias A, Díaz-ML, Rueda-Jaimes GE B-BJ. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005;XXXIV(1):54-62.
13. 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.

14. Coshal S SJ, Matorin AA SA. Evaluation of depression and suicidal patients in the emergency room. *Psychiatry Clin North Am.* 2017;40:363-337.
15. Markkula N SJ. Prevalence, risk factors and prognosis of depressive disorders. *Duodecim.* 2017;133:275-82.
16. Cunningham JEA SC. Cognitive Behavioral therapy for Insomnia (CB-I) to treat depression: a systematic review. *J Psychosom Res.* 2018;1:10-6.
17. Valerio MP SA, Martino DJ. A quantitative review on outcome to antidepressants in melancholic unipolar depression. *Psychiatry res.* 2018;265:100-10.
18. Gbysl K VP. Electroconvulsive therapy increases brain volume in major depression: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2018;
19. Cruzblanca Hernández H L –Coronel P, Collas-Aguilar J C-RE. *Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico.* *Salud Mental.* 2016;39:47-58.
20. 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.
21. Semple David SR. Bipolar Disorder. En: *Oxford Handbook of Psychiatry.* Third edition. Oxford Handbook of Psychiatry; 2013.
22. Angst J SR. Historical Perspectives and natural of bipolar disorder. *Natural History. Biol Psychiatry.* 2000;48:445-57.
23. Grande I BM, Birmaher B VE. Bipolar disorder. *Lancet.* 2016;387:1561-72.
24. Soreca I FE, Kupfer DJ. The phenomenology of bipolar disorder: what drives the high rate of medical burden and determines long-term prognosis? *Depress Anxiety.* 2009;26:73-82.
25. Ghaemi SN KJ, Goodwin FK. Cade's disease and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2002;47:125-34.
26. Nivoli AMA PI, Rosa AR et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *J Affect Disord.* 2011;68:241-51.
27. Merikangas KR JR, He JP et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68:241-51.

28. Saunders KEA GG. The course of bipolar disorder. *Advances in psychiatric treatment*. 2010;16:318-28.
29. Craddock N SP. Genetics of bipolar disorder. *Lancet*. 2013;381:1654-62.
30. Grande I FG, Kunz M KF. The role of BDNF as a mediator of neuroplasticity in bipolar disorder. *Psychiatry Investing*. 2010;7.
31. Geller B LJ, Joshi P et al. A randomized controlled trial of risperidone, lithium or divalproex sodium for initial treatment of bipolar I disorder, manic or mixed phase, in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:515-28.
32. Scott J PE, Morriss R et al. Cognitive behavioral therapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2006;188:488-9.
33. Colom F VE, Sánchez-Moreno J et al. Group psychoeducation for stabilized bipolar disorders: 5 year outcome of a randomized clinical trial. *Br J Psychiatry*. 194:260-5.



Trastornos mentales de inicio en la niñez y la adolescencia

Trastornos mentales de inicio en la niñez y la adolescencia

Diana Restrepo Bernal

Introducción

Hasta el siglo XVIII se pensaba que los niños eran menos propensos que los adultos a sufrir enfermedad mental porque la inmadurez de sus cerebros podría protegerlos de los eventos mentales que generan la “insania” o enfermedad mental. Hoy en día sabemos que la prevalencia de trastornos mentales en los niños es alta(1).

El interés creciente en estudiar la psicopatología de los niños y comprender las consecuencias negativas (para el niño, su familia y la sociedad) que tienen los problemas que comienzan en la niñez, responde a la esperanza de que cuando se logren comprender mejor los factores relacionados, se podrá prevenir e intervenir de modo más efectivo.

El estudio de lo psicológico en el niño está estrechamente relacionado con las manifestaciones de la conducta y el lenguaje que permiten conocer las funciones mentales superiores y de relación del niño y el adolescente con su medio ambiente(1).

Numerosos factores han sido asociados con la aparición de psicopatología en el niño (ver figura 1). Esto permite comprender por qué son pocos los casos donde la psicopatología del niño puede ser atribuida a una causa única; esta causalidad específica solo ocurre en trastornos

específicos, con alta carga genética, como la fenilcetonuria, síndrome de X frágil, el retardo mental o el trastorno de Rett, en los cuales una alteración genética específica explica todas las alteraciones físicas y mentales; pero contrario a esto, en la mayoría de los trastornos mentales del niño, una multitud de genes interactúan con el ambiente generando diferentes niveles de compromiso clínico y social(2).

Otra situación problemática se deriva de la dificultad para identificar los niños con problemas de salud mental. Se calcula que sólo el 20 % de los niños afectados son identificados y que la atención que reciben puede no ser la adecuada(3). Algunas de las razones que explican esta pobre identificación de los problemas mentales en el niño son: a) falta de tamización para estos problemas en niveles de atención primaria y a nivel escolar; b) difícil acceso a la atención especializada; c) los padres tienen dificultad para reconocer la necesidad de intervención psicológica o psiquiátrica; y d) la estigmatización y exclusión a las que se ven sometidos los niños y sus familias por este tipo de problemas.

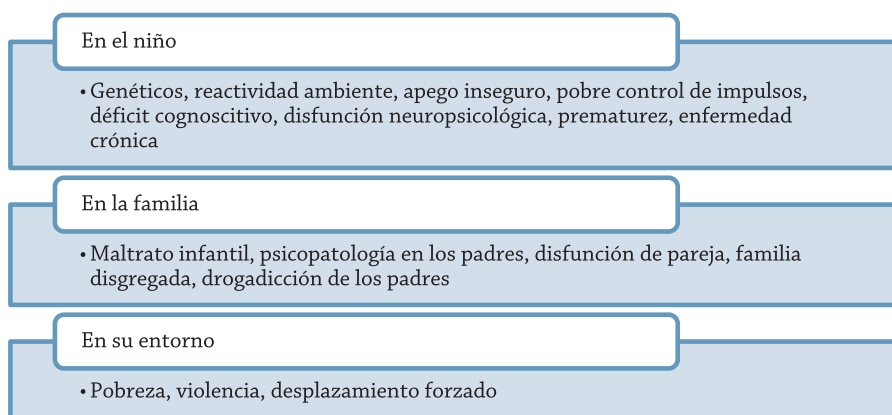


Figura 1. Factores asociados con aparición de psicopatología en el niño

El término adolescencia ha sido usado desde el siglo XV para describir el período de crecimiento que conduce a la madurez y que ocurre entre la niñez y la adultez. El comienzo de la adolescencia se ha establecido en función de la maduración sexual, si bien algunas circunstancias culturales y sociales pueden influir de forma sustancial para que, sin alcanzar dicha madurez sexual, se presenten comportamientos propios de esta etapa(1).

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos que han determinado la prevalencia y distribución de trastornos mentales y sus correlatos en población infantil varían en función de la edad, sexo, estatus socioeconómico, etnia y cultura, entre otras variables. Los métodos empleados para obtener esta información (entrevista, cuestionario) y las personas a quienes se les realizan (niño, padre, profesor) varían en las investigaciones lo que hace difícil comparar los resultados. Los rangos de psicopatología en el niño y el adolescente se encuentran en rangos de 1 % a 51 % dependiendo de la población estudiada y la metodología del estudio. Las prevalencias de trastornos mentales también varían en función de la edad: en preescolares 8 %, preadolescentes 12 %, adolescentes 15 % a 18 % (4,5).

El estudio epidemiológico más grande que ha observado la transición de la niñez a la adolescencia es el *British Child and Adolescent Mental Health Survey* (6), realizado en 1999, que incluyó alrededor de 10.000 niños y adolescentes con edades entre 5 y 15 años. El estudio mostró que las tasas de trastornos psiquiátricos con criterios DSM-IV incrementaban con la edad así: 8,6 % entre los 8 y 10 años, 9,6 % entre los 11 y 12 años y 12,2 % entre los 13 y 15 años.

Lo normal y patológico en un niño y adolescente

Algunos aspectos son de gran importancia cuando se quiere comprender la psicopatología en los niños y adolescentes. En esta perspectiva, establecer el límite entre lo normal y lo psicopatológico, el carácter dinámico de los procesos del desarrollo, la fluctuación en el tiempo de los trastornos identificados y los fenotipos variables de los trastornos psiquiátricos de acuerdo a la edad, resulta de gran importancia (1).

Cualquier aproximación psicopatológica debe hacer las siguientes consideraciones: a) cada niño es único y las predisposiciones y rasgos particulares pueden influir en su desarrollo; b) el niño proviene de un ambiente familiar que interactúa con los compañeros, profesores, escuela, comunidad y cultura; y c) el niño es un ser dinámico y rápidamente cambiante, las descripciones realizadas en diferentes momentos y situaciones por diversos observadores deben ser cuidadosamente integradas y contextualizadas por el experto clínico para evitar rotular como patológico un comportamiento normal.

Riesgo y resiliencia

Un número significativo de niños que enfrentan situaciones de riesgo no desarrollan problemas. Existe un reconocimiento creciente sobre la necesidad de evaluar no solo los factores de riesgo sino también las condiciones que protegen a los niños de disfunción y permiten una adaptación exitosa a pesar de la adversidad(7). La resiliencia se refiere a la adaptación exitosa del niño a pesar de la adversidad. La investigación sugiere que la resiliencia no es una condición rara o especial en un niño sino más bien el resultado de una combinación compleja entre desarrollo cerebral, cognición, relación niño-cuidador, regulación de emociones, comportamientos y motivación para aprender(8,9). Algunos factores protectores y de vulnerabilidad influyen en las reacciones de los niños a potenciales factores de riesgo o de estrés. Temperamento fácil, estrategias de afrontamiento tempranas que combinan autonomía, búsqueda de ayuda, alto nivel de inteligencia y competencia escolar, autoestima positiva, alta autoeficacia, se han identificado como factores protectores frente a situaciones adversas.

Abuso físico y negligencia

Desde hace siglos, el maltrato de los menores ha sido consignado en la literatura, el arte y la ciencia. Información sobre infanticidios, mutilaciones, abandono y otras formas de violencia contra los niños se remonta a civilizaciones antiguas(10).

Todo enfoque integral del maltrato de menores debe tener en cuenta las diversas normas y expectativas del comportamiento de los padres en las distintas culturas. La cultura es el acervo común de creencias y comportamientos de una sociedad y sus ideas acerca de cómo deben conducirse las personas. Entre estas ideas están las que definen qué actos omitidos o cometidos podrían constituir maltrato y descuido, por lo tanto, la cultura ayuda a definir los principios que, por lo general, se aceptan en relación con la crianza y el cuidado de los niños.

El abuso físico se refiere a lesiones causadas al niño. Puede consistir en golpes, patadas, pellizcos, golpearlo con objetos como correas, cables eléctricos, palos, o quemarlo con cigarrillos, escaldarlo con agua caliente u otros líquidos. Para detectar el maltrato hay que sospecharlo. Algunas lesiones y localizaciones resultan sospechosas. Las equimosis que semejan huellas de de-

dos o manos o que se ubican en zonas que no suelen golpearse en una caída accidental, como la espalda, o múltiples moretones en diversas fases de curación, pueden sugerir maltrato físico(11).

El médico debe estar atento a los hematomas, huesos fracturados y accidentes cuya explicación por parte de los cuidadores resulte incoherente o cuando éstos admiten su culpabilidad y luego se desdican o bien admiten haber visto el maltrato y luego cuentan la historia de otra forma. El cuidador puede responsabilizar al niño sugiriendo que la lesión se la hizo él mismo o culpar a un hermano de una lesión que parece imposible para la capacidad de un niño o que resulta inverosímil. Puede existir una demora inexplicable para la búsqueda de atención médica o la persona que trae al niño a los servicios de salud brinda explicaciones vagas o dice que no se encontraba presente cuando se produjo el daño.

La negligencia, por el contrario, consiste en la falta de la esperada actitud de cuidado propia de los padres o cuidadores principales, que da lugar a que el niño esté mal atendido, mal alimentado, mal vestido, con falta de higiene o emocionalmente desprovisto de cuidado. Todo esto se manifiesta a través de un desarrollo insuficiente, accidentes que podrían haberse evitado, problemas dermatológicos por falta de aseo, falta de cumplimiento de las citas médicas de rutina (crecimiento y desarrollo, plan de vacunación, entre otros), o con los especialistas, y, con frecuencia, ausentismo escolar.

El maltrato y la negligencia pueden darse en el marco de un paternalismo inadecuado a través de varias generaciones, como un patrón familiar, en situaciones de drogadicción, o vinculados a estrés familiar, incluyendo violencia doméstica, dificultades económicas, ruptura de la familia y padres con discapacidad cognitiva o trastornos psiquiátricos de base. Se debe realizar una exploración física completa, buscando signos de otras lesiones, agudas o en fase de curación.

Se debe dejar constancia en la historia clínica de los resultados de la exploración. Esto es importante por la seguridad del niño y para efectos legales en el futuro. Se deben realizar radiografías óseas para detectar signos de fracturas nuevas y antiguas. En niños pequeños se debe examinar la retina para descartar lesiones por sacudidas violentas. Todos los médicos están en obligación de denunciar los casos de maltrato. El niño en riesgo debe ser protegido hasta que se investigue adecuadamente el caso por el

ICBF y los hermanos del niño en cuestión se deben evaluar por considerarse sujetos de alto riesgo de sufrir maltrato(10).

Abuso sexual

Se define como el contacto sexual entre un niño dependiente e inmaduro y un adulto. Se habla de incesto cuando el contacto sexual se da entre un niño y un miembro de su familia, incluidos hermanos/as, padrastro o madrastra o familiares adoptivos. Las formas de presentación más habituales del abuso sexual son:

- a) El niño que presenta una inconfundible lesión traumática o una infección de transmisión sexual. En este caso se debe documentar el abuso sexual, denunciarlo y esperar el procedimiento legal. El niño debe ser evaluado por el menor número de personas posible a fin de evitar que el proceso de evaluación resulte más traumático para el niño y que se reduzcan las tergiversaciones.
- b) El niño que revela la existencia de abuso sexual sin signos físicos evidentes. Lo ideal es realizar una entrevista con el niño en la que estén presentes un profesional de salud mental con experiencia en niños y un representante de la autoridad competente.
- c) El niño que tiene síntomas que sugieren abuso sexual pero que no denuncia el abuso ni acusa al abusador. El niño puede manifestar notable ansiedad o ataques de angustia, enuresis secundaria, infección del tracto urinario, excesiva preocupación por su privacidad, negarse a quitarse la ropa interior al bañarse. En un niño en edad preescolar puede ser útil la evaluación mediante terapia de juego, buscando temas de abuso.
- d) En el niño escolar se puede obtener información a partir de los dibujos, en especial autorretratos o dibujos de la familia. A los niños y adolescentes se les puede invitar a hablar de un abuso sexual con preguntas como: ¿alguien te ha tocado de una forma que te hace sentir incómodo (a) o asustado (a)? Si eso te ha ocurrido, ¿a quién podrías contarle lo que te ocurre?

Es útil identificar la persona en quien el niño quisiera confiar esta situación y añadir nuevas posibilidades a la lista, como el pediatra o un profesor del colegio, el psiquiatra u otro consejero.

Esta intervención es terapéutica, pues le ayuda a conceptualizar un plan para enfrentar lo que le ocurre.

De modo similar al maltrato físico, los niños y los adolescentes con sospecha o confirmación de violencia sexual deben ser protegidos a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el adulto responsable debe ser denunciado legalmente porque estas conductas constituyen delitos(10).

Trastorno de conducta

El trastorno de conducta se caracteriza por un patrón repetido y persistente de comportamiento agresivo, desafiante y antisocial que viola las normas sociales(12).

Epidemiología

Es más común en niños y en zonas urbanas. La prevalencia se ha reportado entre 5 y 7 % en población general.

Características clínicas

El trastorno de conducta se caracteriza por crueldad hacia las personas y los animales, destrucción de propiedad, mentiras, pasar la noche fuera de la casa, exhibir comportamiento provocador y desobediente. Todo esto genera significativa alteración familiar, escolar y en las relaciones interpersonales. Los síntomas deben estar presentes de 6 a 12 meses según la CIE 10 y el DSM-IV respectivamente; para el primero se necesita la presencia de por lo menos un síntoma y para el DSM- IV al menos tres(13).

Factores asociados

Dentro de los factores de riesgo asociados con el trastorno de conducta se encuentran: la desventaja social (pobreza, clase social baja, aislamiento, alta criminalidad en la comunidad, desempleo), la crianza (criminalidad y trastornos mentales en los padres y uso de sustancias, disfunción parental, embarazo adolescente, crianza por un solo padre, estilo de crianza inconsistente), del niño (bajo coeficiente intelectual, problemas del neurodesarrollo, daño cerebral, epilepsia, temperamento difícil, problemas de apego, pobres relaciones interpersonales). Más recientemente se han encontrado bases neurobiológicas para explicar estos comportamientos, como una disfunción del cuerpo calloso(14).

Comorbilidad

Son numerosas las comorbilidades que se pueden presentar en estos pacientes: el déficit de atención e hiperactividad, los trastornos del aprendizaje, especialmente la dislexia, el abuso de sustancias, la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos del espectro autista(15).

Diagnósticos diferenciales

Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran el trastorno por déficit de atención, el trastorno de estrés post traumático, la depresión, los trastornos de ansiedad, la psicosis y los problemas culturales.

Curso y pronóstico

El trastorno de conducta puede persistir especialmente cuando el comienzo es a edad más temprana. La mitad de los que persisten en la adultez recibirán el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial. Estas personas tienen un riesgo mayor de morir tempranamente por situaciones violentas. Además, tienen mayor riesgo de exclusión social, pobres resultados escolares, desempleo, actividad criminal, pobres relaciones interpersonales(16).

Tratamiento

La mejor estrategia de tratamiento para este trastorno es de tipo multimodal y debe integrar entrenamiento a padres, terapia familiar, terapia interpersonal y tratamiento para las comorbilidades(17).

Trastorno negativista desafiante

La característica esencial de este trastorno es el patrón de comportamiento negativo, hostil y desafiante frente a las figuras de autoridad, como padres, profesores y adultos a cargo. En algunos casos estos comportamientos disfuncionales pueden violar las normas sociales y los derechos de otros. El comportamiento puede ocurrir en un único ambiente, como el hogar, y en los demás contextos podría ser menos evidente(18).

Epidemiología

Es más común en niños que en adolescentes. La prevalencia se encuentra en un rango de 2 a 5 %.

Pronóstico

Un cuarto de los niños con trastorno negativista desafiante alcanzará criterios de trastorno de conducta y/o trastorno por abuso de sustancias(19).

Tratamiento

El tratamiento cumple los principios generales del trastorno de conducta, esto es una intervención multimodal, con psicoeducación, entrenamiento a los padres, apoyo en el colegio, meditación, manejo de contingencias. La medicación no se recomienda, salvo en casos refractarios a los manejos comportamentales.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se caracteriza por tres núcleos sintomáticos: inatención, hiperactividad e impulsividad. El DSM-IV reconoce tres subtipos: un subtipo combinado donde se encuentran las tres características anteriores, un subtipo hiperactivo-impulsivo y un subtipo inatento. Los síntomas deben ser inapropiados para el nivel de desarrollo, además deben estar presentes por lo menos seis meses de forma continua y deben comenzar antes de los 7 años, según los criterios del DSM-IV. Este criterio en el DSM-5 se modificó para permitir el inicio de síntomas hasta los 12 años(20).

Epidemiología

Es más frecuente en niños. La prevalencia se encuentra en un rango de 5 %.

Etiología

La heredabilidad del déficit de atención es del 80 %, el riesgo en gemelos de 2 a 3 veces. Un riesgo mayor se ha observado en niños de bajo peso al nacer e hijos de madres con uso de alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo. También se ha observado

asociación con el antecedente de trauma encéfalo-craneano y algunos trastornos genéticos y metabólicos(21).

Diagnóstico diferencial

Es importante considerar que el desarrollo no es igual para todos los niños y algunos comportamientos impulsivos, inatentos y de inquietud motora son propios de ciertas edades y fases del neurodesarrollo. El diagnóstico diferencial incluye diversas situaciones comunes y problemas clínicos como problemas en la calidad del vínculo del niño con las figuras principales de apego, problemas de aprendizaje, un coeficiente intelectual elevado sumado a un ambiente escolar poco estimulante, problemas comportamentales, trastorno de ansiedad y efectos secundarios de antihistamínicos.

Comorbilidad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno con alta comorbilidad, 50 a 80 % de los niños tienen otro trastorno comórbido, incluidos trastornos del aprendizaje, problemas de coordinación motora, trastornos del espectro autista, trastornos por tic, trastornos de conducta, trastorno oposicionista desafiante, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad y trastorno bipolar.

Características clínicas

- Inatención: caracterizado por pérdida de cuidado en los detalles, fallas para mantener la atención, parece que no escuchan, fallan en finalizar las tareas, pobre organización de las tareas, pierden objetos personales, se distraen con facilidad, evitan tareas en las que requieran atención sostenida.
- Hiperactividad: se pone en evidencia en situaciones o ambientes altamente estructurados. Juegan con sus manos y pies, se levantan del asiento en repetidas ocasiones en el salón de clases, corren y trepan en lugares inapropiados, no pueden quedarse quietos.
- Impulsividad: hablan en exceso, responden las preguntas antes de que se finalicen, responden por otros en el aula de clases, no pueden esperar su turno, son intrusivos, imprudentes.

Problemas asociados

- Corto plazo: problemas para dormir, baja autoestima, problemas en las relaciones interpersonales con su familia, profesores y pares, pobres logros académicos y riesgo de sufrir accidentes más frecuentemente que los niños que no tienen el trastorno.
- A largo plazo: fracaso académico, incremento en actividad criminal y trastorno de personalidad antisocial, desescolarización. Los síntomas pueden persistir en la adultez, 20 a 30 % con el síndrome completo y hasta el 60 % con por lo menos un núcleo sintomático. La impulsividad-hiperactividad tiende a remitir tempranamente, en tanto que la inatención a menudo es lo que persiste en la adultez. Los estudios neuropsicológicos en los adultos muestran un patrón de funcionamiento cognitivo y psicopatológico similar al de los niños y los adolescentes. El peor pronóstico se asocia con deprivación social, altas emociones expresadas, enfermedad mental en los padres, predominio de síntomas hiperactivos-impulsivos, trastorno de conducta, problemas de aprendizaje y trastorno del lenguaje(22).

Evaluación

La evaluación de estos niños y jóvenes debe comenzar con la evaluación de la familia y el niño. El niño debe ser observado en más de un contexto, por ejemplo, el escenario clínico y el escolar; para esto es fundamental la información del colegio. Se debe recoger información de diferentes observadores. Se pueden usar escalas que ayuden a consolidar el diagnóstico y siempre se deberá buscar posible comorbilidad. El examen físico debe incluir una evaluación neurológica.

Tratamiento

El enfoque de tratamiento es multimodal. Por tanto, es fundamental implementar procesos de psico-educación para la familia, los profesores y el mismo paciente. Es de utilidad enseñar técnicas de meditación o mindfulness. Se debe hacer intervenciones comportamentales con refuerzo positivo y manejo de contingencias. Es necesaria una intervención en el colegio. Las comorbilidades deben ser tratadas(23).

El metilfenidato, un estimulante central, es el patrón de oro para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e

hiperactividad. Ha superado el paso del tiempo y son claras las ventajas y seguridad que ofrece. Viene en diferentes presentaciones para uso oral (liberación inmediata y prolongada). Dentro de los efectos secundarios se encuentran insomnio, hiporexia, dolor de cabeza, reducción del peso y la talla, irritabilidad. Se deben monitorear el peso y la talla a lo largo de todo el tratamiento con metilfenidato.


Otros medicamentos utilizados son atomoxetina, dexamfetamina, bupropion, clonidina, entre otros(24).

Finalmente, la salud mental de los niños y los adolescentes es una prioridad para cualquier comunidad o gobierno que esté decidido a apostarle al bienestar y desarrollo integral. La magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes se aprecia más claramente cuando se comprende que uno de cada cinco niños y adolescentes sufre de alguna enfermedad mental; 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 y déficit de atención y consumo de sustancias que tuvieron inicio en la niñez. Tomando todos estos elementos en consideración, la salud mental desde la promoción y la prevención y la temprana identificación y tratamiento de los trastornos mentales en niños y adolescentes es una prioridad en salud.

Resultados

Trastorno de conducta

Comportamiento por sexo

 **Tabla 1.** Indicadores de prevalencia para trastorno de conducta por cien según sexo y razón hombre/mujer Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 12 meses	0,58%	0,06%	0,28%	0,1
	(0,1 - 1,3)	(0,02 - 0,3)	(0,1 - 0,6)	
Prevalencia de vida	2,06%	0,79%	1,32%	0,4
	(0,6 - 3,5)	0,8 (0,1 - 1,5)	1,3 (0,6 - 2,1)	

La tabla anterior presenta los resultados por sexo para la prevalencia en los últimos 12 meses para el trastorno de conducta, en hombres fue 0,58 % y en mujeres 0,06 %. La prevalencia en la vida para los hombres fue de 2,06 % y en las mujeres 0,79 %, y una razón de 0,4 mujeres por cada hombre.

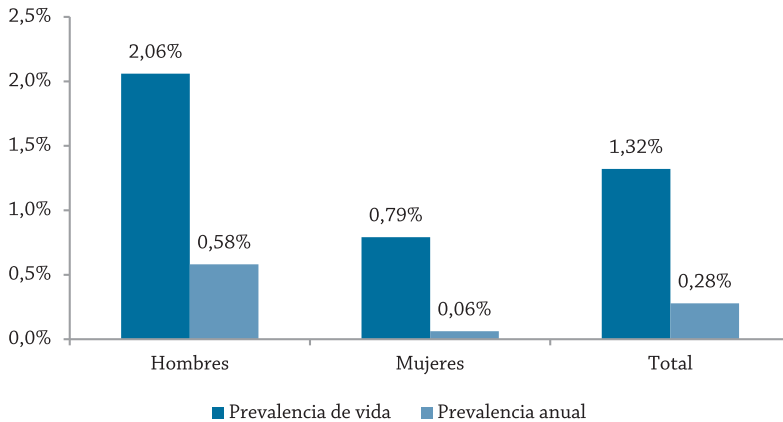


Gráfico 1. Prevalencia para trastorno de conducta por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

En el gráfico 1 se observa una mayor prevalencia de trastorno de conducta para los hombres tanto en el último año como en la vida.

Comportamiento según grupos de edad

Tabla 2. Indicadores de prevalencia para trastorno de conducta por cien según grupos de edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
15 a 18 años	2,72%	1,42%
19 a 29 años	2,34%	0,59%
30 a 44 años	0,43%	0,00%
45 a 65 años	0,86%	0,00%
Total	1,32%	0,28%

En la tabla anterior se observa la prevalencia según grupos de edad. En los últimos 12 meses y en la vida, el grupo de edad con mayor prevalencia fue el de 15 a 18 años con el 1,42 % y el 2,72 %, respectivamente.

Trastorno negativista desafiante

Comportamiento según sexo

Tabla 3. Indicadores de prevalencia para trastorno negativista desafiante por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 12 meses	0,21%	1,12%	0,74%	5,4
	(0,1 - 0,7)	(0,2 - 2,0)	(0,2 - 1,3)	
Prevalencia de vida	3,00%	3,56%	3,32%	1,2
	(1,3 - 4,7)	(2,0 - 5,1)	(2,2 - 4,5)	

En la tabla anterior, la prevalencia durante los últimos 12 meses fue de 0,74 %. Al analizar por sexo se observó una mayor prevalencia en mujeres de 1,12 % versus 0,21 % en hombres, con una razón de 5,4 mujeres por cada hombre.

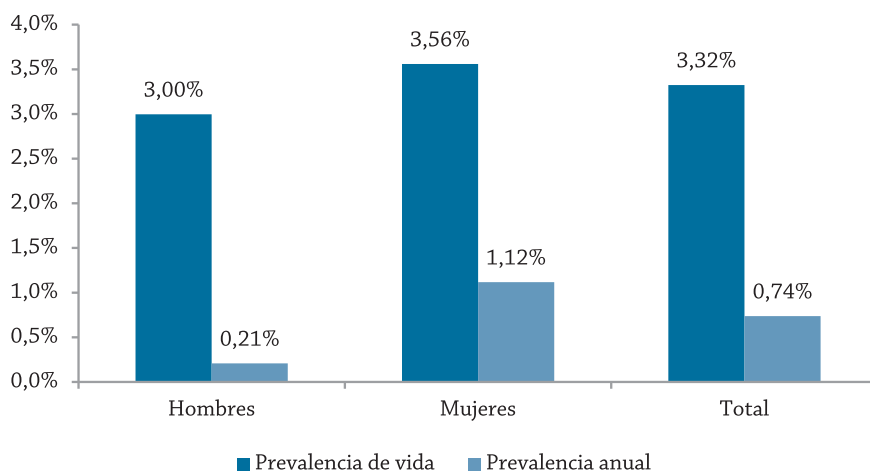


Gráfico 2. Prevalencia para trastorno negativista desafiante por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

La prevalencia en la vida para el total de la población fue de 3,32 % con un IC del 95 % entre 2,2 % y 4,5%, con una razón de 1,2 mujeres por cada hombre.

/// Tabla 4. Indicadores de prevalencia para el trastorno negativista desafiante por cien según grupos de edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
15 a 18 años	5,32%	1,47%
19 a 29 años	2,77%	1,75%
30 a 44 años	4,47%	0,00%
45 a 65 años	1,90%	0,46%
Total	3,32%	0,74%

La mayor prevalencia en los últimos 12 meses se observó en el grupo de 19 a 29 años, con el 1,75 % seguido por el grupo de 15 a 18 años.

Trastorno por déficit de atención

Comportamiento por sexo

/// Tabla 5. Indicadores de prevalencia para trastorno por déficit de atención por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 12 meses	1,40%	0,30%	0,76%	0,2
	(0,2 - 2,6)	(0,1 - 0,8)	(0,2 - 1,3)	
Prevalencia de vida	5,78%	1,13%	3,07%	0,2
	(3,4 - 8,1)	(0,2 - 2,0)	(1,9 - 4,2)	

En la tabla anterior la prevalencia durante los últimos 12 meses fue de 0,76 %, siendo mayor para los hombres con 1,40 % en comparación con 0,30 % en las mujeres y una razón de 0,2 mujeres por cada hombre. La prevalencia en la vida para el total de la población fue de 3,07 % con un IC del 95 % entre 1,9 % y 4,2 %. La mayor prevalencia fue para los hombres con 5,78 % y 1,13 % para las mujeres. Se conserva la misma razón por sexo en la prevalencia de vida de 0,2 mujeres por cada hombre.

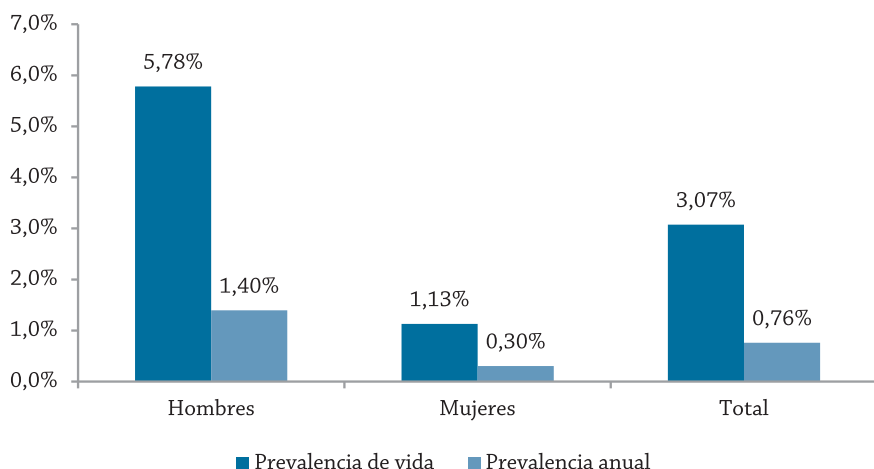


Gráfico 3. Prevalencia para trastorno por déficit de atención e hiperactividad por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Prevalencia por grupos de edad

Tabla 6. Indicadores de prevalencia para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad por cien según grupos de edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
15 a 18 años	8,06%	2,84%
19 a 29 años	2,86%	0,85%
30 a 44 años	2,55%	0,33%
45 a 65 años	1,94%	0,39%
Total	3,07%	0,76%

La mayor prevalencia en los últimos 12 meses y en la vida, se observa en el grupo de 15 a 18 años con el 2,84 % y el 8,06% respectivamente, seguido por el grupo de 19 a 29 años.

Prevalencia para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia

Comportamiento según sexo

En la siguiente tabla, la prevalencia en los últimos 12 meses fue de 1,54 %, ligeramente mayor para los hombres con 1,70 %, en comparación con las mujeres, 1,54 %, y una razón de 0,8 mujeres por cada hombre. La prevalencia de vida para el total de la

población fue de 6,30 % con un IC del 95 % entre 4,7 % y 7,9 %, mayor para los hombres con el 8,55 % frente al 4,69 % para las mujeres.

Tabla 7. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 12 meses	1,70%	1,42%	1,54%	0,8
	(0,4 - 3,0)	(0,4 - 2,4)	(0,7 - 2,3)	
Prevalencia de vida	8,55%	4,69%	6,30%	0,5
	(5,7 - 11,4)	(2,9 - 6,5)	(4,7 - 7,9)	

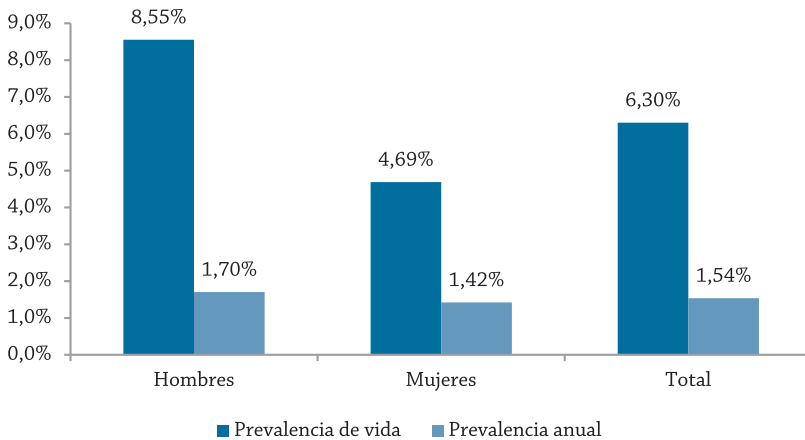


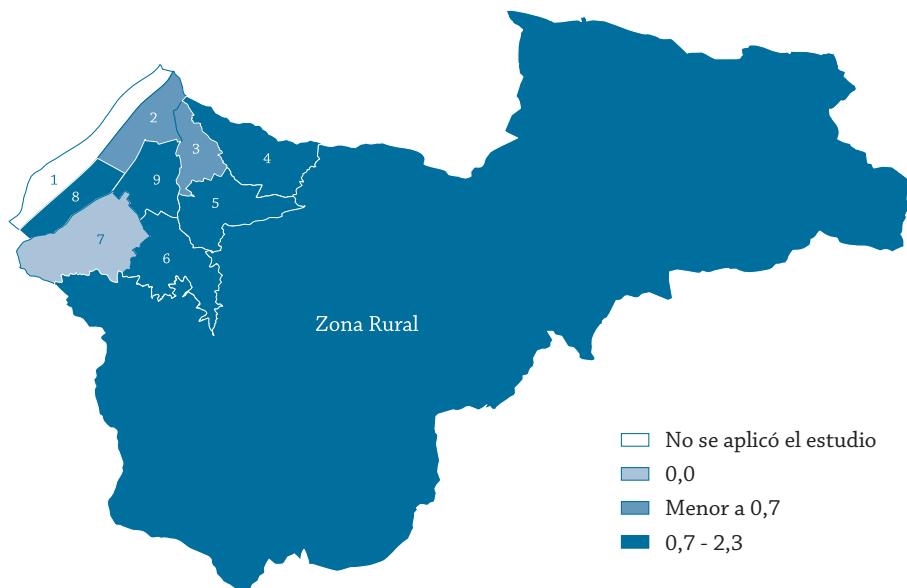
Gráfico 4. Prevalencia para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Comportamiento por grupos de edad

Tabla 8. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia por cien según grupos de edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses
15 a 18 años	12,61%	3,46%
19 a 29 años	6,22%	3,20%
30 a 44 años	7,02%	0,33%
45 a 65 años	3,49%	0,86%
Total	6,30%	1,54%

La mayor prevalencia para la vida se encontró en el grupo de 15 a 18 años con el 12,61 %, seguido por el grupo de 30 a 44 años con el 7,02 %. En los últimos 12 meses la mayor prevalencia fue para el grupo de 15 a 18 años con el 3,46 %, seguido por el grupo de 19 a 29 años, con el 3,20 %.



Mapa 1. Distribución para cualquier trastorno de inicio en la niñez y adolescencia en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

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 zona urbana del municipio de Envigado, muestra una prevalencia de 0,7 % a 2,3 % en las zonas 4, 5, 6, 8 y 9. En las zonas 2 y 3 una prevalencia menor de 0,7 % y en la zona 7 no se presentaron casos.

1. De los Ríos A. Evaluación mental del adolescente y el adulto sanos. En: *Semiología médica integral*, Medellín, 2006 Editorial Universidad de Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia. 2006. p. 107-27.
2. Rutter ML. Genetic studies of autism: From the 1970s into the millennium. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2000;28:3-14.
3. Mash EJ DD. DJA: Child Psychopathology. A developmental systems perspective. En: *Child Psychopathology*. Second Edition. p. 3-71.
4. Schwartz - Gould M W-HM, Doohrenweld B. Estimating the prevalence of childhood psychopathology: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1981;20:462-76.
5. Roberts RE AC. A Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1998;155:715-25.
6. Ford T GR, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey Prevalence of DSM-IV Disorders. *J am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:1203-11.
7. Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*. 2001;56:227-38.
8. Tebes JK KJ, Adnopo J RG. Resilience and family psychosocial processes among children of parents with serious mental disorders. *Journal of child and Family Studies*. 2001;10:115-36.
9. Werner EE. Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*. 1995;4:81-5.
10. World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Switzerland; 2007 p. 1-90.
11. Korbin JE. Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse & Neglect*. 1991;15:67-77.
12. Frick PJ DC. Current perspectives on conduct disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2006;8:59-72.
13. Hong JS TR, Luby JL. Disruptive behavior in preschool children: distinguishing normal misbehavior from markers of current and later childhood conduct disorder. *J Pediatr*. 2015;166.
14. Blair RJ LE, Pine DS. Conduct disorder and callous-unemotional traits in youth. *N Engl J Med*. 2014;371:2207-16.

15. McDonough-Caplan H KD. Comorbidity and continuity of depression and conduct problems from elementary school to adolescence. *J Abnorm Psychol.* 2018;127:326-37.
16. Ruisch IH BJ, Glennon JC HP, Dietrich A. Maternal substance use during pregnancy and offspring conduct problems: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018;84:325-36.
17. Goertz-Dortchen A, Benesch C, Berk-Pawlitzeck E, Faber M, Hautmann C, Hellmich M, et al. Efficacy of individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders: a randomized controlled trial with an active control group. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 28 de marzo de 2018 [citado 11 de junio de 2018]; Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-018-1144-x>
18. Thériault M-CG, Bécue J-C, Lespérance P, Chouinard S, Rouleau GA, Richer F. Oppositional behavior and longitudinal predictions of early adulthood mental health problems in chronic tic disorders. *Psychiatry Res* [Internet]. marzo de 2018 [citado 11 de junio de 2018]; Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178117308375>
19. Leadbeater BJ HJ. Irritable and defiant sub-dimensions of ODD: their stability and prediction of internalizing symptoms and conduct problems from adolescence to Young adulthood. *J Abnorm Child Psychol.* 2015;43:407-21.
20. Restrepo A PJ. Trastorno de la atención e hiperactividad en niños y adolescentes. Manual básico para familias, educadores y profesionales de la salud. Medellín. Impresiones Gráficas; 2004.
21. Linnet KM DS, Obel C WK, Henriksen TB RA, Kotimaa A MI, Thomsen PH OJ, Jarvelin MR. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention-deficit/hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry.* 2003;160:1028-40.
22. Coghill DR, Banaschewski T, Soutullo C, Cottingham MG, Zuddas A. Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized placebo-controlled studies of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* noviembre de 2017;26(11):1283-307.
23. Hartlage SA, Beaux CA, Yonkers KA. Addressing concerns about the inclusion of premenstrual dysphoric disorder in DSM 5. *J Clin Psychiatry.* 2014;(75):70-6.
24. Pringsheim T HL, Gardner D GD. The pharmacological management of oppositional behaviour conduct problems, and

aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha 2 agonists, and atomoxetine. *Can J Psychiatry*. 2015;60:42-51.

Trastornos por uso de sustancias

The image features a dark blue background with a subtle, wavy pattern. A large, solid red triangle is positioned at the top, pointing downwards. Overlaid on this and the background is a complex network of thin, colorful lines in shades of light blue, purple, pink, orange, and yellow. These lines connect various circular nodes of different colors (green, blue, purple, orange, yellow) and sizes, creating a digital or circuit-like aesthetic. The overall composition is modern and technical.

Trastornos por uso de sustancias

Carolina Salas Zapata

Guillermo Castaño Pérez

Historia natural de los trastornos por uso de sustancias (TUS)

La dependencia a sustancias psicoactivas, farmacodependencia o trastorno por uso de sustancias, constituye el síndrome característico que define la aparición de la enfermedad adictiva. La iniciación con el consumo experimental, motivado por la curiosidad, la presión de grupo o la búsqueda de sensaciones, es seguida de un consumo social, estimulado por las motivaciones y el refuerzo positivo que proporcionan las drogas, luego avanza hacia el abuso, fase previa a la etapa de desarrollo de la tolerancia y la dependencia, con las cuales queda instalada la enfermedad de la farmacodependencia, caracterizada por la necesidad compulsiva de consumo.

El concepto de farmacodependencia fue definido en 1982 por la OMS como “Un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que hay una gran prioridad por el uso de una o varias sustancias psicoactivas por encima de toda clase de actividades importantes para el individuo y para la vida”(1).

Su catalogación como síndrome remite a un cuadro determinado clínicamente por un grupo de fenómenos que, por lo general, no están presentes en su totalidad, ni con la misma intensidad.

La aparición del consumo compulsivo, la tolerancia y la abstinencia, producto de alteraciones neurofisiológicas y fisiológicas y de componentes psicosociológicos, es lo que determina el establecimiento de la enfermedad.

La secuencia teórica de fases por las que pasa un consumidor de drogas hasta hacerse un dependiente no siempre se presenta en todos los que llegan a ser adictos. La secuencia puede ser rápida, lenta, saltarse etapas o suspenderse en alguna de ellas. Puede tardarse diferentes períodos de un paso a otro, pues intervienen múltiples factores biológicos, de personalidad, de contexto y de la misma sustancia psicoactiva. Es el resultado de un proceso con un ritmo y expresión propios para cada sujeto y para cada sustancia.

El modelo de historia natural de la enfermedad adictiva es una forma práctica aplicable en la prevención y el tratamiento, con el fin de comprender las farmacodependencias y los perfiles de los consumidores y establecer la etapa del consumo donde se encuentren. En este capítulo se describirán las posibles fases por las que pasa un consumidor desde que inicia el consumo hasta que se llega a la adicción, cómo va progresando y los factores que intervienen en ella.

El hombre siempre ha usado sustancias para conseguir estados alterados de conciencia. El chamán primitivo buscaba comunicarse con su dios para curar al enfermo o pedirle bonanza en las cosechas. El hombre actual busca “elevarse”, relajarse, evadir problemas, experimentar sensaciones, sentir placer. En ello inciden algunos factores que determinan ese consumo, denominados factores de riesgo, los cuales varían en función de la persona, el tipo de droga y el medio ambiente y/o el contexto social que rodea al individuo.

Entre las variables dependientes del factor droga al inicio del consumo y el mantenimiento y desarrollo de la adicción, se encuentran el tipo de droga consumida, la vía de administración, la frecuencia de consumo y algunas variables farmacocinéticas.

El tipo de droga tiene relación con la capacidad de producir sensaciones placenteras inmediatas. Las que generan sensaciones gratificantes, con percepción más rápida del efecto, producen un mayor refuerzo positivo y tienen mayor probabilidad de ser probadas, de ser autoadministradas de manera repetida y de producir dependencia. Cuando se retira una droga que se recibe con frecuencia y/o en altas dosis, se produce un refuerzo nega-

tivo, resultando la dependencia física y/o psíquica, que hace que el individuo busque la sustancia para no sentirse mal por el no consumo. La suma de ambos tipos de refuerzo caracteriza lo que se ha denominado el potencial adictivo de una droga.

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Drogas de Abu-so de los Estados Unidos clasifica las sustancias por su poder adictivo, colocando en primer lugar a la nicotina, seguida de la heroína, la cocaína, la marihuana, el alcohol, las benzodiacepinas, etc.(2)

Las propiedades de refuerzo de una droga se relacionan con la capacidad de activar determinados receptores y modificar las concentraciones de neurotransmisores, especialmente la dopamina, en zonas críticas del cerebro(3).

Otros factores que condicionan el desarrollo de una dependencia y los efectos de la sustancia son el grado de pureza, su potencial farmacológico y las variables farmacocinéticas: capacidad de absorción según la vía de administración, rapidez de inicio de los efectos a nivel cerebral (a mayor rapidez del efecto más poder de adicción) y las características de su biotransformación: capacidad de depósito y redistribución en tejido graso, de inducción o inhibición enzimática e interacciones farmacológicas(4).

Con respecto al individuo, es necesario anotar que, en los inicios del consumo, el papel determinante lo constituye el mismo sujeto. Las drogas han existido y existirán. Es el hombre el que decide consumir o no consumir, aunque la disponibilidad también es importante. La curiosidad, la presión de grupo, la búsqueda de sensaciones y de alivio a desesperanzas, son los factores más involucrados en la experimentación. Continuar en el consumo y mantenerse consumiendo dependen de la primera experiencia. Si el individuo tuvo una mala experiencia, es probable que no vuelva a consumir. Si su experiencia fue satisfactoria y llena sus expectativas u obtuvo un refuerzo positivo, el consumo puede continuar, dependiendo del contexto ambiental.

La vulnerabilidad de los individuos para desarrollar dependencia a determinadas drogas está relacionada con factores biológicos y psicológicos. Entre los biológicos, la edad, el sexo y la carga genética han sido los más estudiados. Los rasgos de personalidad, el grado de estabilidad afectiva y las alteraciones psíquicas han sido algunos de los elementos del componente psicológico que se han investigado(5).

La adolescencia se ha descrito como una de las etapas evolutivas críticas del ser humano y es donde los índices de prevalencia de

consumo de drogas son mayores. El sexo masculino se constituye en un factor de riesgo para la mayoría de las sustancias. El sexo femenino, que presenta menores índices de consumo, sufre mayores daños por tener una menor capacidad metabólica del etanol. Esto implica más lenta eliminación, menor componente acuoso en su organismo y mayores depósitos de grasa, con más concentración de la sustancia y, por lo tanto, con mayores daños. Con dosis menores que los hombres, hay mayores efectos y menor tolerancia, por lo cual las mujeres tienen menores prevalencias de consumo(6).

El componente genético puede también mediar en la instalación de una dependencia. Existe un polimorfismo de los genes que codifican las enzimas que participan en la farmacocinética y farmacodinámica de las drogas. Las diferencias interindividuales pueden explicar los distintos grados de refuerzo positivo de una misma sustancia en distintas personas. Algunos individuos de razas orientales metabolizan mal el alcohol, debido a mutaciones genéticas de las enzimas (acetaldéhid). En ellos los efectos de mínimas dosis de alcohol son tan desagradables que las personas evitan consumirlo. Otro ejemplo lo constituyen los hijos de alcohólicos, quienes tienen mayor probabilidad de desarrollar una dependencia, aunque vivan en ambientes donde no haya alcohol, fenómeno este compatible con un trastorno poligénico. Sin embargo, la existencia de factores hereditarios no implica que la dependencia vaya a ser heredada necesariamente, pero sí representa un mayor riesgo de desarrollarla, sobre todo si se expone al consumo y a otros factores ambientales(7). Entre otras variables inherentes al individuo, están los rasgos de personalidad y los trastornos psiquiátricos. El consumo de drogas es frecuente en personas con problemas psíquicos y de hecho la enfermedad mental es más frecuente en individuos consumidores de drogas. Los sujetos acuden a las drogas para aliviar la ansiedad, la depresión, el insomnio o contrarrestar determinados problemas de la personalidad, como baja autoestima, falta de asertividad o presencia de impulsos agresivos(8). El ambiente también hace parte de la triada relacionada con la posibilidad de desarrollar una adicción. Son muchos los factores ambientales que pueden determinar el desarrollo de una dependencia: familiares, socioculturales, económicos, legislativos, educativos, laborales, etc.

En el contexto familiar se pueden dar circunstancias que favorezcan el consumo, incluso que lo mantienen y pueden

producir dependencia. La desestructuración familiar, familias incompletas, la carencia de disciplina, las estructuras de comunicación, la sobreprotección o el rechazo, el consumo/abuso de drogas y alcohol en los padres y/o los hermanos, la coadición en la familia son factores relacionados con el consumo(9).

El grupo de iguales o pares se constituye en uno de los factores más importantes para el consumo de drogas. En la naturaleza humana subyace el deseo de integrarse a un grupo similar con el objeto de hacer intercambios sociales, de recibir apoyo, reconocimiento. El grupo tiene unas leyes psicológicas diferentes a las de la psicología individual. El liderazgo y la cohesión grupal, la aceptación, son componentes básicos. El grupo arrastra, contagia. Allí tienen lugar fenómenos de emulación, de identificarse el uno con el otro y todos con el grupo. Esta actitud presiona de manera abierta o encubierta. Si en el grupo existe consumo de drogas, esta tensión empieza a presionar, por contagio social, imitación, curiosidad o por búsqueda de aceptación. La mayoría de jóvenes que se inician en el consumo obtienen la sustancia de sus amigos o compañeros y no de desconocidos. El grupo proporciona apoyo y seguridad, e incluso, la droga. Si el deseo de abandonar el consumo aparece en algún momento, no prospera porque significaría perder la relación con el grupo.

El contexto escolar puede favorecer que se produzca consumo de drogas. Si se comparan jóvenes en la escuela con jóvenes desescolarizados, la escuela se considera un factor protector de farmacodependencias, pero cuando ocurren situaciones que desfavorecen el desarrollo psicológico del escolar, puede presentarse consumo de drogas. Entre estas situaciones se encuentran: actitudes autoritarias por parte de los profesores, relaciones frías y racionales con los alumnos, rigidez de las estructuras escolares, escasa preparación de los docentes para abordar la problemática de drogas y ausencia de programas de prevención en el medio escolar(10).

Otros factores del contexto ambiental son: la disponibilidad de la sustancia, la publicidad de las drogas legales, presión de los modelos sociales y permisividad social, mala formación con respecto al uso adecuado del tiempo, valores transmitidos por los sistemas sociales (hedonismo, satisfacción inmediata, enriquecimiento rápido, consumismo, etc.) y condiciones laborales desfavorables.

El consumo de drogas en Colombia, un problema de salud pública

En relación con el consumo de drogas en Colombia, un análisis de las tendencias de dicha problemática entre 1990 y 2013, periodo en el que se han realizado estudios en población general y escolares, ha permitido identificar cinco patrones específicos de evolución que describen de manera precisa la situación actual del tema en el país. El análisis toma en cuenta los resultados de los estudios nacionales de los años 1992(11) y 1996(12) (Dirección Nacional de Estupefacientes); 1998(13) (Ministerio de Salud y FECES); 2001 (Programa Presidencial Rumbos)(14); 2003 (Ministerio de Salud y Protección Social)(15); 2004 (Ministerio de Salud y Protección Social - CICAD/OEA)(16); 2008 (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia) (17); y 2013 (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia)(18). Los cinco patrones encontrados son:

- El consumo tiende al aumento.
- El consumo es más frecuente en jóvenes de zonas urbanas.
- Las mujeres tienden a igualar el consumo de los hombres.
- El consumo se inicia a edades cada vez más tempranas.
- Aparecen y toman fuerza en el mercado nuevas sustancias.

El impacto del consumo de drogas, tanto legales como ilegales, en la salud pública es indiscutible. Origina problemas y trastornos de distinta índole, afectando a un alto número de personas, y generando dolor, sufrimiento, enfermedades, molestias o efectos sobre la calidad de vida, años perdidos, lesiones a otros y altos costes de los servicios sanitarios (Murray et al. 2010)(19). Es bien sabido el aumento de los costos en la atención en salud, al asociarse a abuso y dependencia, intoxicaciones, sobredosis, comorbilidad psiquiátrica y física, violencia, delincuencia, accidentalidad y comportamientos de riesgo sexual. (Single, 2000)(20).

Según el informe de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos CICAD/OEA (2013), el consumo de drogas, incluyendo el alcohol, produce mayores niveles de mortalidad y discapacidad en el hemisferio que en el resto del mundo, constituyéndose en un factor de riesgo importante en el caso de sesenta enfermedades y lesiones asociadas a accidentes y violencia.

El consumo de sustancias aumenta los costos de atención a la salud debido a que aumenta el riesgo de muchas condiciones — lesiones relacionadas con la intoxicación (accidentes y violencia), enfermedades infecciosas en consumidores de droga por vía parenteral y asociadas a malas prácticas de inyección (VIH/SIDA, hepatitis B y C), y crónicas (cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras)— y el desarrollo de uso nocivo, abuso y dependencia(20). 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(21).

Según el indicador de Carga de Enfermedad (Global Burden of Disease, GBD) de la Organización Mundial de la Salud -OMS, 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° lugar, 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, encontrándose que 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, destacándose los Estados Unidos y Canadá, con el 11° lugar en el caso de drogas ilícitas y el 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 el 18° y 19° lugar, respectivamente, y en la región tropical (Brasil y Paraguay), el 22° y 17° lugar(19).

Con respecto a la mortalidad, de acuerdo con la estimación más reciente del estudio Global Burden of Disease (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, un incremento del 48,9 % con respecto a 1990. En el mundo, la mortalidad por trastornos de abuso de alcohol ocupa el 55° lugar de 106 causas de muerte y en occidente es un factor importante, encontrándose América Latina tropical en el 25° lugar, América Central en el 29°, América del Sur en el 41° y en los países de altos ingresos de América del Norte, en el 32°.

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 al interior del hemisferio, se encuentran

variaciones: en los Estados Unidos y Canadá ocupan el 15°, destacándose como la causa de muerte más importante. En la Región Andina ocupan el 40° lugar y en América Latina central, el 52°, lo que es más parecido 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.

Los opioides son responsables de poco más de la mitad de las muertes asociadas con drogas ilícitas (55,4 %) y la mortalidad relacionada 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(22).

Datos específicos sobre carga de enfermedad por consumo de alcohol o drogas en nuestro país son escasos. Para el año 2010, en el grupo de hombres de 15 a 29 años, la carga de enfermedad fue de 494 AVISAS, 400 de discapacidad (81 %) y 94 de mortalidad (19 %). En las mujeres fue de 402 AVISAS, 380 de discapacidad (94 %) y 22 de mortalidad (6 %). En hombres, los trastornos mentales por uso de alcohol ocuparon el séptimo lugar de carga de enfermedad con 19 AVISAS(23).

Pueden extrapolarse, además, datos de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC- asociada al tabaquismo. En Colombia, se registró un promedio anual de 10.000 muertes por EPOC entre 2009 y 2011, alcanzando una tasa de mortalidad promedio de 21,3 por 100.000 habitantes, siendo casi el 30 % prevenibles (por causa del tabaco), ubicándose entre las primeras 10 causas de mortalidad general(24). Para el periodo 2010-2014, a nivel nacional, anualmente se presentaron en promedio 11.343 muertes por EPOC en ambos sexos, siendo mayor la proporción de muertes en hombres (53%) que en mujeres(25).

Otro de los indicadores para dar cuenta del impacto del consumo de drogas en la salud pública es la discapacidad. Vos et al (2010)(26) estimaron el impacto de 1.160 secuelas de 289 enfermedades y lesiones, durante el período 1990-2012, en los días vividos con discapacidad y encontraron que, en 2010, los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas (sin incluir alcohol y tabaco) contribuyeron con 16.412.000 años saludables perdidos durante este período.

De otro lado, entre las repercusiones sociales más importantes del consumo de sustancias psicoactivas se incluyen el mal desem-

peño y el abandono escolar, la falta de productividad en el trabajo, el aumento de la accidentalidad y el desempleo, los costos económicos para el enfermo y su familia, el delito y la violencia.

Consecuente con todo lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, mediante la Ley 1566 de 2013, reconoce el consumo de drogas como un problema de salud pública. En su artículo 1º indica: “Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y a las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social”.

Criterios diagnósticos para los trastornos por uso de sustancias

Para efectos de poder comparar los resultados de este estudio con otros realizados en el país y la región, nos referiremos a los criterios diagnósticos del Manual de Psiquiatría Americano DSM IV- TR, no sin antes advertir que, en la actualidad, este ya se ha actualizado y corresponde al DSM 5 y al cual haremos referencia al final de este capítulo.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), que es editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association – APA), es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos e investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos.

Según el DSM-IV-TR, los trastornos son una clasificación de categorías no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Los autores del manual admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe absolutamente todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación

individual de una disfunción psicológica o biológica. Esta manifestación se considera síntoma cuando aparece asociada a un malestar (por ejemplo, la ansiedad), a una discapacidad (por ejemplo, el deterioro en un área de funcionamiento), o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o de tener una dependencia(27).

Con respecto al consumo de drogas, el DSM-IV agrupa las sustancias psicoactivas que producen dependencia en 11 tipos de agentes farmacológicos: 1.Alcohol, 2.Anfetaminas o similares, 3.Cocaína, 4.Cafeína, 5.Cannabis, 6. Alucinógenos, 7.Inhalantes, 8.Nicotina, 9.Opiodes, 10.Fenciclidina (PCP) y 11.Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, existiendo la categoría número 12 para otras sustancias que no se incluyen en las categorías anteriores(27).

El DSM IV TR, entre los trastornos por uso de sustancias, incluye la dependencia y el abuso, y además un apartado sobre trastornos inducidos, donde se encuentran la intoxicación y la abstinencia.

En esta clasificación, los criterios para la **dependencia** de sustancias son:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas), (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro), o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Con respecto a la dependencia, el DSM IV TR comenta que esta puede ser una dependencia fisiológica o psíquica. La dependencia física más severa se presenta principalmente con las sustancias depresoras, como opiáceos, alcohol, hipnóticos y sedantes, y es menos marcada con estimulantes, derivados de cocaína, nicotina y alucinógenos. Define la dependencia psicológica como el deseo irresistible (*craving*) de repetir el uso de la sustancia para percibir sus efectos positivos o para evitar el malestar producido por la falta de esta sustancia. Esta conducta de búsqueda es lo que determina la dependencia.

Lo característico de la adicción a todas las sustancias psicoactivas es su acción a nivel del cerebro y, por lo tanto, la mayoría de sus síntomas y manifestaciones se dan en las áreas emocionales, cognitivas y del comportamiento. Algunas tienen también acciones en otros sistemas orgánicos, por ello, los criterios de los trastornos reflejan esta característica.

Los criterios para el **abuso** de sustancias dentro del DSM IV TR son:

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
 - Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa

(p. ej. ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej. conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej. arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej. discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase.

El concepto de abuso tiene una connotación de exceso por encima de cualquier norma cultural y recomendación médica, no es un uso continuo pero sí puede ser recurrente y tener riesgos para la salud propia o de otros. Implica, por ejemplo, incumplimiento en el trabajo u otras obligaciones, problemas legales o infracciones, hacerlo en momentos inadecuados o crear problemas familiares. Debe tener un período de 1 año de ocurrencia del problema y no requiere criterios de dependencia y abstinencia.

De otro lado, el DSM IV TR propone, entre los criterios para la **intoxicación** por sustancias, los siguientes:

- A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Aunque hay que tener en cuenta que diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej. irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Los síntomas agudos producidos por la dosis usual de drogas que consumen los adictos pueden considerarse una intoxicación leve o moderada, cuyos síntomas son pasajeros, aunque en algunos pacientes pueden ser severos y con reacciones adversas. La intoxicación con dosis mayores puede ser muy grave y sus complicaciones llevar al coma y a la muerte por sobredosis.

Finalmente, entre los criterios para la **abstinencia** de sustancias, el DSM IV TR incluye:

- A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El DSM IV TR incluye, además, el estado de **abstinencia con delirium**, el cual constituye una subcategoría o diagnóstico aparte del anterior, que incluye:

- Alucinaciones e ilusiones vívidas, que afectan alguna modalidad sensorial: por ejemplo, visiones generalmente terroríficas.
- Temblor, con cambios confusionales, agitación, insomnio, hiperactividad autonómica, etc. Se presenta con el delirium tremens del alcohol o en la abstinencia severa de Benzodiazepinas. Puede ser con y sin convulsiones.

El síndrome o estado de abstinencia es de diferente severidad según la sustancia y presenta tanto síntomas generales comunes como específicos. Puede ser leve moderado y severo. Los síndromes de abstinencia de mayor severidad son los de las sustancias depresoras, en especial el alcohol y los opiáceos, y cuando se suprimen los tranquilizantes o sedantes consumidos en dosis muy altas .

EL NUEVO DSM 5

La reciente publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición (DSM-5) por la American Psychiatric Association ha supuesto varios y significativos cambios.

Ahora en el DSM-5, y comparándolo con su edición anterior (DSM-IV-TR) y las previas, se advierte una primera diferencia en el título. En lugar de utilizar números romanos (debiera corresponder el V), utiliza el número arábigo 5 para significar que es un documento vivo que puede cambiar según se produzcan nuevas aportaciones: DSM-5.1, 5.2, etc. La organización es diferente, los títulos de los capítulos son también distintos y algunos trastornos se reagrupan y pueden estar en diferentes capítulos. Desaparece el sistema multiaxial(28).

Una gran novedad es la aportación de la perspectiva dimensional frente a la categorial (mantenida en ediciones anteriores desde el DSM-III), que ha sido tan criticada por carecer de validez a la luz del conocimiento acumulado, si bien la perspectiva categorial permanece en la presente edición. Se introducen los “espectros” formados por entidades distintas, pero relacionadas por tener rasgos en común: síntomas, factores de riesgo genéticos y ambientales, o sustratos neurológicos. Guimón(29) los define como agrupaciones sindrómicas con marcadores comunes. Presentan inicio precoz, cronicidad e inexistencia de un umbral claro de diferencia entre normal y patológico, etiología común y respuesta semejante a tratamientos específicos.

En el tema de las drogas, el DSM-5 ha supuesto cambios significativos en relación con su predecesor. Ahora el capítulo pasa a llamarse “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”(27). Sin embargo, cuando trata los trastornos por consumo de sustancias, explícitamente, rehúsa utilizar el término “adicción”, por lo que podría deducirse que reserva el término de “trastorno adictivo” para el juego patológico incluido en este capítulo y para futuros trastornos adictivos conductuales(30).

En el nuevo DSM 5, el capítulo sobre drogas se estructura en dos grandes grupos: los trastornos relacionados con sustancias, que incluyen los trastornos por consumo de sustancias (diez clases de sustancias, excepto la cafeína), y los trastornos inducidos por sustancias que, a su vez, quedan divididos en intoxicación, abstinencia y trastornos mentales inducidos por sustancias que aparecen específicamente en su capítulo correspondiente; y el otro grupo que es el ya aludido de juego patológico, que aparece dentro del epígrafe “Trastornos no relacionados con sustancias”. Excluye otras adicciones comportamentales, como el trastorno de juego por Internet, ya que necesita de más investigación y aparece en el apartado “Afecciones que necesitan más estudio”.

Según Becoña(31), los principales cambios que el DSM-5 introduce son los siguientes:

1. Se eliminan el abuso y dependencia del DSMIV y solo queda el TRS como una suma de criterios de abuso y dependencia del DSM-IV. El diagnóstico se hace cuando la persona tiene 2 o más síntomas de 11 a lo largo de un período de tiempo de 12 meses.
2. Aparece el nivel de severidad: bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más) en función del número de criterios diagnósticos. Se ha sugerido que la categoría de baja equivale al abuso del DSM-IV, y las de moderado y severo a las de dependencia del DSM-IV.
3. Los 11 criterios proceden de unir los de abuso y dependencia del DSM-IV con las siguientes excepciones: a) se elimina el ítem del DSM-IV referido a tener problemas legales (aduciendo que apenas se utilizaba), y b) se añade el ítem de craving.
4. Los TRS se dividen en dos grupos: a) trastornos por consumo de sustancias, y b) trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicación). Se mantienen la mayoría de los síndromes psiquiátricos inducidos por sustancias del DSM-IV (ej., depresión inducida por consumo de sustancias) y se amplían a otros (ej., trastorno bipolar inducido por el consumo de sustancias).
5. Las sustancias pasan de 11 en el DSM-IV a 10 en el DSM-5, al hacer una reordenación de ellas. Quedan las siguientes: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (fenciclidina y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas).
6. Se introduce el síndrome de abstinencia del cannabis (que no aparecía en el DSM-IV). El síndrome de abstinencia para la cafeína no se incluye, solo aparece en el apartado C del manual.

El diagnóstico de *dependencia* desaparece del DSM 5, porque se consideró que esta palabra es una etiqueta de pérdida de control y uso compulsivo de drogas, llevando al diagnóstico de adictos a pacientes tratados por dolor, que hacían tolerancia y abstinencia fisiológicas a los analgésicos opiáceos. La palabra "*dependencia*" se limita a la dependencia fisiológica, ocasionada por administración repetida de medicamentos, psicoactivos u otros, como beta bloqueadores analgésicos, antidepressivos y ansiolíticos.

Respecto al listado de sustancias, lo más notable es la exclusión del café (cafeína) de la lista de sustancias que dan adicción, y la inclusión del grupo de las *fenciclidinas* PCP, que no lo tenía el CIE-10 pero ya lo estaba en el DSM IV TR. Este es un grupo de drogas de gran riesgo, usadas principalmente en Estados Unidos, llamadas disociativas, porque producen anestesia general, mientras el paciente está despierto. Usadas en pequeñas dosis, como droga de abuso, causan alucinaciones, confusión mental y estimulación.

Consecuencias del abuso de sustancias psicoactivas a largo plazo

Las consecuencias en la salud de la adicción a sustancias tienen su mayor expresión en los trastornos mentales y del comportamiento debido a que su principal sitio de acción es el Sistema Nervioso Central – SNC-, el cerebro y la alteración de su funcionamiento. El abuso y dependencia de sustancias tiene repercusión, según la sustancia, en el aumento de la morbilidad, mortalidad, accidentes, suicidios, discapacidades, demanda de servicios en los sistemas de salud, pérdida de productividad, pérdida en la calidad de vida personal y familiar, etc.

Entre los múltiples trastornos orgánicos de los cuales la droga a veces es causa y, en otras, desencadenante o agravante, se encuentran:

 Tabla 1. Consecuencias de los trastornos por uso de sustancias

Biológicas	Psicológicas y mentales	Sociales	Académicas
Intoxicaciones Sobredosis Síndromes de abstinencia VIH, Hepatitis B y C, debido a malas prácticas de inyección cuando el consumo se hace intravenoso. Dependiendo de la sustancia consumida y la vía de administración se presentan: alteraciones en nariz, garganta, pulmones, corazón, esófago, estómago, hígado, páncreas, riñón, vasos sanguíneos, cuadro hemático, sistema inmunológico, órganos sexuales.	Adicción Alteraciones cognitivas (problemas de memoria, concentración, atención) Problemas mentales asociados (depresión, ansiedad, psicosis, síndrome amotivacional, etc.)	Perdida y alejamiento de amigos Violencia Delincuencia Rechazo social Dificultades para encontrar empleo	Mal rendimiento académico Deserción Problemas de conducta y disciplina Relaciones difíciles con profesores y compañeros
	Laborales	Familiares	Otras consecuencias
	Ausentismo Llegadas tarde Accidentes laborales Mal rendimiento Baja productividad Mayores incapacidades medicas Llamadas de atención Pérdida del trabajo Relaciones difíciles con superiores y compañeros.	Separaciones Violencia intrafamiliar Codependencia	Aumento de accidentalidad Infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, prostitución por malas prácticas sexuales asociados a estar bajo el efecto de drogas.

Fuente: Elaboración propia

Según Velásquez *et al*(32), otras consecuencias son:

Deterioro progresivo y pérdida de capacidades ejecutivas.

Una vez la persona se vuelve dependiente, puede recibir un tratamiento, la mayor parte de las veces, largo, y recuperarse definitivamente en un bajo porcentaje de casos. Pero, normalmente, el paciente empieza un proceso de múltiples recaídas y reingresos a tratamiento y una vida con limitada o nula productividad, sobreviviendo a expensas de sus parientes, del estado o de actividades marginales. Este proceso, independiente de la enfermedad mental o física, es la consecuencia más severa del abuso de sustancias.

Tendencia a vivir al margen de la ley y de la normatividad social. El individuo pierde el interés por cualquier otra cosa que no sea la búsqueda de la droga y rompe con toda clase de normatividad. Tiende a cometer actos delictivos, robos, agresiones, prostitución, tráfico de drogas menor y mayor, inducción a otros al consumo, etc.

Sobredosis, tendencia al policonsumo, al aumento de la dosis y formas más riesgosas de consumo. Las sobredosis se presentan, con más frecuencia, asociadas al consumo de los opiáceos y las sustancias depresoras, llevan al coma y a la muerte, y pueden ser accidentales o intencionales. Las sobredosis se asocian a gran parte de la mortalidad en adictos. Se dan, frecuentemente, en las siguientes situaciones:

- Cuando después de un período de abstinencia el individuo se inyecta o consume dosis igualmente altas que las anteriores a la abstinencia, sin tomar en cuenta que luego de unos días de abstinencia el organismo no tolera dosis tan altas como las anteriores.
- Cuando les venden sustancias con contenidos mayores a los usuales o cuando les mezclan sustancias tóxicas similares o sustancias para cortar la droga.
- Cuando consumen simultáneamente alcohol y sustancias tranquilizantes o depresoras.

En relación con la tendencia al policonsumo, Kandel y sus colegas propusieron un modelo de estadificación en el que el patrón acumulativo de consumo de drogas se caracteriza por etapas progresivamente más altas del consumo de drogas, desde el alcohol o el tabaco hasta el cannabis, la cocaína y el crack -la

teoría Gateway-. Kandel y Davies (1996)(33) encontraron que los adolescentes que experimentaron con el crack experimentaron primero con otras drogas a una edad temprana, con una edad media de inicio del consumo de cigarrillos a los 11.1 años, y el consumo de cannabis a los 12.7 años. Se ha demostrado que el consumo precoz de cannabis está asociado con el posterior consumo de otras sustancias, delincuencia juvenil, fracaso escolar y desempleo (Fergusson y Horwood, 1997)(34).

Otra consecuencia es la asociación con los trastornos psiquiátricos, que pueden ser inducidos, transitorios o permanentes y que conforman lo que se ha denominado patología dual(35).

Con este término se denomina, en muchos ámbitos, a la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico (por ejemplo, la depresión mayor). Estos pacientes “duales” son pacientes especialmente graves, tanto desde la perspectiva clínica como social, y constituyen un reto terapéutico no sólo a título individual, sino también para los sistemas sanitarios, que deben hacer frente a pacientes complejos a caballo de dos redes asistenciales diferenciadas: la red de atención a drogodependencias y la red de salud mental. Estas personas con coexistencia de enfermedad adictiva y otras patologías mentales acuden más a los servicios de urgencias y requieren más hospitalizaciones psiquiátricas(36), muestran más conductas de riesgo e infecciones relacionadas como la infección por el VIH y el virus de la hepatitis C(37), mayores tasas de desempleo y marginación(38) y más conductas violentas y criminales(39), que los que sólo tienen diagnóstico de drogodependencias o diagnóstico de otro trastorno psiquiátrico. Es decir, se trata de individuos graves desde la perspectiva psicopatológica, médica y social. Esta gravedad clínica y social es importante porque la patología dual no es una condición aislada, sino que tiene una presencia epidemiológica relevante. Tanto los estudios llevados cabo en población general, como los llevados a cabo en muestras clínicas, refieren que la prevalencia de la concurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos es elevada, situándose entre el 15 y el 80 %(40).

Ruta de atención ante el consumo de sustancias psicoactivas

A continuación, se presenta la ruta general que se lleva a cabo actualmente para el acceso de la población a tratamiento para

la superación de problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas tanto lícitas como ilícitas. Figura 1.

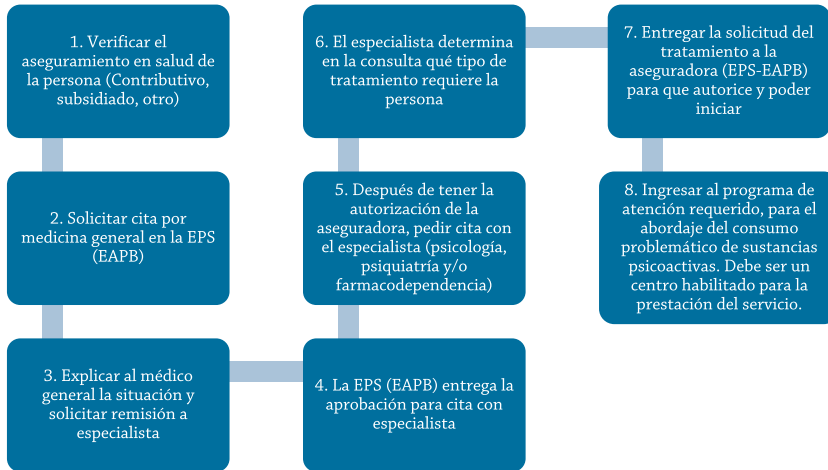


Figura 1. Ruta de atención a usuario consumidor de drogas.

Fuente: Elaboración propia a partir de texto publicado en <https://www.medellinjoven.com/ruta-de-atencion-ante-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-2177>.

Sin embargo, es importante mencionar que el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, las cuales se configuran en la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/ intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: i) acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades; ii) atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación; y iii) acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Igualmente, la Ley 1566 de 2012 dicta las normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas en Colombia, con el fin de garantizar el cumplimiento de las acciones relacionadas con el derecho al tratamiento de dicha población, reforzando la importancia de la atención integral.

Resultados

A continuación se exponen los resultados relacionados con trastornos por sustancias psicoactivas en la población del municipio de Envigado. Aunque se presentan los 3 tipos de prevalencia de dichos trastornos (vida, anual y últimos meses), se dará prioridad al indicador del último año, debido a las implicaciones que tiene tal información para la toma de decisiones clínicas y de salud pública.

Abuso de alcohol

Al realizar el análisis del trastorno por abuso de alcohol, se encontró que hubo mayor prevalencia en hombres, con una diferencia más notoria para la prevalencia de vida. Se halló que, por cada caso en mujeres, hubo dos en hombres en el último año. En cuanto a la edad, el grupo de 30 a 44 años presentó mayor problemática de abuso en el último año, encontrando dicho trastorno en 4 de cada 100 encuestados de este rango de edad.

Tabla 2. Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	3,01%	0,84%	1,75%	0,3
	(1,3 - 4,7)	(0,1 - 1,6)	(0,9 - 2,6)	
Prevalencia últimos 12 meses	4,72%	2,20%	3,25%	0,5
	(2,6 - 6,9)	(0,9 - 3,4)	(2,1 - 4,4)	
Prevalencia de vida	22,97%	6,67%	13,47%	0,3
	(18,7 - 27,2)	(4,5 - 8,8)	(11,2 - 15,7)	

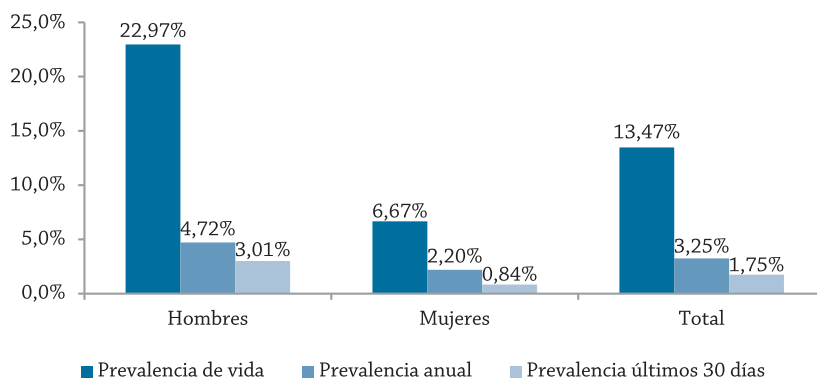


Gráfico 1. Prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Tabla 3. Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de alcohol por cien según edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	2,30%	0,90%	0,38%
19 a 29 años	16,48%	3,34%	1,87%
30 a 44 años	15,58%	4,25%	2,60%
45 a 65 años	11,95%	2,76%	1,19%
Total	13,47%	3,25%	1,75%

Dependencia de alcohol

Al analizar el trastorno por dependencia de alcohol, se encontró mayor prevalencia anual en hombres y en el grupo de edad de 19 a 29 años. Para la población total la prevalencia del trastorno fue de 1,73 %, es decir, por cada 100 personas del estudio, se encontraron aproximadamente 2 con diagnóstico de dependencia de alcohol en el último año.

Tabla 4. Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,76%	0,37%	0,53%	0,5
	(0,0 - 1,6)	(0,0 - 0,9)	(0,1 - 1,0)	
Prevalencia últimos 12 meses	3,07%	0,78%	1,73%	0,3
	(1,3 - 4,8)	(0,0 - 1,5)	(0,9 - 2,6)	
Prevalencia de vida	6,30%	2,14%	3,88%	0,3
	(3,8 - 8,7)	(0,9 - 3,4)	(2,6 - 5,1)	

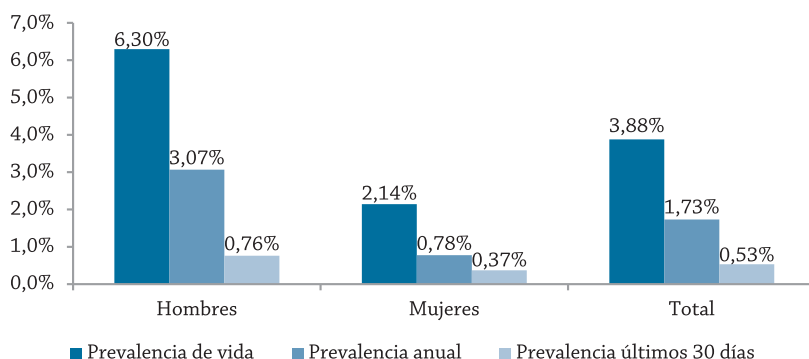


Gráfico 2. Prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Tabla 5. Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de alcohol por cien según edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	0,38%	0,38%	0,38%
19 a 29 años	3,05%	2,66%	1,48%
30 a 44 años	4,23%	1,25%	0,49%
45 a 65 años	4,78%	1,70%	0,00%
Total	3,88%	1,73%	0,53%

Abuso de drogas

Igualmente, el abuso de drogas diferentes al alcohol fue mayor en hombres y dicha problemática se concentró en el grupo de 15 a 18 años para el indicador del último año, encontrando que 4 de cada 100 personas de ese rango de edad presentaron abuso de drogas en los 12 meses anteriores al estudio.

Tabla 6. Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,61%	0,10%	0,32%	0,2
	(0,0 - 1,4)	(0,0 - 0,4)	(0,0 - 0,7)	
Prevalencia últimos 12 meses	2,33%	0,21%	1,09%	0,1
	(0,8 - 3,8)	(0,1 - 0,6)	(0,4 - 1,8)	
Prevalencia de vida	10,34%	1,16%	4,99%	0,1
	(7,3 - 13,4)	(0,2 - 2,1)	(3,6 - 6,4)	

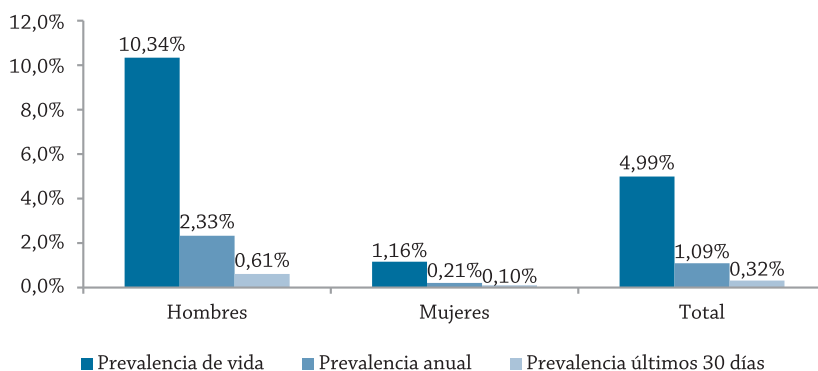


Gráfico 3. Prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Tabla 7. Indicadores de prevalencia para trastorno abuso de drogas por cien según edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	8,10%	3,85%	1,74%
19 a 29 años	6,35%	0,99%	0,59%
30 a 44 años	6,37%	1,55%	0,00%
45 a 65 años	2,01%	0,00%	0,00%
Total	4,99%	1,09%	0,32%

Dependencia de drogas

La prevalencia de dependencia de drogas diferentes al alcohol fue mayor en hombres, con cifras más altas en el grupo de 15 a 18 años. En la población total se encontró que 1 de cada 100 encuestados presentó el trastorno en el último año.

Tabla 8. Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	0,85%	0,47%	0,63%	0,6
	(0,0 - 1,8)	(0,0 - 1,1)	(0,1 - 1,1)	
Prevalencia últimos 12 meses	1,76%	0,47%	1,01%	0,3
	(0,4 - 3,1)	(0,1 - 1,1)	(0,4 - 1,7)	
Prevalencia de vida	2,41%	0,77%	1,45%	0,3
	(0,9 - 4,0)	(0,1 - 1,5)	(0,7 - 2,2)	

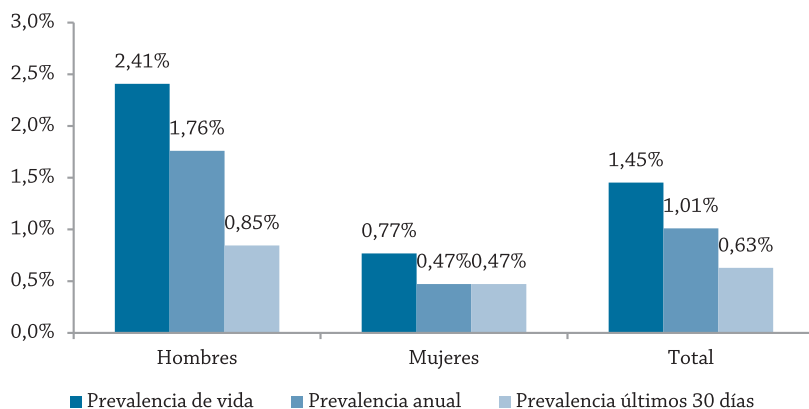


Gráfico 4. Prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Tabla 9. Indicadores de prevalencia para trastorno dependencia de drogas por cien según edad. Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	4,28%	2,42%	0,84%
19 a 29 años	0,99%	0,99%	0,59%
30 a 44 años	2,26%	1,80%	1,36%
45 a 65 años	0,34%	0,00%	0,00%
Total	1,45%	1,01%	0,63%

Cualquier trastorno por uso de sustancias

Al analizar la prevalencia de cualquiera de los trastornos por usos de sustancias anteriormente mencionados, se encontró que esta fue notoriamente mayor en hombres que en mujeres, observando que 5 de cada 100 encuestados tuvieron cualquiera de estos trastornos en el último año. Los grupos que presentaron mayor prevalencia de estos diagnósticos fueron 15 a 18 años y 30 a 44 años, siendo similares las cifras para los demás rangos de edad.

Tabla 10. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia últimos 30 días	3,52%	0,95%	2,02%	0,3
	(1,7 - 5,4)	0,9 (0,1 - 1,8)	(1,1 - 2,9)	
Prevalencia últimos 12 meses	7,98%	2,30%	4,67%	0,3
	(5,2 - 10,7)	(1,0 - 3,6)	(3,3 - 6,0)	
Prevalencia de vida	28,69%	7,07%	16,10%	0,2
	(24,1 - 33,2)	7,1 (4,9 - 9,3)	(13,7 - 18,5)	

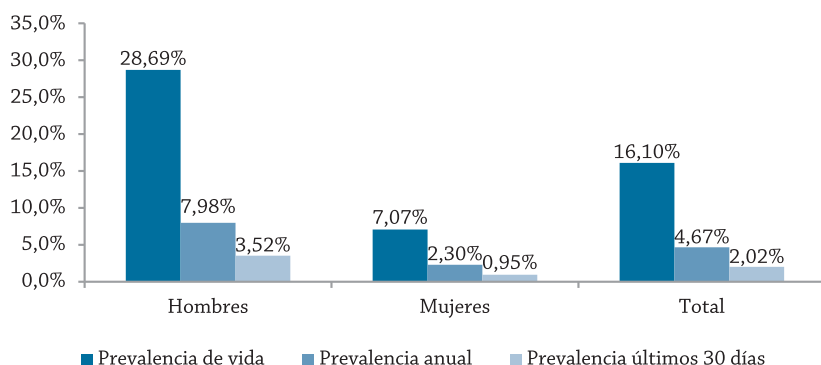


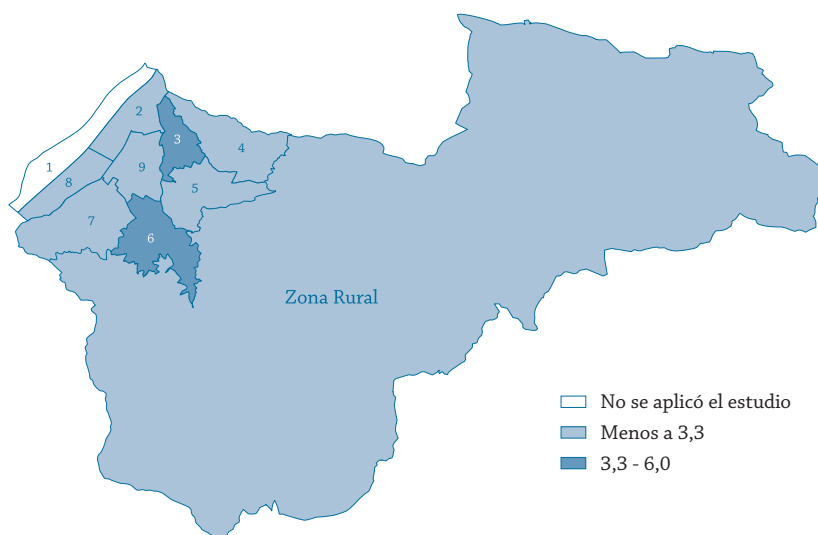
Gráfico 5. Prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según sexo. Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Tabla 11. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por uso de sustancias por cien según edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
15 a 18 años	8,56%	4,96%	1,74%
19 a 29 años	19,71%	4,33%	2,46%
30 a 44 años	18,34%	4,89%	2,60%
45 a 65 años	13,03%	4,19%	1,19%
Total	16,10%	4,67%	2,02%

Distribución geográfica para cualquier trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en el último año

Al analizar geográficamente cuáles son las zonas del municipio de Envigado que presentaron mayor problemática respecto a la presencia de trastornos mentales por usos de sustancias psicoactivas (abuso o dependencia), se encontró que las zonas 3 y 6 presentan cifras de prevalencia mayores respecto a las demás zonas del municipio, con cifras que oscilan entre 3,3% y 6,0%.



Mapa 1. Distribución para trastornos por uso de sustancias en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

Bibliografía

1. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 33° Informe OMS, Serie de Informes Técnicos. 2003 p. 28. Report No.: N° 915.
2. Peele, Stanton. The concept of addiction. En: The Meaning of Addiction Compulsive Experience and Its Interpretation. Lexington Books; 1985. p. 1-26.
3. Martel P. Mesolimbic dopaminergic system activity as a function of food reward: A microdialysis study. Pharmacol Biochem Behav. enero de 1996;53(1):221-6.
4. Ward RJ, Lallemand F, de Witte P. Biochemical and Neurotransmitter Changes Implicated in Alcohol-Induced Brain Damage in Chronic or «Binge Drinking» Alcohol Abuse. Alcohol Alcohol. 20 de enero de 2009;44(2):128-35.
5. Devor EJ, Cloninger CR. Genetics of Alcoholism. Annu Rev Genet. diciembre de 1989;23(1):19-36.
6. Anderson, T. "Drug use and gender." En: Encyclopedia of criminology and deviant behavior, self-destructive behavior and disvalued identity. London; 2001.
7. Pérez de Castro I IA. Bases biológicas de la herencia y herramientas genético-moleculares para el estudio de las bases genéticas de las enfermedades psiquiátricas. En: Manual de Introducción a la Genética en Psiquiatría. Barcelona: Masson, S.A; 2000. p. 1-36.
8. Fantin M, B. Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*. 2006;18:285-92.
9. Hawkins JD CR, Miller JL. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin. 1992;112:64-105.
10. Becoña I. Bases científicas de la prevención de las drogo dependencias [Internet]. Madrid; 2002. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
11. Rodríguez, E D L, Rodríguez, J. *Estudio Nacional sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Bogotá DC; 1992.
12. Rodríguez, E. *Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá DC; 1996.
13. Ministerio de Salud de Colombia. Segundo Estudio Nacional de salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Versión preliminar. Bogotá: Oficina de Comunicaciones; 1998.

14. Programa Presidencial Rumbos. *Sondeo nacional de consumo de drogas en jóvenes*, 1999 – 2000. Bogotá D.C., Colombia; 2000.
15. Ministerio de la Protección Social FFS. *Estudio Nacional de Salud Mental*. Editora Grafica Ltda; 2003.
16. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional Sobre Consumo De Sustancias Psicoactivas En Jovenes Escolarizados De 12 A 17 Años En Colombia [Internet]. 2004. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20Consumo%20SPA%20%20escolares%202004%20informe.pdf>
17. Ministerio de la Protección Social DN de E. *Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/20.pdf>
18. Ministerio de Justicia y del Derecho O de D en C. *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*, 2013 [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.descentralizadrogas.gov.co///pdfs/documentacion/estudios/Estudio_Consumo_SPA_Colombia_2013_UNODC.pdf
19. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. diciembre de 2012;380(9859):2197-223.
20. Single E RJ, Robson L TM. The relative risk and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drugs use in Canada. 2000;162:1669-75.
21. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders. *Addict Behav*. noviembre de 1998;23(6):893-907.
22. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. diciembre de 2012;380(9859):2095-128.
23. Pontificia Universidad Javeriana. *Estimación de la carga de enfermedad para Colombia*, 2010 [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/documents/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+Colombia+2010.pdf/e0dbfe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e>

24. Ministerio de Salud ON de S, Instituto Nacional de Salud. *Mortalidad evitable en Colombia para 1998 - 2011* [Internet]. Bogotá DC; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>
25. Observatorio Nacional de Salud IN de S. Informe Técnico: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia [Internet]. Bogotá; Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf>
26. 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*. diciembre de 2012;380(9859):2163-96.
27. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. 2002.
28. Wakefield JC. DSM-5: an overview of changes and controversies. *Clin Soc Work J*. 2013;41:139-54.
29. Guimón J. *Controversias en la clasificación de los trastornos mentales* [Internet]. Editorial Colección PrOMeTeo; 34-9 p. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2014/07/libro-diagnosticodsm5-jose-guimon.pdf>
30. Fitzgerald B, Morgan BD. DSM-5 Changes on the Horizon: Substance Use Disorders. *Issues Ment Health Nurs*. 17 de septiembre de 2012;33(9):605-12.
31. Becoña E. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *C Med Psicossom*. 2014;110:58-61.
32. Velásquez, E O A, Castaño, GA C S. *Fundamentos de medicina: Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención*. Medellín: Edit CIB; 2013.
33. Kandel DB. High School Students Who Use Crack and Other Drugs. *Arch Gen Psychiatry*. 1 de enero de 1996;53(1):71.
34. Fergusson DM, Horwood LJ. Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*. marzo de 1997;92(3):279-96.
35. Szerman N, Martinez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, et al. Rethinking Dual Disorders/Pathology: Addict Disord Their Treat. marzo de 2013;12(1):1-10.

36. Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin DS. Suicide Attempts in Substance Abusers: Effects of Major Depression in Relation to Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry*. septiembre de 2002;159(9):1600-2.
37. Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health*. enero de 2001;91(1):31-7.
38. Caton CL, Shrout PE, Eagle PF, Opler LA, Felix A, Dominguez B. Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *Am J Public Health*. febrero de 1994;84(2):265-70.
39. Cuffel BJ, Shumway M, Chouljian TL, Macdonald T. A Longitudinal Study of Substance Use and Community Violence in Schizophrenia: *J Nerv Ment Dis*. diciembre de 1994;182(12):704-8.
40. Flynn PM, Brown BS. Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects. *J Subst Abuse Treat*. enero de 2008;34(1):36-47.

Trastornos de la alimentación



Trastornos de la alimentación

Diana Restrepo Bernal

Carolina Buitrago Salazar

Carolina Salas Zapata

Definición

Los trastornos de la alimentación, también conocidos como trastornos de la conducta alimentaria, consisten en graves alteraciones en las conductas relacionadas con la alimentación y el control de peso y están asociados con una gran variedad de consecuencias psicológicas, físicas y sociales adversas. Estos trastornos incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (una especie de compulsión por comer), así como las variantes de estas enfermedades. Una persona con un trastorno de la alimentación puede comenzar por comer solo cantidades más pequeñas o más grandes de alimentos. Sin embargo, en algún momento, su necesidad de comer menos o de comer más se sale de control y se vuelve un trastorno de la conducta alimentaria. Otros indicadores de los trastornos de la alimentación son la angustia intensa o la gran preocupación por el peso o la forma del cuerpo, y los esfuerzos extremos por controlar el peso o la cantidad de alimentos que se comen(1).

Los trastornos de la alimentación afectan tanto a los hombres como a las mujeres; sin embargo, en Colombia,

afectan 2.5 veces más a las mujeres y a las niñas que a los hombres y a los niños. Aunque los trastornos de la alimentación suelen aparecer durante la adolescencia o principios de la edad adulta, también pueden presentarse durante la infancia o más adelante en la vida.

A menudo, ocurren al mismo tiempo que otras enfermedades, como la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de ansiedad. Otros síntomas pueden llegar a ser potencialmente mortales si la persona no recibe tratamiento. Esto se refleja en el hecho de que la anorexia tiene la tasa más alta de mortalidad entre los trastornos psiquiátricos.

¿Qué provoca los trastornos en la alimentación?

Determinados factores psicológicos predisponen a las personas a desarrollar trastornos en la alimentación. Las familias o relaciones disfuncionales son un factor importante. Los rasgos de personalidad pueden también contribuir a estos trastornos. La mayoría de las personas con trastornos de la alimentación tienen baja autoestima, se sienten indefensas y con una insatisfacción profunda por su apariencia. Hay características específicas vinculadas con cada uno de los trastornos. Por ejemplo, las personas con anorexia tienden a ser perfeccionistas, mientras que las personas con bulimia son a menudo impulsivas. Los factores físicos, como la genética, también desempeñan un papel importante en poner en peligro a las personas(2).

Un amplio espectro de situaciones puede precipitar los trastornos de la alimentación en personas susceptibles. Los familiares o amigos pueden burlarse repetidamente de ellas respecto a sus cuerpos. Pueden participar en gimnasia u otros deportes que ponen énfasis en el peso bajo o en una determinada imagen corporal. Las emociones negativas o los traumas, como violación, abuso o la muerte de un ser querido, también pueden desencadenar trastornos. Incluso un acontecimiento feliz, como dar a luz, puede provocar trastornos debido al impacto estresante del hecho que implica un nuevo papel en la persona y su imagen corporal.

Una vez que las personas comienzan a tener conductas de alimentación anormales, el problema puede perpetuarse. Comer compulsivamente puede establecer un círculo vicioso activo. Algunas personas se purgan para eliminar el exceso de calorías y el dolor psíquico, luego comen compulsivamente otra vez para escapar de los problemas cotidianos.

Tipos de trastornos de la alimentación

Bulimia nerviosa

Las personas con bulimia nerviosa tienen episodios recurrentes y frecuentes de comer cantidades inusualmente grandes de comida. Suelen sentir una pérdida de control sobre estos episodios de atracones. A estos atracones les siguen comportamientos para compensar el exceso de comida, como vómitos forzados, uso exagerado de laxantes o diuréticos, ayunos, ejercicio excesivo, o una combinación de éstos.

A diferencia de la anorexia nerviosa, las personas con bulimia nerviosa suelen mantener lo que se considera un peso saludable o normal, y algunas hasta pesan un poco más de lo debido. Sin embargo, al igual que las personas con anorexia nerviosa, a menudo, tienen miedo de aumentar de peso, quieren desesperadamente perder peso, y están muy inconformes con el tamaño y la forma de su cuerpo. Por lo general, estas conductas relacionadas con la bulimia suceden 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.

Otros síntomas incluyen:

- Dolor e inflamación crónica de la garganta.
- Inflamación de las glándulas salivales en la zona del cuello y la mandíbula.
- Esmalte dental desgastado y mayor sensibilidad en los dientes, así como caries que son resultado de la exposición al ácido del estómago.
- Reflujo ácido y otros problemas gastrointestinales.
- Malestar e irritación intestinal debido al uso inadecuado de laxantes.
- Deshidratación grave por la purga de líquidos.
- Desequilibrio de electrolitos con niveles demasiado bajos o demasiado altos de sodio, calcio, potasio y otros minerales, lo que puede llevar a un ataque al corazón o cerebral.

La esencia de este trastorno son los episodios recurrentes de atracones de comida con comportamientos compensatorios e ideas sobrevaloradas acerca del ideal de la forma del cuerpo y el peso. Con frecuencia, puede existir un antecedente

de anorexia nerviosa (30%-50%) y el peso corporal puede ser normal(3).

Epidemiología y etiología

Tiene una incidencia de 1% a 1,5% en mujeres, con inicio en la adolescencia media y diagnóstico alrededor de los 20 años(4). De forma similar a la anorexia nerviosa, se observa una historia personal o familiar de obesidad, historia familiar de trastornos afectivos y por uso de sustancias(5).

Criterios diagnósticos

- Preocupación persistente con la comida
- Craving irresistible de comida
- Episodios de atracones
- Intentos por controlar la ganancia de peso (inducción de vómito, abuso de laxantes, purgantes, períodos de inanición, uso de medicamentos para suprimir el apetito, tiroxina, diuréticos).

Signos físicos

Pueden ser similares a los de la anorexia nerviosa, pero menos graves. Los problemas aparecen más relacionados con los períodos de purgas:

- Arritmias
- Falla cardíaca
- Desbalance electrolítico
- Erosiones esofágicas
- Perforación esofágica o gástrica
- Úlceras gástricas o duodenales
- Pancreatitis
- Constipación o esteatorrea
- Erosión dental
- Leucopenia o leucocitosis

Diagnósticos diferenciales

Trastornos gastrointestinales superiores asociados con vómito, tumores cerebrales, trastornos de personalidad, trastorno depresivo, trastorno obsesivo compulsivo, incremento de apetito relacionado con medicamentos, otras causas de sobrealimentación (Síndrome de Klein-Levine).

Comorbilidad

Las comorbilidades son múltiples con trastornos de ansiedad, afectivos, autolesionismo, uso de alcohol y drogas, promiscuidad, otros trastornos de impulsos.

Tratamiento

Se siguen principios generales similares a los de la anorexia nerviosa. Generalmente los pacientes son tratados de forma ambulatoria. La hospitalización se relaciona con riesgo de suicidio, problemas físicos o casos refractarios o embarazo por riesgo de aborto.

La mayor evidencia farmacológica la tienen las dosis altas de inhibidores de recaptura de serotonina por largo tiempo > 1 año. En cuanto a la psicoterapia, la mejor evidencia la tiene la terapia cognitivo conductual(6). El pronóstico generalmente bueno, es menos favorable cuando hay trastornos de personalidad o baja autoestima.

Trastorno por atracón

Las personas con el trastorno por atracón pierden el control sobre su alimentación. A diferencia de la bulimia nerviosa, a los episodios de atracones no les siguen conductas como purgas, exceso de ejercicio o ayunos. Por esta razón, las personas con trastorno por atracón, a menudo, tienen exceso de peso u obesidad. Las personas con trastorno por atracón, 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.

Anorexia nerviosa

Las personas afectadas por este trastorno tienen un interés marcado en su imagen, con un deseo patológico de delgadez y, para lograr esto, autoinducen la pérdida de peso de diversas formas. Este trastorno tiene una mortalidad significativa de 10% al 15% (2/3 por complicaciones físicas y 1/3 por suicidio)(7,8).

Epidemiología

La relación hombre:mujer es 1:10. El promedio de edad de comienzo de la enfermedad para las mujeres son los 16-17 años

y es poco común después de los 30 años. En hombres comienza, aproximadamente, a los 12 años. La incidencia se ha reportado cercana al 0,5 % en mujeres jóvenes adolescentes. Los estudios en comunidad han sugerido una distribución similar entre clases sociales, pero los estudios clínicos muestran un predominio en clases medias y altas(9).

Criterios diagnósticos

- Una pérdida de peso de 15% o más con base en el peso esperado o un índice de masa corporal (IMC) de 17,5 Kg/mt² o menos.
- Pérdida de peso autoinducida al evitar comidas con alto contenido calórico, inducir el vómito, realizar ejercicio excesivo, usar supresores del apetito o laxantes.
- Distorsión de la imagen corporal: verse gorda(o).
- Trastornos endocrinos: alteración del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo cual genera amenorrea, menor interés sexual o impotencia, incremento de los niveles de hormona del crecimiento, incremento de cortisol, niveles alterados de hormonas tiroideas y secreción inadecuada de insulina.
- Retraso de la pubertad si el comienzo del trastorno fue prepuberal.

Etiología

Se ha encontrado una concordancia genética en gemelos monocigóticos: dicigóticos = 65 %: 32 %. Entre mujeres mellizas 6-10 %. No se ha documentado un exceso de eventos vitales o abuso físico o sexual al compararlos con controles psiquiátricos. Desde el modelo psicodinámico se han descrito familias rígidas, sobreprotectoras, en las cuales pueden existir conflictos sin resolver con límites generacionales débiles. Se ha propuesto también una preocupación excesiva en los padres por la comida, y una carencia de sentido de identidad en la persona afectada(10).

El modelo analítico propone una regresión a la niñez, con una fijación en la etapa oral, como una forma de escapar de los problemas emocionales de la adolescencia(11).

El modelo biológico propone disfunción hipotalámica que no queda claro si es una causa o una consecuencia, además de déficits neuropsicológicos como vigilancia disminuida, compromiso de la atención, de habilidades viso-espaciales, memoria asociativa, lo cual se ha visto que mejora cuando se gana peso.

En las imágenes cerebrales de tomografía se ha observado pseudoatrofia surcal, aumento del tamaño de los ventrículos, lo cual también se corrige cuando se gana peso. En las neuroimágenes funcionales se ha descrito hipoperfusión en el lóbulo temporal, lo cual puede correlacionarse con los problemas viso-espaciales y la distorsión de la imagen corporal(12).

Síntomas psiquiátricos comunes

Dentro de los múltiples síntomas psiquiátricos que pueden presentar estos pacientes, se encuentran irritabilidad, depresión, baja autoestima, pérdida de apetito, disminución de energía, insomnio, pérdida del deseo sexual, aislamiento social, pensamientos obsesivos relacionados con la comida.

Criterios para la hospitalización

- Pérdida rápida de peso que no responda a manejo ambulatorio.
- Grave alteración electrolítica que ponga en peligro la vida (hipocalemia o hiponatremia).
- Temperatura menor de 36 °.
- Caídas por bradicardia (FC<45 latidos/minuto) o marcada caída de la presión arterial por cambios posturales.
- Complicaciones cardíacas.
- Psicosis o riesgo alto de suicidio.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio.

Metas del tratamiento

Se debe tener cuidado con el riesgo de realimentación, lo cual puede generar descompensación cardíaca especialmente en las primeras dos semanas. Los síntomas pueden incluir edema y falla cardíaca. Se debe procurar que la ganancia de peso sea de 1-2 libras/semana. Para esto se puede aumentar la ingesta calórica en 200-300 calorías cada 3 a 5 días.

Diagnóstico diferencial

Dentro de los diagnósticos diferenciales se deben considerar las enfermedades crónicas y debilitantes, tumores cerebrales, problemas gastrointestinales como enfermedad de Crohn, síndromes de malabsorción. También la pérdida de apetito secundaria a medicamentos como las anfetaminas, los

inhibidores de recaptura de serotonina, además de considerarse la depresión y el trastorno obsesivo compulsivo.

Consecuencias físicas de la anorexia nerviosa

Dentro de los problemas más comunes asociados con la anorexia nerviosa se encuentran:

- Oral: caries dental.
- Cardiovascular: hipotensión, prolongación del intervalo QT, arritmias, cardiomiopatía.
- Gastrointestinal: tránsito intestinal prolongado por retardo en el vaciamiento gástrico, motilidad antral alterada, atrofia gástrica, disminución de la movilidad intestinal, constipación.
- Endocrino y metabólico: hipercortisolemia, amenorrea, retraso de la pubertad, osteoporosis, hipoglicemia, hipotermia, función tiroidea alterada, hipokalemia, hiponatremia, detenimiento del crecimiento.
- Renal: cálculos renales.
- Reproductivo: infertilidad, bebés de bajo peso.
- Dermatológico: piel seca, caída de cabello, lanugo, vello corporal.
- Neurológico: neuropatía periférica, pérdida de volumen cerebral, aumento del tamaño ventricular.
- Hematológico: anemia, leucopenia, trombocitopenia.

Complicaciones cardíacas

Esta es la causa más común de muerte por complicaciones físicas (7-10 %). Los hallazgos pueden incluir bradicardia significativa (30 – 40 latidos por minuto), hipotensión, cambios en el segmento ST, onda T aplanada, bajos voltajes en las derivaciones derechas, arritmias que pueden llevar a la muerte, especialmente por prolongación del QT. En el ecocardiograma se observa disminución del tamaño del corazón, especialmente de la masa ventricular izquierda, con prolapso de la válvula mitral, lo cual genera disfunción sistólica con regurgitación significativa. Estos hallazgos pueden corresponder a una respuesta fisiológica por la desnutrición y pueden corregir con la ganancia de peso(13).

Amenorrea

Está incluida en los criterios diagnósticos y es debida a la disfunción hipotalámica, con bajos niveles de hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), lo cual genera

una reversión a un estadio prepuberal. Las consecuencias de esto son la infertilidad, pequeños y múltiples folículos en los ovarios, disminución del volumen uterino y atrofia. La amenorrea puede persistir en el 5 a 44 % de los casos, incluso después de recuperar un peso normal.

Osteopenia

Tanto el hueso cortical como trabecular se ve afectado y la osteopenia persiste a pesar de terapia estrogénica. Contribuyen a la pérdida de hueso los bajos niveles de progesterona y los niveles disminuidos de factor de crecimiento (IGF-1). No existe un tratamiento específico para la osteopenia, se dan suplementos de calcio de 1000 a 1500 mg/día, vitamina D 400UI/día. El ejercicio puede ser útil en las mujeres adultas, pero no en las adolescentes porque puede causar un cierre prematuro de las epífisis.

Otros signos físicos

Pueden aparecer también hipertrofia de las glándulas parótidas y glándulas submandibulares, hipercarotenemia en piel y escleras, cianosis periférica, atrofia de los senos, uñas y pelo quebradizos, piel seca y pérdida de masa muscular.

Pronóstico

Sin tratamiento, este trastorno conlleva una alta mortalidad comparada con otros trastornos mentales (10-15 %).

- Con el tratamiento, aplican las reglas de los tercios: 1/3 se recupera por completo, 1/3 se recupera parcialmente y 1/3 continúa con problemas crónicos.

Son predictores de mal pronóstico: enfermedad crónica, comienzo tardío, características bulímicas (vómito o purgas), ansiedad al comer con otros, excesiva pérdida de peso, pobre ajuste social en la niñez, malas relaciones con los padres y sexo masculino.

Resultados del Municipio de Envigado

El Estudio de Salud Mental realizado en esta población indagó por los trastornos de anorexia y bulimia, sin encontrar dicha problemática en sus habitantes, dado que no se reportaron casos diagnosticados en los últimos 12 meses anteriores al estudio.

Bibliografía

1. National Institute of Mental Health. *Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida* [Internet]. Transforming the understanding and treatment of mental illnesses. 2016. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion/index.shtml>
2. American Psychiatric Association. *Trastornos de la alimentación* [Internet]. American Psychological Association. 2018. Available from: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alimentacion.aspx>
3. Erzegovesi, Bellodi L. Eating disorders. *CNS Spectr*. 2016; 21: 304–9.
4. Lindvall Dahlgren C, 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* [Internet]. 2017 Dec [cited 2018 Jun 15]; 5(1). Available from: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-017-0186-7>
5. Trottier K, MacDonald DE. Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2017 Aug [cited 2018 Jun 15]; 19(8). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-017-0806-6>
6. Linardon J, Wade TD. How many individuals achieve symptom abstinence following psychological treatments for bulimia nervosa? A meta-analytic review. *Int J Eat Disord*. 2018 Apr; 51(4):287–94.
7. Ziser K, Resmark G, Giel KE, Becker S, Stuber F, Zipfel S, et al. The effectiveness of contingency management in the treatment of patients with anorexia nervosa: A systematic review. *Eur Eat Disord Rev* [Internet]. 2018 Mar 26 [cited 2018 Jun 15]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/erv.2590>
8. Kolar DR, Rodriguez DLM, Chams MM, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry*. 2016 Nov; 29(6):363–71.
9. Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, Hübel C, Baker JH, Munn-Chernoff MA, et al. The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders: Nine Truths. *Eur Eat Disord Rev*. 2017 Nov; 25(6):432–50.
10. Bulik CM, Kleiman SC, Yilmaz Z. Genetic epidemiology of eating disorders: *Curr Opin Psychiatry*. 2016 Nov; 29(6):383–8.

11. Abbate-Daga G, Marzola E, Amianto F, Fassino S. A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2016; 21: 553–80.
12. Mölbert SC, Klein L, Thaler A, Mohler BJ, Brozzo C, Martus P, et al. Depictive and metric body size estimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017 Nov; 57:21–31.
13. Jagielska G, Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol.* 2017 Apr 30; 51(2):205–18.



Comportamiento suicida

Comportamiento suicida

Yolanda Torres de Galvis

Antecedentes

Dura predicción de la OMS que ya se cumple...

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

En el **2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.**

En nuestros últimos estudios, incluyendo el actual, ya no es una predicción es una realidad...

¿Qué estamos haciendo?

El suicidio es un fenómeno complejo que atrajo la atención de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas a lo largo de los siglos. Según el filósofo francés, Albert Camus (*El mito de Sísifo*), es el único problema filosófico serio.

Los suicidios son prevenibles. Para que las respuestas nacionales sean eficaces, se necesita una estrategia integral multisectorial de prevención. OMS

El suicidio es un problema importante de salud pública en todo el mundo. Cada año muere aproximadamente un millón de personas por esta causa, convirtiéndola en una de las principales 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 mayor contribuyente de la carga de enfermedad en las próximas décadas. En este sentido se 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 estos son considerados el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo(1).

En mayo del 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).

Un sencillo vistazo a la web de la OMS nos 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 2015 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 16 por 100.000, o una muerte cada 40 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 20 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 los países, sin hablar del sufrimiento que genera a seis supervivientes en promedio (familiares y allegados) por suicidio.

- Las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora son el grupo de 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 solo 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 “suicidio consumado”.

Aplicadas por el Ministerio de Salud

Conducta suicida. Es “una secuencia de eventos, denominada *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”.

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 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 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”.

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 sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método”(3).

Suicidio. Se considera como tal, la muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzante, lanzamiento al vacío o a un vehículo y cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinfligida y con la intención de provocar el propio fallecimiento.

Definiciones OPS/OMS

En el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OPS/OMS, se presentan interesantes aspectos complementarios a los anteriores:

Según el informe de la OMS, las muertes por suicidio son solo una parte de este grave problema. Además de los que mueren, muchas personas más sobreviven a los intentos de acabar con su propia vida o causarse un daño, a menudo suficientemente grave

para requerir atención médica(4). Por otro lado, cada persona que se suicida deja detrás de sí a muchas otras —familiares y amigos— cuyas vidas resultan profundamente afectadas desde el punto de vista emocional, social y económico. Se estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio o con las lesiones autoinfligidas suman al año miles de millones de dólares estadounidenses(5).

Según la OPS, el término “suicidio” en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra “suicidio” en su obra *Religio Medici* (1642). Médico y filósofo, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El término nuevo reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona(6).

Una definición muy conocida de suicidio es la que aparece en la edición de 1973 de la *Enciclopedia Británica*, citada por Shneidman: “**el acto humano de causar la cesación de la propia vida**”(7). Sin 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(8). 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 de 10 a 20 o más intentos de suicidio (OMS 2013). Se reconoce que la calidad de denuncia 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 bibliografía, el término se refiere también al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño(9,10). Si bien estos sentimientos —o ideaciones— diferentes expresan distintos grados de gravedad, no existe necesariamente una continuidad entre ellos.

La ideación suicida, o los pensamientos de acabar con la propia vida, pueden variar en severidad en función de la concreción de los planes de suicidio y de la voluntad de llevarlos a cabo. Así, la ideación suicida puede expresarse como pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido o de valor de la vida o breves pensamientos de muerte, o llegar a implicar planes concretos y permanentes para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse, de manera que puede oscilar entre presentaciones agudas y crónicas. La ideación suicida puede ser parte de un estado de ánimo deprimido a la vez que un modo de enfrentarse activamente con ese estado de ánimo o de intentar escapar de él(11). La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios consumados(12). Asimismo, dependiendo del entorno concreto del estudio, la prevalencia anual está entre el 2,3 % y el 8,7 % y la prevalencia de vida puede variar entre el 2,6 % en Chennai India y el 25,4 % en Durban Sudáfrica(12). En los estudios epidemiológicos norteamericanos, National Comorbidity Survey (NCS) y National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R), la prevalencia de 12 meses(anual) de la ideación suicida fue del 2,8 % y 3,3 %, respectivamente(10). Estimaron una tasa de aproximadamente 3.000 por 100.000 personas con ideas de suicidio en Estados Unidos cada año, mientras que sólo 14 por cada 100.000 personas completarían un suicidio.

El suicidio es una de las principales causas de muerte en Europa entre las personas jóvenes y de mediana edad, especialmente en los hombres, como resultado del descenso de la mortalidad por accidentes. En muchos países de Europa, el suicidio es la segunda causa de muerte, seguida por los accidentes, en el grupo de edad de 15 a 34 años(13).

Otras formas de violencia autoinfligida

Otra forma frecuente de violencia dirigida contra uno mismo es la automutilación, que consiste en la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente. Favazza(14) ha propuesto tres categorías principales:

- La automutilación grave que incluye cegarse y la amputación por la propia víctima de dedos, manos, brazos, pies o genitales.
- La automutilación estereotípica, como golpearse la cabeza contra la pared, morderse, golpearse las manos o los brazos, apretarse los ojos o la garganta y arrancarse el cabello.
- La automutilación superficial o moderada, como cortarse, arañarse o quemarse la piel, clavarse agujas o tirarse compulsivamente del pelo.

Nota: para un análisis extenso de la automutilación, véase el trabajo de Favazza(14).

Magnitud del problema: Comportamiento suicida mortal

En el ámbito mundial

Como ya se informó, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. El suicidio representa 1,4 % de las muertes a nivel mundial y se clasifica entre las 20 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, donde constituye actualmente 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 en varones y 12 por 100.000 en mujeres en el año 2003(16,17).

En el 2010 la Organización Mundial de la Salud (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 2020 alcanzará 1,5 millones de muertes anuales. Cada 30 segundos se suicida una persona en el mundo y cada día hay en promedio casi 3.000 que ponen fin a su vida, y al menos 20 intentan suicidarse por cada una que lo consigue.

La OMS agregó, con motivo de la Jornada Mundial de Prevención del Suicidio, que el porcentaje de suicidios en el mundo ha aumentado un 60 % durante los últimos 50 años y el aumento más fuerte se registró en los países en desarrollo.

La OMS señala que el trauma emocional que causa un suicidio en el entorno del suicida, fallido o realizado, “puede durar numerosos años”.

 **Tabla 1. Comportamiento mundial del suicidio por regiones de la OMS, según edad y sexo**

Número de suicidios por región y edad								
Región	5 - 14	15 - 29	30-44	45-59	60-70	71-79	80+	Total
Total mundial	5,961	136,532	128,196	117,916	52,222	43,984	21,676	782,014
Americas	782	2,114	15,127	13,936	5,309	2,251	903	72,064
Tasa sexo masculino								
Total mundial	0,1	15,3	17,8	23,4	28,2	42,2	60,1	14,9
Americas	0,7	13,4	15,9	18,9	18,9	22,2	34,1	7,9
Tasa sexo femenino								
Total mundial	1,0	11,2	8,6	9,5	12,4	18,7	27,8	8,2
Americas	1,5	3,9	4,3	5,8	4,4	3,3	3,5	3,4

Fuente: Tabla construida con base en los datos de Peter Värnik, *Suicide in the World*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2012, 9, 760-771.

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”, añadió la OMS.

En el ámbito mundial, los hombres tienen una mayor tasa de suicidios 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 extrema 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 4 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 en 2005 y 2009, pero se incrementó en América Latina y el Caribe.
- Los países de la región con las tasas de suicidio más altas entre 2005 y 2009 fueron: Guyana (26,2 por 100 mil habitantes), Surinam (23,3), Uruguay (14,2), Chile (11,2), Trinidad y Tobago (10,7), Estados Unidos (10,1), Cuba (9,9) y Canadá (9,7).

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, 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 7 cada hora, según un informe presentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas, de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El suicidio es una de las principales causas prevenibles de muerte para ambos sexos.

La Organización Panamericana de la Salud lo reconoce como un problema relevante de salud pública y ha fortalecido su cooperación técnica en este campo.

En el Plan Estratégico (2014-2017) se determinó que el suicidio es uno de los indicadores de impacto que deben ser evaluados en la región.

Se señala que estos y otros hallazgos deben ser interpretados con cuidado, ya que la calidad de los datos 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.

Con base en el Informe, la anterior Directora de la OPS enfatizó en la necesidad de detectar esos casos de manera temprana, así como también de tratar los trastornos mentales, como la depresión y el abuso de alcohol, y 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.

“Prevenir el suicidio no es sólo responsabilidad de los trabajadores de la salud; las comunidades, las familias, los grupos religiosos y los grupos sociales deben involucrarse”(19).

Comportamiento del suicidio en Colombia

Colombia se encuentra entre los países con tasas medias de suicidio, con una frecuencia de 5 por 100 mil habitantes, siendo ésta la cuarta causa de muerte violenta en el país. La tasa de suicidios corresponde a un suicidio cada cuatro horas, siendo el principal mecanismo la intoxicación (31,0 %), seguido por las heridas con arma de fuego (30,0 %) y el ahorcamiento (27,3 %).

Según datos de la OMS en el Informe Regional sobre Mortalidad por Suicidio en las Américas(19), Colombia presenta una tasa ajustada por edad de muerte por suicidio por 100.000 habitantes de 5,20 para el total de la población, 8,36 para hombres y 2,15 para mujeres.

Según informes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses:

- En el año 2016 se reportaron **2.310 suicidios, 242 casos (10,4 %) más que en el año inmediatamente anterior.**
- El decenio 2007-2016 acumuló 19.177 casos.
- Se presenta una media de 1.918 eventos por año.
- Hay 193 suicidios al mes y seis suicidios por día.
- **La tasa de lesiones fatales autoinfligidas, en 2016, fue de 5,20** eventos por cada 100.000 habitantes.

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 20-24 años y 25-29 (270 y 228 casos, respectivamente) para los hombres. El mecanismo de asfixia fue el más común en hombres y mujeres, presentando 1.421 casos (61,52 %), seguidos por tóxicos con 447 casos (19,35 %) y por el proyectil de arma de fuego con 266 casos (11,52 %).

La tasa de intento de suicidio reportada en el SISPRO para el período 2009 a 2015, se ha ido incrementando año tras año, pasando de 0,9 por 100.000 habitantes en 2009 a 2,05 por 100.000 habitantes en 2015.

Con base en lo anterior, la Razón de Riesgo de Suicidio en el periodo fue de 1:2,8 lo que significa que por cada caso de intento de suicidio en el 2009, se presentaron cerca a tres casos en el 2015. Si la tendencia ha continuado igual, debe haberse incrementado para el 2018.

- La distribución de las **tasas de intento de suicidio**, por grupos de edad, son más altas en el grupo de 15 a 19 años, seguido por el grupo de 20 a 24 años.
- Existen diferencias según el sexo: las tasas son más altas en las mujeres y la razón mujer/hombre se ha mantenido: por cada hombre que intenta suicidarse, aproximadamente dos mujeres lo hacen.
- En cuanto al **motivo del suicidio** se reportan las enfermedades físicas y mentales como las primeras causas, reportándose 311 casos (29,09 %). El conflicto de pareja o expareja es la segunda causa, con 277 casos (25,91 %).
- **Lugar de ocurrencia:** la vivienda con el 72,13 %.
- El 78 % de los municipios que reportaron casos de suicidio, durante el 2016, presentaron una tasa por 100.000 habitantes superior a la nacional.

Según la información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en su sistema de información SIRDEC, para el año 2016 se reportaron un total de 2.310 casos de suicidio en Colombia(22). En la última década (2007-2016), el sistema médico legal colombiano documentó 19.177 registros por suicidio, lo que corresponde a 1.918 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 2011, 2012 y 2015, **1.889, 1.901 y 2.068** casos, respectivamente. La tasa por 100.000 habitantes para el suicidio en Colombia registra en la última década una constante entre los años 2007-2014, con un promedio de 4,56 casos por cada 100.000 habitantes.

- El suicidio para el año 2016 tuvo un comportamiento por sexo de 1.888 hombres (81,7 %) y 422 mujeres (18,2 %).
- La distribución por edad presentó las frecuencias más altas en los hombres de 20-24 años (270 casos) y de 25-29 años (228 casos): 14,30 % y 12,08 %, respectivamente.

- En las mujeres, la mayor frecuencia estuvo en el grupo de 15-17 años (71 casos) y de 20 a 24 (57 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 7,60, muy por encima de la tasa general (5,20).

- Según sexo, la tasa más alta se presentó para los hombres adultos (80 y más años) con 16,16 por 100.000 versus las mujeres, en las cuales se encontró en las adolescentes con tasas de 5,60 (15-17 años) y 4,01 (18- 19 años).

- La tasa general para los suicidios en Colombia se encuentra en 5,20, la más alta de los últimos diez años.

Comportamiento según escolaridad: el 73 % de los casos reportados como suicidio cuenta con información sobre esta variable. Las personas sin estudios o con estudios primarios presentan un mayor índice de suicidio. El nivel educativo es un factor importante a la hora de encontrar trabajo, variable que se comporta como factor de protección para el acto suicida.

El comportamiento es similar al año anterior, **según el sexo** de la víctima, en campesinos o trabajadores del campo (90 hombres y 12 mujeres). Por cada mujer campesina se suicidan ocho hombres en la misma condición de vulnerabilidad.

Posibles razones del suicidio: no se cuenta con información en 1.241 casos (53,7 %). Excluyendo estos casos, los factores internos, como la enfermedad física o mental, condujo a 246 hombres (28,60 %) y a 65 mujeres (31,10 %) al suicidio. Factores externos, como el conflicto de pareja y el desamor, fueron determinantes para que 425 personas consumaran el suicidio (39,75 %).

Edad: de acuerdo con lo reportado por los sistemas de Información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y lo descrito en la literatura científica internacional, se evidencian registros de suicidio en niños en el rango de edad de **5-9 años**. El informe *Truth Hurts* revela que la edad media a la que empieza la conducta suicida son los 12 años e incluso puede detectarse en edades inferiores.

Según las estadísticas nacionales e internacionales, los casos de intento de suicidio y suicidios consumados, en este grupo, han ido en aumento, por lo que es importante la realización de estudios para

detectar niños y adolescentes que presenten pensamientos suicidas, siendo esto un problema que afecta al núcleo familiar y conlleva a tener una sociedad psicológicamente débil y desprotegida.

Factores asociados

Tabla 2. 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	
	RD	IC 95%	RD	IC 95%	RD	IC 95%
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)

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

Las demás drogas estudiadas presentaron asociación, pero menos fuerte que las anteriormente priorizadas, teniendo en cuenta que el alcohol, la marihuana y el tabaco son consideradas puertas de entrada que anteceden al consumo de cocaína y heroína.

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

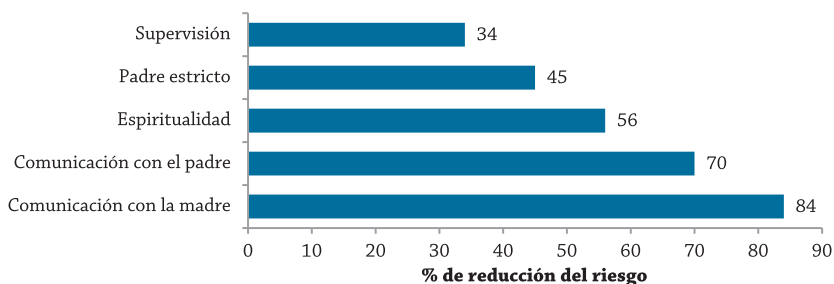


Gráfico 1. Factores de protección para intento de suicidio en los últimos 12 meses – Adolescentes, Colombia.

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

Ideación suicida

Tabla 3. Indicadores de prevalencia ideación suicida por cien según sexo y razón mujer/hombre Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo F:M
Prevalencia anual	6,68%	7,10%	6,93%	1,1
	(4,2 - 9,2)	(4,9 - 9,3)	(5,3 - 8,6)	
Prevalencia de vida	19,66%	23,62%	21,97%	1,2
	(15,7 - 23,7)	(20,0 - 27,2)	(19,3 - 24,7)	

En el presente estudio, la prevalencia anual de ideación suicida, como primer indicador estudiado, fue 6,93 % con un IC95 % superior de 8,6 % para el total de la población, siendo superior para el sexo femenino, en el cual el IC95 % llega a 9,3 %.

La prevalencia de vida tuvo un comportamiento casi tres veces superior a la anual con una proporción de 22,0% para el total de la población con un intervalo superior de 95% que llega cerca al 25,0%. **Lo anterior puede interpretarse como que, de cada 4 habitantes de Envigado, uno ha presentado ideación suicida en cualquier momento de su vida.**

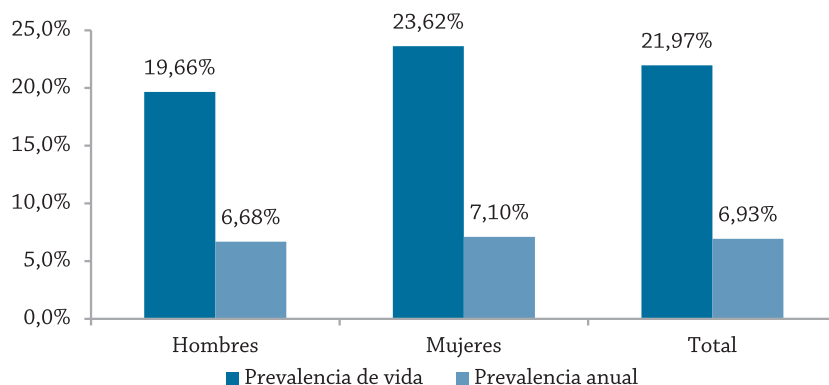


Gráfico 2. Prevalencia de ideación suicida por cien según sexo. Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Como se observa en el gráfico anterior, la prevalencia de vida para ideación suicida es mayor para el sexo femenino, siendo de 23,62 % versus 19,66 % para el masculino.

Tabla 4. Indicadores de prevalencia de ideación suicida por cien según edad.
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Razón Prevalencia Vida:Anual
15 a 18 años	23,63%	11,94%	1,97
19 a 29 años	22,12%	7,18%	3,08
30 a 44 años	23,71%	8,05%	2,97
45 a 65 años	19,03%	3,93%	4,84
Total	21,97%	6,93%	3,17

Con relación al análisis por la variable edad, el grupo de 15 a 18 años presenta la prevalencia anual más alta para ideación suicida, con 11,94 %, y la más baja el grupo de 45 a 65 años con una proporción del 3,93 %. Es decir, por cada persona entre 45 y 65 años con ideación suicida durante el último año, hay tres en el grupo de 15 a 18 años, presentándose un comportamiento del patrón por la variable edad diferente al de otros estudios.

Al comparar el comportamiento de los dos indicadores a través de la estimación de la razón, la **prevalencia de vida** presenta grandes diferencias con la prevalencia anual, con proporciones significativamente superiores. Lo anterior puede tener explicación por un comportamiento acumulativo: a mayor edad, mayor probabilidad; pero también podría deberse a un efecto de cohorte, en el cual los grupos de mayor edad se comportaban como los de mayor riesgo.

Planeación suicida

Tabla 5. Indicadores de prevalencia de planeación suicida por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo F:M
Prevalencia anual	1,93%	3,36%	2,76%	1,7
	(0,5 - 3,3)	(1,8 - 4,9)	(1,7 - 3,8)	
Prevalencia de vida	7,95%	11,12%	9,80%	1,4
	(5,2 - 10,7)	(8,4 - 13,8)	(7,9 - 11,7)	

Como puede observarse en la tabla 4, la prevalencia de vida para el total de planeación suicida es casi 10 %, lo que indica que, de cada cien personas, diez han llevado a cabo un plan para suicidio en cualquier momento de su vida. En las personas del sexo femenino la proporción es mayor con una prevalencia de

vida del 11,12% y una razón por sexo de 14 mujeres por cada 10 hombres, lo que indica la diferencia del comportamiento del problema según esta importante variable.

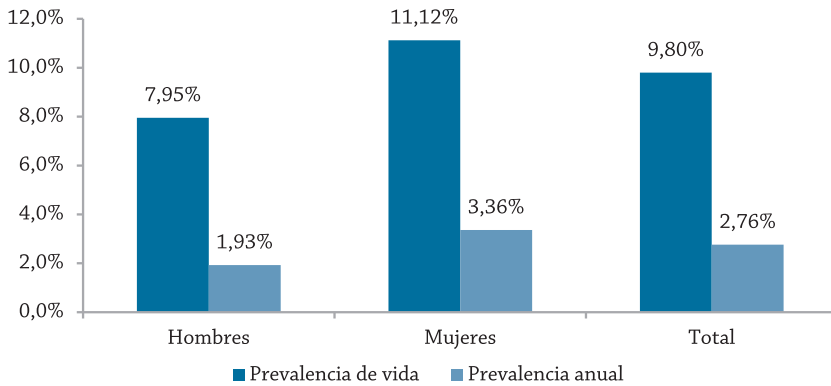


Gráfico 3. Prevalencia de planeación suicida por cien según sexo
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

En la gráfica anterior se puede visualizar el comportamiento de los dos indicadores de planeación durante la vida versus el año anterior.

Tabla 6. Indicadores de prevalencia de planeación suicida por cien según edad.
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Razón Prevalencia Vida:Anual
15 a 18 años	14,44%	6,66%	2,16
19 a 29 años	8,58%	2,78%	2,89
30 a 44 años	8,42%	1,75%	4,81
45 a 65 años	9,89%	2,27%	4,36
Total	9,80%	2,76%	1,73

Los indicadores muestran que un porcentaje de los que presentan la ideación de suicidio, luego pasan a la planeación. Al observar el comportamiento de este indicador, se nota que, a partir del grupo de 30 a 44 años, por cada persona con ideación, más de cuatro presentan situaciones de planeación de suicidio, siendo el grupo de 30 a 44 años el de mayor riesgo, con una razón de 1:4,48. Esto significa que, por cada persona sin ideación que presenta planeación del suicidio, casi 5 lo hacen entre los que tienen antecedentes de planeación. Hallazgo a tenerse en cuenta para los programas de prevención.

Intento de suicidio

Tabla 7. Indicadores de prevalencia de intento de suicidio por cien según sexo y razón hombre/mujer. Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo F:M
Prevalencia último año	2,94%	2,48%	2,67%	0,8
	(1,2 - 4,6)	(1,2 - 3,8)	(1,6 - 3,7)	
Prevalencia de vida	9,31%	13,05%	11,49%	1,4
	(6,4 - 12,2)	(10,2 - 15,9)	(9,4 - 13,6)	

El comportamiento del intento de suicidio en los últimos 12 meses fue de 2,67 %, con IC95 % entre 1,6 y 3,7 % para el total de la población, casi el mismo porcentaje que presentó la ideación en el mismo período, lo que confirma lo informado por otros investigadores sobre el tema.

Para la prevalencia del sexo femenino, la proporción para la prevalencia de vida fue de 13,05 %, y para el masculino de 9,31 %. La razón por sexo muestra cómo, por cada 10 hombres, lo informan 14 mujeres.

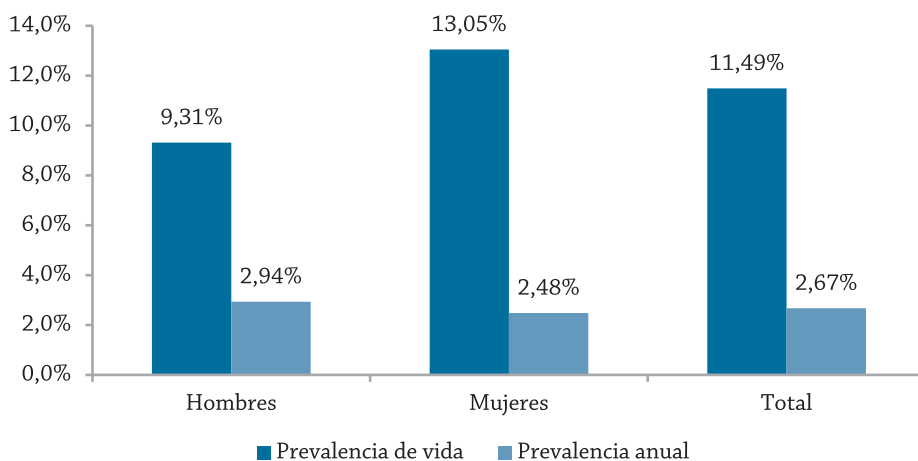


Gráfico 4. Prevalencia de intento de suicidio por cien según sexo. Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

En la gráfica anterior se puede observar el comportamiento del intento de suicidio para la prevalencia de vida y la prevalencia anual. Llama la atención el comportamiento del indicador de prevalencia del año anterior, en donde las cifras son más cercanas en su magnitud para los tres indicadores.

Tabla 8. Indicadores de prevalencia de intento de suicidio por cien según edad
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Edad	En la vida	Últimos 12 meses	Razón Prevalencia Vida/Anual
15 a 18 años	9,43%	2,39%	3.90
19 a 29 años	12,38%	2,62%	5.18
30 a 44 años	11,11%	3,06%	3.63
45 a 65 años	11,45%	2,31%	4.96
Total	11,49%	2,67%	4.30

El comportamiento por edad es muy similar a partir del grupo 19 a 29 años, lo que **no concuerda** con los informes de otros estudios.

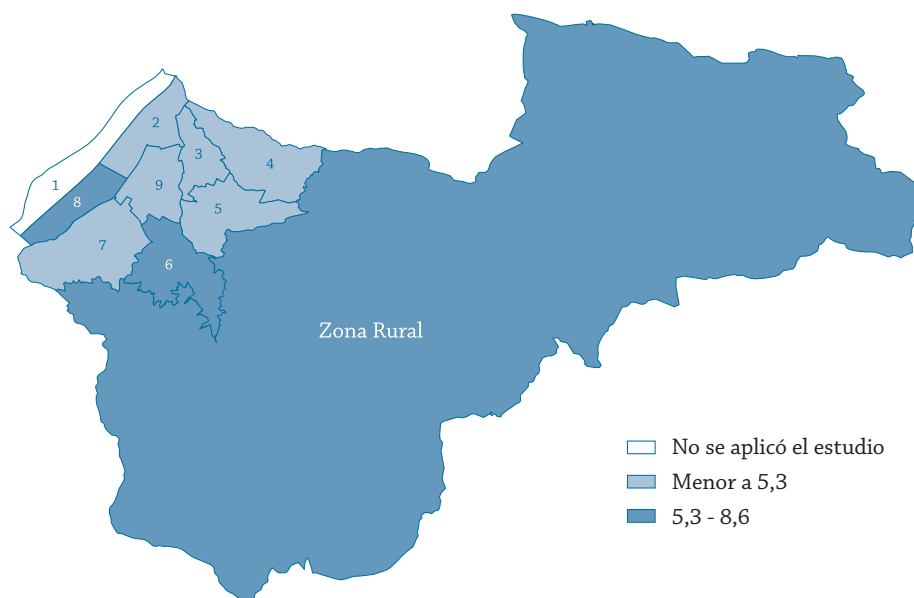
El presente estudio concuerda con otros en la asociación entre intento previo de suicidio (durante la vida) e intento reciente en los 12 últimos meses, confirmando su comportamiento como predictor de suicidio consumado.

Tabla 9. Indicadores de prevalencia por cien para comportamiento suicida en la vida y los últimos 12 meses
Estudio de Salud Mental - Envigado 2017

Indicador	En la vida	Últimos 12 meses
Ideación	21,97%	6,93%
Planeación	9,80%	2,76%
Intento	11,49%	2,67%

Al analizar la síntesis de los indicadores, se puede observar que el comportamiento de la planeación y el del intento de suicidio para el último año son muy similares, lo que puede interpretarse como que la planeación está íntimamente ligada al intento. Por cada 70 personas que presenta ideación, casi 28 lo planean o lo intentan. Además, se debe recordar que el intento de suicidio está fuertemente asociado con el suicidio consumado, como lo informan varias investigaciones.

Al analizar el comportamiento de los indicadores por lugar de residencia, se presenta más alto riesgo para el área rural y para las comunas 6 y 8.



Mapa 1. Distribución para comportamiento suicida en el último año según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Otros análisis del comportamiento suicida

Tabla 10. Comparación con otros estudios: indicadores por cien para comportamiento suicida según sexo - Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Categorías	Masculino			Femenino			Total		
	Medellín 2011	Itagüí 2012	Envigado 2017	Medellín 2011	Itagüí 2012	Envigado 2017	Medellín 2011	Itagüí 2012	Envigado 2017
Prevalencia de vida									
Ideación suicida	12,5%	11,5%	19,7%	15,1%	14,8%	23,6%	14,1%	13,3%	22,0%
Plan suicida	3,3%	3,5%	7,9%	4,9%	2,8%	11,1%	4,3%	3,1%	9,8%
Intento de suicidio	3,0%	3,3%	9,3%	5,5%	3,6%	13,1%	4,6%	3,5%	11,5%
Prevalencia anual									
Ideación suicida	3,0%	6,0%	6,7%	3,9%	4,4%	7,1%	3,6%	4,4%	6,9%
Plan suicida	0,5%	1,8%	7,9%	1,7%	0,8%	11,1%	1,3%	1,2%	9,8%
Intento de suicidio	0,4%	1,1%	2,9%	1,0%	0,8%	2,5%	0,8%	1,0%	2,7%

Fuente: Estudio Salud Mental Medellín 2011 – 2012, Estudio Itagüí 2012 - Envigado 2017

Al comparar los indicadores de comportamiento suicida del presente estudio, con los de otros estudios que han aplicado el

mismo modelo de investigación, el estudio de Medellín realizado en el 2011, y el de Itagüí en el 2012, se puede observar que, para los tres indicadores estudiados, las mayores prevalencias se encontraron en el presente estudio.

Tabla 11. Asociación entre intento de suicidio con planeación suicida y otros trastornos mentales - Estudio de Salud Mental - Envigado 2017

	Intento de suicidio en la vida					
	Total		Hombres		Mujeres	
	Razón Prev.	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Planeación suicida	39,32	(22,89 - 67,56)	36,62	(14,54 - 92,21)	39,42	(20,15 - 77,10)
Estrés postraumático	3,95	(1,67 - 9,33)	4,07	(0,79 - 21,12)	3,67	(1,33 - 10,14)
Depresión mayor	1,93	(1,14 - 3,27)	2,72	(1,09 - 6,80)	1,58	(0,83 - 3,00)
Cualquier trastorno impulsivo	2,67	(1,41 - 5,05)	3,48	(1,37 - 8,82)	2,57	(1,04 - 6,33)
Negligencia en la niñez	2,41	(0,49 - 11,76)	NC	NC	3,51	(0,63 - 19,53)
Abuso de alcohol	1,99	(1,12 - 3,53)	2,23	(0,97 - 5,13)	2,70	(1,15 - 6,34)
Dependencia de alcohol	1,63	(0,61 - 4,36)	1,09	(1,06 - 1,13)	6,10	(1,81 - 20,59)
Abuso de drogas	2,13	(1,00 - 4,56)	2,39	(0,91 - 6,26)	5,34	(1,17 - 24,42)
Dependencia de drogas	3,94	(1,34 - 11,58)	2,19	(0,46 - 10,36)	8,19	(6,51 - 10,30)

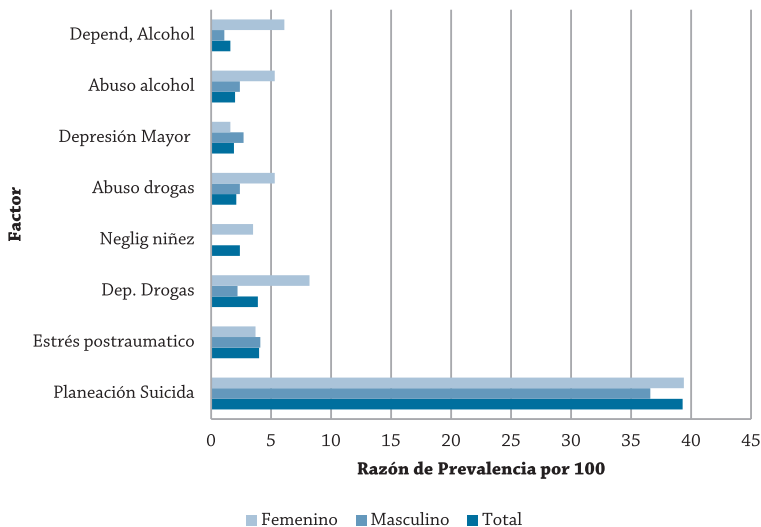


Gráfico 5. Razones de prevalencia de los factores asociados para intento de suicidio según sexo - Estudio de Salud Mental - Envigado 2017

Como un importante aporte del estudio, se estimó la asociación del intento de suicidio con los resultados encontrados a través de la estimación de las razones de prevalencia (como estimadores de la OR) con factores asociados con énfasis en la presentación de comorbilidad con trastornos psiquiátricos, con los cuales se ha informado asociación en diferentes estudios ya citados.

Según otros estudios, este factor de riesgo se presenta más fuertemente en el primer año después del acto suicida no consumado (21).

De los demás trastornos estudiados como factores de riesgo para intento de suicidio, los que presentan mayor fuerza de asociación son la dependencia a drogas y el estrés postraumático, ambos con una razón de 4 por cada caso entre los que no los presentan, con razones de prevalencia cercanas a 4 e IC95 % por encima de 1; seguidos por trastornos impulsivos (2,67), abuso de drogas (2,13), abuso de alcohol (1,99) y depresión mayor con OR de 1,93.

De acuerdo con la literatura sobre el tema, el intento de suicidio está fuertemente asociado con la planeación. En el presente estudio, por cada persona que no informa haberla presentado, se encuentran 39 que presentaron este antecedente.

Los hallazgos anteriores son consistentes con los encontrados en la literatura consultada y muy especialmente con lo encontrado en el Estudio Nacional de Adolescentes en Colombia.

Es muy importante contar con estos aportes dentro del estudio, debido a que, al ser generados en la misma población y coincidir en el tiempo con el momento en que la Secretaría de Salud se encuentra formulando las políticas sobre el tema, será posible utilizarlos como insumo para la orientación de programas de prevención para este grave problema.

Se indagó sobre el método empleado para el intento de suicidio y se encuentran diferencias por las variables estudiadas.

La pistola solo fue utilizada por 11,1 % de personas del sexo masculino, adultos que viven en el área urbana. En el mismo grupo se presenta igual proporción para la sobredosis por drogas.

Los dos métodos mayormente utilizados fueron el arma corto punzante, con el 22,2 % y con mayor representación para el sexo

femenino (más de dos mujeres por cada hombre) y en igual proporción la sobredosis de medicamentos que requieren receta, en este caso en mayor proporción para el sexo masculino.

Tabla 12. Descripción del método utilizado para el intento de suicidio según sexo, edad y lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Método	Sexo		Grupo etario		Área de residencia		
	Masculino	Femenino	Adolescente	Adultos	Urbana	Rural	Total
Pistola	11,1%	0,0%	0,0%	6,7%	6,3%	0,0%	4,5%
Navaja, cuchillo, cuchilla de afeitar, otro cortante	22,2%	46,2%	42,9%	33,3%	37,5%	33,3%	36,4%
Sobredosis de medicamentos que requieren receta	0,0%	23,1%	14,3%	13,3%	6,3%	33,3%	13,6%
Sobredosis de medicamentos que no requieren receta	22,2%	15,4%	14,3%	20,0%	18,8%	16,7%	18,2%
Sobredosis de drogas (heroína, crack, alcohol)	11,1%	0,0%	14,3%	0,0%	6,3%	0,0%	4,5%
Colgarse, estrangulación, asfixia	11,1%	15,4%	14,3%	13,3%	12,5%	16,7%	13,6%
Saltar desde un lugar alto	11,1%	0,0%	0,0%	6,7%	6,3%	0,0%	4,5%

Para el método “colgarse, estrangulación, asfixia” se informa que fue utilizado por el 11,0 % de los hombres y el 15,4 % de las mujeres, con casi igual distribución por sexo y en mayor proporción para el área rural.

Saltar desde un lugar alto fue el método para el 11,1 % de los hombres, en este caso adultos y residentes en el área urbana.

Del total de los que han intentado suicidarse, el 36,4 % informa haber utilizado las armas corto punzantes, seguidas de la sobredosis de medicamentos que no requieren receta, con el 18,2 %, y con el 13,6 % y en igual proporción, la sobredosis de medicamentos que requieren receta y colgarse, estrangulación y asfixia.

Tabla 13. Mecanismo para intento de suicidio
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Método que utilizó para el intento de suicidio	Hice un intento muy serio para matarme, 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	7,1%	0,0%	0,0%
Navaja, cuchilla de afeitar, cuchillo u otro instrumento cortante	28,6%	50,0%	50,0%
Sobredosis de medicamentos que requieren receta	7,1%	25,0%	25,0%
Sobredosis de medicamentos que no requieren receta	14,3%	25,0%	25,0%
Sobredosis de otras drogas (heroína, crack, alcohol)	7,1%	0,0%	0,0%
Envenenamiento (monóxido de carbono/gas, veneno para ratas)	0,0%	0,0%	0,0%
Colgarse, estrangulación, asfixia	21,4%	0,0%	0,0%
Saltar desde un lugar alto	7,1%	0,0%	0,0%
Otro	7,1%	0,0%	0,0%

- El total de los que utilizaron la pistola como medio para cometer el intento, informa que lo hizo con la intención de matarse y solo la suerte hizo que no lo lograra.
- Del total que respondió con la alternativa anterior, la forma más frecuente fue el uso de arma corto punzante, 28,6 %, y colgarse, estrangulación, asfixia, el 21,4 %, seguidos de sobredosis de medicamentos que no requieren receta médica.
- De los que lo hicieron por intentar matarse, pero sabían que el método podía fallar, el 50 % utilizó armas corto punzantes, el 25 % sobredosis de medicamentos que no requieren receta médica e igual proporción utilizó sobredosis de medicamentos que la requieren.
- Finalmente, los que dijeron “mi intento fue una petición de ayuda, no quería morirme”, informaron las mismas proporciones del grupo anterior.

Implicaciones clínicas y perspectivas de futuro a partir de los hallazgos del presente estudio

Componentes básicos para iniciar el programa de prevención

Los comportamientos suicidas son complejos. Según la OMS (2), la base de cualquier respuesta efectiva en la prevención del suicidio es la *identificación de los factores de riesgo relevantes para el contexto y su alivio mediante la implementación de intervenciones apropiadas*. Hay múltiples factores contribuyentes y vías causales del suicidio y una gama de opciones para su prevención. Generalmente, ninguna causa o factor estresante es suficiente para explicar un acto de suicidio, es más común que varios factores de riesgo actúen de forma acumulativa para aumentar la vulnerabilidad de un individuo al comportamiento suicida.

Al mismo tiempo, la presencia de factores de riesgo no necesariamente conduce a un comportamiento suicida; por ejemplo, no todo el que presenta un desorden mental muere por suicidio. Las intervenciones efectivas son imprescindibles ya que pueden mitigar los factores de riesgo identificados. Los factores de protección son igualmente importantes y han sido identificados como una forma de mejorar la capacidad de recuperación. Por lo tanto, mejorar los factores de protección es también un objetivo importante de cualquier respuesta de prevención del suicidio.

Factores de riesgo

El conocimiento de los factores de riesgo se puede analizar de acuerdo con la siguiente clasificación de la OMS.

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 abuso.

Relaciones humanas

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

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.

El estigma en contra de buscar ayuda para conductas suicidas, problemas de salud mental o abuso de sustancias u otros factores estresantes emocionales, sigue existiendo en muchas sociedades y puede ser una barrera sustancial para que las personas reciban la ayuda que necesitan. El estigma también puede influir en los amigos y familias de personas vulnerables para que no les proporcionen en forma oportuna el apoyo que estas puedan necesitar o incluso para que no reconozcan su situación. El estigma juega un papel clave en la resistencia al cambio y la implementación de respuestas de prevención de suicidio.

Mito:

**LAS PERSONAS QUE HABLAN DE SUICIDIO
NO LO VAN A COMETER.**

Realidad:

**Las personas que hablan de suicidio
pueden estar buscando ayuda o apoyo.**

Un número significativo de personas que contemplan el suicidio presentan ansiedad, depresión, desesperanza y pueden sentir que no hay otra opción.

Factores de protección

A diferencia de los factores de riesgo, los factores de protección protegen a las personas contra el riesgo de suicidio. Si bien muchas intervenciones se orientan a la reducción de los factores de riesgo, es igualmente importante considerar y fortalecer los factores de prevención que, se ha demostrado, aumentan la resiliencia y conectividad y protegen contra el comportamiento suicida.

La resiliencia tiene un efecto amortiguador sobre el riesgo de suicidio; para personas que son muy resistentes a la asociación entre el riesgo de suicidio y el comportamiento suicida, esta juega un importante papel(23).

Creencias religiosas o espirituales

Al considerar las creencias religiosas o espirituales como factores de protección contra el suicidio, es importante ser 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(24). 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 su esposo(25). 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 estilo de vida y las estrategias de afrontamiento positivas son factores de protección contra el suicidio(26). 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 el impacto de los factores estresantes y las adversidades de la infancia(27).

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 reacios a buscar ayuda y esto puede ayudar a agravar sus problemas de salud mental, aumentando el riesgo de suicidio que de otro modo se habría evitado eficazmente mediante una intervención temprana.

Las opciones de estilo de vida saludables, que promueven la salud mental y física y el bienestar, incluyen el ejercicio regular y el deporte, adecuado sueño y una dieta saludable, considerando, además, el impacto en la salud del alcohol y las drogas, las relaciones sanas, el contacto social y el manejo efectivo del estrés(28,29).

El uso de “enfoques ascendentes”, tales como abordar el riesgo y favorecer los factores de protección tempranamente en la vida, tiene el potencial de “cambiar las probabilidades a favor de resultados más adaptativos” a lo largo del tiempo.

Además, estos enfoques ascendentes pueden tener impacto simultáneo en una amplia gama de resultados sociales y de salud, como el suicidio, el abuso de sustancias, la violencia y el crimen(30).

UNIVERSAL

1. Políticas de salud mental.
2. Reducción del uso peligroso de bebidas alcohólicas.
3. Acceso a servicios de salud.
4. Restricción de los medios de suicidio.
5. Manejo responsable de los medios de comunicación.
6. Concientización sobre los trastornos mentales, el suicidio y el uso de sustancias psicoactivas.

SELECTIVA

1. Intervenciones para grupos vulnerables.
2. Entrenamiento de cuidadores o consejeros.
3. Intervenciones de ayuda en crisis.

INDICADA

1. Seguimiento.
2. Soporte comunitario.
3. Evaluación y toma de decisiones sobre manejo del comportamiento suicida.
4. Evaluación y gestión para el manejo de trastornos mentales y por uso de sustancias.

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(31). Las intervenciones son de tres tipos:

Las 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 y contextos de población y riesgo 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 y 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 seres queridos que se han suicidado.

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.

Igualmente, importantes son, ya en el ámbito poblacional, las intervenciones eficaces destinadas a reducir el acceso a

los medios para suicidarse, la adopción por 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 buena parte 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 6 intentos, se consume 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 a partir de él: **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(32). Hawton calcula que, durante el año después de autolesionarse, el riesgo de suicidio es 60 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 causas y desarrollar estrategias e intervenciones. Igualmente, se recomienda revisar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre el tema.

Es necesario fortalecer las instituciones de salud para el abordaje integral de los pacientes con tendencias autolesivas y entrenar a los profesionales en reconocimiento y respuesta de atención rápida a los riesgos de suicidio. Además, desarrollar políticas que permitan la detección precoz del suicidio y que ofrezcan tratamiento a las personas con un mayor riesgo de conductas suicidas.

Consumo peligroso de alcohol y otras sustancias psicoactivas

La dependencia de drogas y el abuso de ellas se comportaron en el estudio como un factor de riesgo fuertemente asociado con el comportamiento suicida, con una asociación alta. La Dependencia de drogas con una RD (OR) de casi 4 para el total de la población con IC de 95 % e intervalo superior cercano a 12. Este comportamiento se encontró más fuerte para el sexo femenino. Similar comportamiento se encontró para el abuso de drogas y el abuso de alcohol, situación que debe reconocerse como prioridad en las intervenciones a seguir sobre el tema de prevención del suicidio. (Ver Tabla 11).

Los hallazgos anteriores se ven respaldados por lo mencionado en el Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes de Colombia, en el cual se aplicó igual metodología y, por tanto, refuerza y complementa los hallazgos al informar asociación no

solo con los trastornos por uso de drogas, sino para el consumo de marihuana y otras sustancias.

La OMS, en sus publicaciones sobre prevención de suicidio, recomienda la identificación y tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales y que consumen sustancias psicoactivas.

Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos

En el análisis sobre las asociaciones encontradas con intento de suicidio, la depresión mayor presentó el doble de riesgo de intento de suicidio en los que tuvieron esta comorbilidad, siendo concorde con lo informado en el ámbito internacional, por ejemplo, por la OMS en “Estrategias eficaces para prevenir el suicidio”.

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 las 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 a la problemática.

Por lo anterior, se requiere un abordaje interdisciplinario e interinstitucional del suicidio debido a la complejidad del evento. Es necesario 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.

Bibliografía

1. Nock M, Borges G, Ono Y. *Suicide : global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio. Un imperativo global* [Internet]. Washington; 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/execution_summary_spanish.pdf?ua=1
3. Ministerio de Salud. *Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles* [Internet]. Bogotá D.C., Colombia; 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
4. Organización Mundial de Salud, Organización Panamericana de Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud* [Internet]. Washington DC; 2003. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112670/9275315884_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Stoudemire A, Frank R, Hedemark N, Kamlet M, Blazer D. *The economic burden of depression*. *Gen Hosp Psychiatry*. 1986;8:387-94.
6. Minois G. *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1999.
7. Shneidman E. *Definition of suicide*. John Wiley & Sons. Nueva York, NY; 1985.
8. Canetto SS, Lester D. *Women and suicidal behavior*. Nueva York, NY: Springer.; 1995.
9. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. *Suicidal Feelings in the General Population: A Prevalence Study*. *Brit J Psychiat*. 1974;124:460-9.
10. 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.
11. Bobes García J, Giner Ubago J, Sainz Ruiz J. *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas*. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2011.
12. Bertolote, J. M, Fleischmann, A, De Leo, et al. *Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey*. *Psychol Med*. 2005;35:1457-65.

13. World Health Organization. The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Ginebra: World Health Organization; 2002.
14. Favazza A. Self-mutilation. En: The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1999. p. 125–145.
15. Ministerio de salud y protección social, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Intento de suicidio. Bogotá D.C., Colombia; 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*. diciembre de 2004;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]. 2014. 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. RodríguezNavarrete JM. Comportamiento del suicidio, Colombia, 2016 [Internet]. Colombia: FORENSIS; 2016. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+la+vida.pdf>
23. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:563–91.
24. Van Praag H. The role of religion in suicide prevention. En: *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 7-12.
25. Rezaeian M. Epidemiology of self-immolation. *Burns*. 2009;39:184–6.

26. 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.
27. Luthar SS. Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
28. 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.
29. 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.
30. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promot Educ*. 2005;12:9–25.
31. Jansen E, Buster MCA, Zuur AL. Fatality of suicide attempts in Amsterdam 1996–2005. *Crisis*. 2009;30:180–5.
32. 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*. marzo de 2013;51(1):38-45.

Experiencias psicóticas



Experiencias psicóticas

Diana Restrepo Bernal

Introducción

El término psicosis carece de una definición universalmente aceptada, no obstante, existe acuerdo en que la palabra psicosis hace referencia a delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento(1). La psicosis es un síndrome clínico, compuesto de síntomas diversos y, como tal, no es una entidad nosológica, no es un diagnóstico en sí mismo.

Los síntomas psicóticos se pueden presentar en una amplia variedad de trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, depresión, estrés postraumático, trastornos disociativos, entre otros) y muestran un alto grado de variación interindividual. La presencia de síntomas psicóticos puede aparecer de forma secundaria al uso de drogas o lesión cerebral, lo cual indica que los síntomas psicóticos son el resultado final de numerosas causas y mecanismos patogénicos cerebrales y que cualquier persona puede experimentar síntomas psicóticos(2).

Aspectos históricos

En 1841, Canstatt introdujo el concepto de psicosis en la literatura psiquiátrica(3). A finales del siglo XIX el término era usado ampliamente y Wernicke hizo distinción

entre somatopsicosis, en la cual se afectaba la conciencia del cuerpo; autopsicosis, donde se afectaba la conciencia de la propia personalidad; y alopsicosis, donde se afectaba la conciencia del mundo externo(4). Posteriormente, Kraepelin dividió la psicosis en “demencia precoz” y “locura maniaco-depresiva” y esta perspectiva dominó la primera mitad del siglo XX. Con Karl Jaspers, la psicosis se planteó como endógena y exógena(5).

Experiencias psicóticas

El término “experiencias psicóticas” hace referencia a alucinaciones y delirios sub-sindrómicos. Si bien estas experiencias no siempre se asocian con trastornos mentales en la población general, algunas personas con experiencias psicóticas presentan un riesgo mayor de hacer una transición a presentar trastornos psicóticos, incluida la esquizofrenia. Esta transición ha sido evidenciada en estudios en la población general y en grupos de alto riesgo para psicosis(6,7). Un metaanálisis de personas con alto riesgo para psicosis, encontró que el riesgo de trastorno psicótico fue de 22 % dentro del año siguiente de la identificación de los síntomas psicóticos y de 36 % en los siguientes tres años(6).

Dentro de las experiencias psicóticas se han incluido diferentes elementos. Una propuesta incluye ideas persecutorias, experiencias extrañas, alucinaciones, creencias anormales y pensamiento mágico(8). Otra propuesta incluye alucinaciones, delirios, paranoia, grandiosidad y creencias anormales(9).

Epidemiología

El abordaje dimensional del fenotipo psicótico sugiere que las experiencias psicóticas (por ejemplo, ideas delirantes, alucinaciones) se distribuyen dentro de un continuo de gravedad, en cuyo extremo se ubican los trastornos psicóticos. En un estudio metaanalítico realizado por Van Os *et al.*(10) hallaron que las experiencias psicóticas subclínicas se encontraban con una mediana de prevalencia de 5 % y una mediana de incidencia de 3 %. Estas experiencias se asociaron con adversidad en la niñez y la adultez, uso de drogas psicoactivas, sexo masculino y ser migrante.

La pequeña diferencia entre la prevalencia y la incidencia indica que aproximadamente del 75 al 90 % de las experiencias psicóticas son transitorias y desaparecen en el tiempo. Sin

embargo, también existe evidencia de que las experiencias psicóticas pueden ser anormalmente persistentes y clínicamente relevantes dependiendo del riesgo ambiental al que se expone cada persona.

En un estudio realizado por McGrath *et al.* (11), el cual incluyó 31.261 adultos de 18 países que hacen parte del Consorcio Mundial de Epidemiología Psiquiátrica de la OMS, se encontró una prevalencia media global de experiencias psicóticas atenuadas de 5,8 %. Para las experiencias alucinatorias la prevalencia fue de 5,2 % y 1,3 % para las experiencias delirantes.

Las experiencias psicóticas se pueden por tanto encontrar distribuidas de forma normal en la población general, sin estar necesariamente asociadas a malestar, discapacidad ni necesidad de tratamiento(12).

Trayectorias clínicas de experiencias psicóticas subclínicas

Cuando estas experiencias psicóticas persisten en el tiempo y se asocian a malestar subjetivo y búsqueda de ayuda, se les suele denominar síntomas psicóticos atenuados. En un estudio realizado por Wigman *et al.* (13), con una cohorte de 2.230 adolescentes, los cuales fueron seguidos durante seis años, se identificaron cuatro trayectorias de persistencia de los síntomas psicóticos: baja, en disminución, incrementando y persistente. La trayectoria persistente se asoció fuertemente con el uso de cannabis, trauma en la niñez, problemas del desarrollo y minoría étnica. Además, mostró fuerte asociación con factores conocidos que predicen transición de síntomas subclínicos a clínicos, como gravedad del distrés debido a la experiencia psicótica, problemas sociales, atencionales y disregulación afectiva.

Experiencias psicóticas asociadas a trastornos afectivos y ansiosos

Algunos investigadores, como Van Os y Reininghaus, han propuesto que la mayoría de las personas con experiencias psicóticas tienen un diagnóstico de trastorno depresivo o ansioso, lo cual no es compartido de forma universal. Estos mismos autores proponen que las experiencias psicóticas son transitorias en 80 % de las personas, en tanto que en un 20 % serán persistentes y un 7 % son trastorno psicótico, con una transición anual de 0,5 a 1 % (1,14).

Factores asociados con experiencias psicóticas subclínicas

Los factores genéticos han sido estudiados como uno de los determinantes de la persistencia de experiencias psicóticas anormales en jóvenes y adultos. Wigman *et al.* (15) encontraron en un estudio longitudinal que la persistencia de estas experiencias se asoció con antecedentes de trauma en la niñez (OR 3,26; $p < 0,0001$) y eventos vitales estresantes en el período de estudio (OR 3,15; $p 0,031$). Además, en el grupo de gemelos monocigóticos persistieron más las experiencias psicóticas, comparado con los gemelos dicigóticos (49 % vs. 14 %).

Por tanto, estas experiencias psicóticas atenuadas son consideradas como un marcador fenotípico de vulnerabilidad para los trastornos del espectro psicótico en general y para la esquizofrenia de modo particular. Se ha planteado que detectar estas personas con estas experiencias psicóticas subclínicas podría permitir la detección temprana de personas vulnerables a un trastorno mental grave, incluida la psicosis.

Las experiencias psicóticas también se han asociado con consumo de sustancias, lo cual además empeora el curso clínico, da un inicio más temprano de la psicosis, mayor duración de ella, exacerbación de la sintomatología, mayor número de recaídas, hospitalizaciones y peor adherencia al tratamiento(16–18).

El comportamiento suicida ha sido asociado a experiencias psicóticas en la población general. En el Estudio Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, el cual incluyó 33.370 participantes de los cuales 2.488 tuvieron experiencias psicóticas, la prevalencia de vida para las ideas, los planes y los intentos suicidas fue de 28,5 %, 10,8 % y 10,2 %, respectivamente.

Las experiencias psicóticas se asocian con pensamientos suicidas (OR 2,2; IC 95 % 1,8 – 2,6), planes suicidas (OR 2,1; IC 95 % 1,7 – 2,6) e intentos suicidas (OR 1,9; IC 95 % 1,5 – 2,5).

Factores que predicen el desarrollo de un trastorno psicótico

Dentro de los factores que predicen la transición de experiencias psicóticas a un trastorno psicótico están(19):

- Intensidad de las experiencias psicóticas.
- Persistencia de las experiencias psicóticas.
- Distrés asociado.

- Estilo atribucional.
- Presencia de síntomas negativos.
- Disfunción cognitiva.
- Historia de maltrato en la niñez.
- Deprivación social.
- Riesgo genético.

El estudio de las experiencias psicóticas podría ayudar a aclarar los mecanismos mediante los cuales el ambiente y las influencias genéticas permiten la expresión transdiagnóstica del riesgo a la psicosis que, para la mayoría, sería un fenómeno transitorio, para algunos persistente y, para la minoría, sería la transición a un trastorno psicótico.

Déficits neurocognitivos en psicosis

Los déficits neurocognitivos están bien establecidos en psicosis y han sido demostrados en un amplio rango de dominios cognitivos, incluida la atención, la función ejecutiva, la habilidad espacial, el aprendizaje verbal y la memoria(20).

En un estudio realizado con 212 adolescentes, con edades comprendidas entre 11 y 13 años, a quienes se les aplicó la batería neurocognitiva llamada MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia), se encontró que los adolescentes con síntomas psicóticos tenían un desempeño significativamente menor en tareas de rapidez de procesamiento, como son el Trail Making Test-A y B, el dígito símbolo y la memoria de trabajo no verbal(21).

Experiencias psicóticas y discapacidad

En un estudio del Consorcio Mundial de Salud Mental, se encontró que las experiencias psicóticas fueron significativamente más prevalentes en personas con discapacidad en los últimos 30 días después de ajustar por variables sociodemográficas, trastornos mentales y enfermedades crónicas(22).

Tratamiento de experiencias psicóticas en personas con alto riesgo de desarrollar psicosis

La literatura sugiere que las experiencias psicóticas son más que trastornos psicóticos, lo cual es consistente con el modelo de la psicosis como un continuum (Van Os, 2009). Se ha observado

que aquellas personas con experiencias psicóticas que son más persistentes y tienen una expresión problemática de la psicosis tienden a buscar más ayuda para estos síntomas. Dentro del conocimiento actual, se sabe que el uso de cannabis y el vivir en zonas urbanas tiene un efecto sumatorio para generar una mayor necesidad de atención clínica.

El término *pródromos* fue introducido por Mayer-Gross en 1932(23). Posteriormente, en 1960, se describieron los síntomas básicos y en 1989, Hafner *et al.* evaluaron los *pródromos* en una muestra de 232 pacientes con un primer episodio psicótico y encontraron que, en el 73 % de ellos, la esquizofrenia tenía inicio con una fase *prodrómica* que duraba aproximadamente 5 años(24).

En un ensayo clínico, Morrison *et al.*(25) aleatorizaron 58 pacientes con riesgo alto de desarrollar un primer episodio psicótico a recibir terapia cognitivo conductual vs manejo convencional, encontrando que la terapia psicológica reducía el riesgo de recibir medicación antipsicótica y alcanzar criterios DSM-IV para trastorno psicótico, además de mejorar los síntomas positivos de psicosis en un período de 12 meses.

Finalmente, en años recientes se ha revelado una continuidad temporal y fenomenológica de las experiencias psicóticas con los trastornos psicóticos, como también la coocurrencia y solapamiento de experiencias psicóticas con trastornos y síntomas ansiosos y afectivos, lo cual sugiere, de manera global, la posibilidad de hallarnos frente a un “fenotipo psicótico” en la población general que puede tener importancia para la mejor comprensión de los trastornos mentales en general.

Resultados

Tabla 1. Indicadores de prevalencia de vida para experiencias psicóticas por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Indicador	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Prevalencia de vida	1,73%	1,94%	1,85%	1,1
	(0,9 - 2,6)	(1,1 - 2,8)	(1,3 - 2,4)	

La tabla anterior presenta los resultados por sexo para la prevalencia de vida para experiencias psicóticas (alucinaciones visuales, auditivas, ideas delirantes de tipo paranoide, inserción

y control del pensamiento). La prevalencia total fue de 1,85 %, en hombres de 1,73 % y en mujeres de 1,94 %.

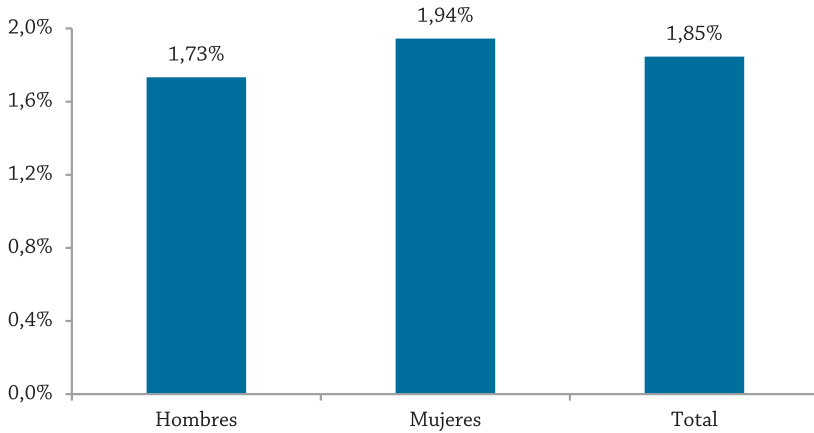


Gráfico 1. Prevalencia de vida para experiencias psicóticas por cien según sexo
Estudio de salud Mental-Envigado 2017

En el gráfico 1 se observa una mayor prevalencia de vida de experiencias psicóticas para las mujeres.

Comportamiento según grupos de edad y sexo

Tabla 2. Indicadores de prevalencia de vida para experiencias psicóticas por cien según grupos de edad
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Edad	Hombre	Mujer	Total
15 a 18 años	3,52%	2,26%	2,94%
19 a 29 años	0,94%	3,35%	2,09%
30 a 44 años	1,19%	1,76%	1,51%
45 a 65 años	2,18%	1,17%	1,56%
Total	1,73%	1,94%	1,85%

En la tabla anterior se observa la prevalencia de vida según grupos de edad y sexo. El grupo etario con mayor prevalencia para los hombres fue el de 15 a 18 años con el 3,52 %, en tanto que para las mujeres fue el de 19 a 29 años con el 3,35 %. De forma global, sin considerar el sexo, el grupo etario con mayor prevalencia de experiencias psicóticas fue el de 15 a 18 años con el 2,94 %.

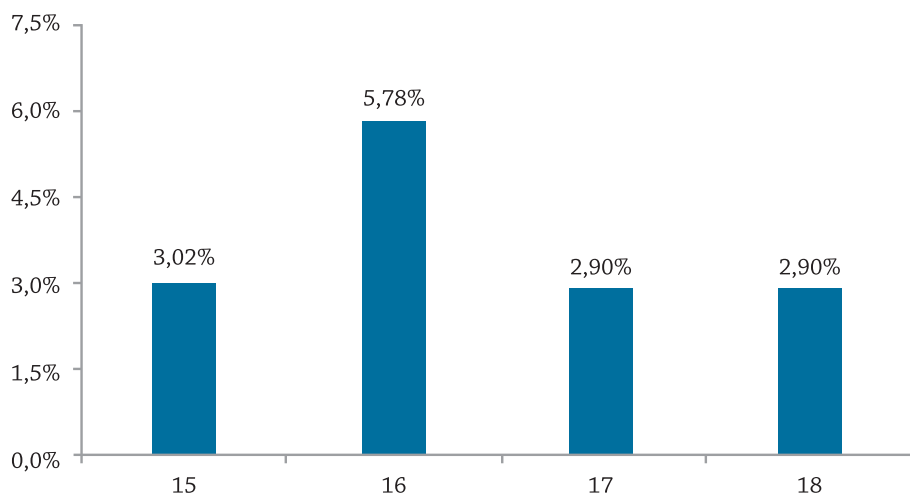


Gráfico 2. Prevalencias de vida de experiencias psicóticas por cien en población adolescente según edades simples
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

En el gráfico 2, se observa la prevalencia de vida de experiencias psicóticas en los adolescentes de 15 a 18 años. La mayor prevalencia se encontró en los adolescentes de 16 años, con 5,78 %, seguidos por los 15 años, con 3,02%, y finalmente los de 17 y 18 años con igual prevalencia: 2,90 %.

Tabla 3. Indicadores de prevalencia de vida de síntomas psicóticos por cien según sexo
Estudio de Salud Mental-Envigado 2017

Experiencias psicóticas	Hombre	Mujer	Total
Alucinaciones visuales	1,74%	1,19%	1,45%
Alucinaciones auditivas	0,92%	1,01%	0,97%
Control de la mente	0,41%	0,37%	0,39%
Interpretación delirante	0,10%	0,00%	0,05%
Ideas paranoides	0,31%	0,09%	0,19%

En la tabla anterior, se observa la prevalencia de vida según sexo de experiencias psicóticas. Para las cinco experiencias psicóticas evaluadas, la mayor prevalencia para el total de la población fue para las alucinaciones visuales, con 1,45 %, seguidas de las alucinaciones auditivas, 0,97 %, el control de la mente, 0,39 %, ideas paranoides, 0,19 %, y en menor proporción, interpretación delirante con 0,05 %. Excepto por las alucinaciones auditivas en mujeres (1,01 %), las mayores prevalencias se presentaron en los hombres. De todas las experiencias psicóticas las alucinaciones

visuales fueron las más prevalentes: 1,74 % en los hombres y 1,19 % en las mujeres.



Mapa 1. Distribución de experiencias psicóticas en la vida según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental-Envigado, 2017

La distribución de la prevalencia de vida para las experiencias psicóticas, en las zonas urbanas del municipio de Envigado, muestra una prevalencia mayor de 2,4 % en la zona 7. En las zonas 5 y 8, la prevalencia fue de 1,3 a 2,4 %, en tanto que las prevalencias más bajas, menores de 1,3 %, se presentaron en las zonas 2-4, 6 y 9.

Bibliografía

1. Van Os J, Reininghas U. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*. 2016;15:118–24.
2. Gaebel W, Zielasek J. Focus on psychosis. State of the art. 2015;17:9–18.
3. Canstatt C. *Handbuch der Medizinischen Klinik*. Stuttgart, Germany; 1841.
4. Wernicke C. *Grundriss der Psychiatrie in Klinischen Vorlesungen*. Leipzig, Germany: Thieme Verlag; 1900.
5. Jaspers K. *Algemeine Psychopathologie*. Berlin, Germany: Springer; 1973.
6. Kaymaz N, Drukker M, Lieb R, Wittchen H-U, Werbeloff N, Weiser M, et al. Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychol Med*. 2012 Nov;42(11):2239–53.
7. Fusar-Poli P. Predicting Psychosis: Meta-analysis of Transition Outcomes in Individuals at High Clinical Risk. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Mar 1;69(3):220.
8. Yung AR, Nelson B, Baker K, Buckby JA, Baksheev G, Cosgrave EM. Psychotic-Like Experiences in a Community Sample of Adolescents: Implications for the Continuum Model of Psychosis and Prediction of Schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009 Feb;43(2):118–28.
9. Wigman JTW, Vollebergh WAM, Jacobs N, Wichers M, Derom C, Thiery E, et al. Replication of the five-dimensional structure of positive psychotic experiences in young adulthood. *Psychiatry Res*. 2012 May;197(3):353–5.
10. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*. 2009 Feb;39(02):179.
11. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, et al. Psychotic Experiences in the General Population: A Cross-National Analysis Based on 31 261 Respondents From 18 Countries. *JAMA Psychiatry*. 2015 Jul 1;72(7):697.
12. Cougnard A, Marcelis M, Myin-Germeys I, De Graaf R, Vollebergh W, Krabbendam L, et al. Does normal developmental expression of psychosis combine with environmental risk to cause

- persistence of psychosis? A psychosis proneness–persistence model. *Psychol Med.* 2007 Apr;37(04):513.
13. Wigman JTW, van Winkel R, Raaijmakers QAW, Ormel J, Verhulst FC, Reijneveld SA, et al. Evidence for a persistent, environment-dependent and deteriorating subtype of subclinical psychotic experiences: a 6-year longitudinal general population study. *Psychol Med.* 2011 Nov;41(11):2317–29.
 14. Varghese D, Scott J, Welham J, Bor W, Najman J, O’Callaghan M, et al. Psychotic-Like Experiences in Major Depression and Anxiety Disorders: A Population-Based Survey in Young Adults. *Schizophr Bull.* 2011 Mar 1;37(2):389–93.
 15. Wigman JTW, van Winkel R, Jacobs N, Wichers M, Derom C, Thiery E, et al. A twin study of genetic and environmental determinants of abnormal persistence of psychotic experiences in young adulthood. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2011 Jul;156(5):546–52.
 16. Broussard B, Kelley ME, Wan CR, Cristofaro SL, Crisafio A, Haggard PJ, et al. Demographic, socio-environmental, and substance-related predictors of duration of untreated psychosis (DUP). *Schizophr Res.* 2013 Aug;148(1–3):93–8.
 17. Gonzalez-Pinto A, Alberich S, Barbeito S, Gutierrez M, Vega P, Ibanez B, et al. Cannabis and First-Episode Psychosis: Different Long-term Outcomes Depending on Continued or Discontinued Use. *Schizophr Bull.* 2011 May 1;37(3):631–9.
 18. Zammit S, Moore TH, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Effects of cannabis use on outcomes of psychotic disorders: systematic review. *British Journal of Psychiatry.* 2008;193:357–63.
 19. Yung AR, Lin A. Psychotic experiences and their significance. *World Psychiatry.* 2016;15:130–1.
 20. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology.* 1998;12:426–45.
 21. Kelleher I, Clarke MC, Rawdon C, Murphy J, Cannon M. Neurocognition in the Extended Psychosis Phenotype: Performance of a Community Sample of Adolescents With Psychotic Symptoms on the MATRICS Neurocognitive Battery. *Schizophr Bull.* 2013 Sep 1;39(5):1018–26.
 22. Oh H, Koyanagi A, Kelleher I, DeVylder J. Psychotic experiences and disability: Findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *Schizophr Res.* 2018 Mar;193:343–7.

23. Mayer-Gross W. Die Klinik der Schizophrenie. In: Handbuch der Geisteskrankheiten IX. Berlin, Germany: Springer; 1932.
24. Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Munk-Jørgensen P, Hambrecht M, et al. The ABC schizophrenia study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998 Jul 13;33(8):380–6.
25. Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in peoples at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2004;185:291–7.

Discusión y recomendaciones



Discusión y recomendaciones

Yolanda Torres de Galvis

Gloria María Sierra Hincapié

El estudio realizado como diagnóstico de la situación de salud mental de la población general de Envigado aporta importante información sobre la realidad del comportamiento de los diferentes indicadores sobre la prevalencia de trastornos mentales, el comportamiento suicida y otros aspectos asociados.

La calidad de información y el respaldo metodológico aseguran las bases para la orientación de las prioridades y la formulación de políticas sobre el tema. Envigado se ha caracterizado por sus aportes a la atención de la salud mental de su población y, a la Secretaría de Salud, el presente diagnóstico le permitirá enfocar sus recursos y trabajar liderando intervenciones con las demás secretarías e instituciones. De esta forma se podrán integrar los recursos hacia el logro de una atención que permita trabajar con base en la evidencia generada en sus propias realidades.


Como parte de las investigaciones que aplican la metodología del Estudio Mundial sobre Salud Mental, liderado por el Consorcio Harvard-OMS, se permite a los encargados de la formulación de políticas públicas y toma de decisiones contar con un diagnóstico actualizado con la más alta confiabilidad, como línea de base para la evaluación de las intervenciones tendientes a mejorar la salud mental de su población.

El Estudio, como otros de los realizados bajo la responsabilidad del Grupo de Investigación en salud mental de la Universidad CES, comparte la característica muy positiva del casi nulo rechazo por parte de las personas seleccionadas en la muestra, lo cual responde al gran esfuerzo que el grupo interinstitucional dedicó a la etapa de preparación de la comunidad.

Otra de las fortalezas del Estudio es poder comparar los resultados con los hallazgos de estudios que comparten igual metodología en el ámbito nacional e internacional.

Magnitud del problema

Prevalencia de vida para los trastornos estudiados

 **Tabla 1.** Indicadores de prevalencia de vida para uno o más trastornos psiquiátricos por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

En la vida	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Un trastorno	8,7%	11,0%	9,9%	1,26
Dos trastornos	3,8%	4,0%	3,9%	1,05
Tres o más trastornos	4,0%	2,8%	3,4%	0,70
Cualquiera de los trastornos	19,09%	18,72%	18,89%	0,98

Al analizar la prevalencia de uno o más trastornos mentales durante la vida, se observa que, de cada 100 personas en las edades estudiadas, casi 19 han presentado uno o más trastornos mentales durante la vida. Con una razón por sexo que muestra una muy baja diferencia de proporciones entre hombres y mujeres.

Al comparar este hallazgo con el encontrado en el Estudio de Medellín en el 2011, en el cual se presentó una prevalencia global de trastornos mentales de 26,6 %, la encontrada para Envigado es inferior, con una diferencia de proporciones de siete por cada cien.

Llama la atención que para tres o más trastornos la proporción de prevalencia es mayor para el sexo masculino: por cada 7 personas del sexo femenino que presentan este comportamiento se encuentran 10 en el sexo masculino. Esto es indicador de una mayor comorbilidad, posiblemente entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos diferentes en el sexo masculino. Lo anterior calculado como %RA es = 30 %.

Prevalencia últimos doce meses para los trastornos mentales estudiados

Tabla 2. Indicadores de prevalencia de último año para uno o más trastornos psiquiátricos por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

En el último año	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Un trastorno	4,8%	5,5%	5,2%	1,15
Dos trastornos	1,1%	1,8%	1,5%	1,64
Tres o más trastornos	1,4%	0,9%	1,2%	0,64
Cualquiera de los trastornos	8,11%	8,49%	8,31%	1,05

La prevalencia global anual presentó 8,31 % para este indicador, lo que indica que de cada 100 personas estudiadas más de 8 sufrieron uno o más trastornos mentales en los 12 meses anteriores al estudio. A pesar de ser inferior al de otros estudios, como el de Medellín con 14,7 %, sustenta la necesidad de continuar fortaleciendo los programas sin dejar de considerar los trastornos mentales como una importante prioridad de salud pública.

Al analizar los resultados, este se comporta como indicador de severidad, de alta comorbilidad psiquiátrica. El hallazgo de 8,31 % para la comorbilidad en el presente estudio está en el límite inferior al compararlos con lo informado por el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OMS, en el cual se informa una prevalencia anual de trastornos neuropsiquiátricos que está entre el 8,4 % y el 29,1 % en el ámbito mundial.

Comportamiento por cada grupo de trastornos

Trastornos de ansiedad

Tabla 3. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Trastorno	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Trastorno de pánico	0,5%	0,9%	0,7%	1,6
Ansiedad generalizada	0,6%	0,1%	0,3%	0,1
Agorafobia	0,2%	0,1%	0,2%	0,7
Fobia social	1,4%	1,6%	1,5%	1,2

Tabla 3. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer
 Estudio de Salud Mental – Envigado 2017 (Cont.)

Trastorno	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Fobia específica	1,1%	2,7%	2,0%	2,5
Estrés postraumático	0,0%	0,2%	0,1%	NC
Ansiedad por separación	0,2%	1,5%	1,0%	6,0
Obsesivo compulsivo	2,0%	2,0%	2,0%	1,0
Cualquiera de los trastornos	3,4%	5,2%	4,4%	1,5

Según los resultados por grupos de trastornos, los **de ansiedad** presentan el primer lugar con la más alta prevalencia anual para el total de la población.

Las personas que sufren **trastornos de ansiedad** se sienten extremadamente atemorizadas e inseguras. De vez en cuando, la mayoría sienten ansiedad por algo durante un corto tiempo, pero quienes padecen trastornos de ansiedad se sienten así la mayor parte del tiempo. Sus miedos y preocupaciones les dificultan llevar a cabo las actividades de cada día.

El comportamiento del indicador de prevalencia anual para cualquier trastorno de ansiedad por sexo, con 5,2 % para el femenino versus 3,4 % para el masculino, con una razón de 1,5, confirma que su frecuencia es más alta en el femenino. Los dos indicadores de prevalencia son menores que los encontrados en el Estudio de Colombia y en el de Medellín.

Se considera como indicador positivo la no existencia del trastorno de estrés postraumático para el sexo masculino y la casi inexistencia para el femenino.

La fobia social o TAS se manifiesta como una situación de temor intenso y persistente de ser observado y juzgado por otros. Este temor puede afectar el trabajo, la escuela y otras actividades cotidianas. Incluso puede dificultarle a quien lo padece hacer y mantener amigos. El tratamiento puede ayudar a superar sus síntomas. El trastorno puede durar muchos años o toda la vida y puede impedir que una persona alcance su máximo potencial.

En el estudio de Envigado presentó una prevalencia de 1,5 % para el total de la población, con frecuencias muy similares por sexo.

Trastorno de ansiedad por separación: dentro de los trastornos de ansiedad, a este no se le presta mucha atención, especialmente en lo que a adultos se refiere. La ansiedad por separación puede provocar un deterioro significativo en las relaciones y en muchas actividades, como el trabajo, o en el caso de niños, en la escuela, por esto es muy importante que no pase desapercibido.

El trastorno de ansiedad por separación presentó una prevalencia para el total de la población de 1,0 % y una razón por sexo de 6, siendo significativamente mayor para el femenino.

Trastorno obsesivo compulsivo. Las personas con TOC sienten la necesidad de chequear las cosas una y otra vez o tienen ciertos pensamientos o realizan rutinas y rituales una y otra vez. Los pensamientos y rituales del TOC causan angustia e interfieren con la vida cotidiana. Estos pensamientos repetidos y perturbadores del TOC se llaman obsesiones. Con el fin de intentar controlar estas obsesiones, las personas con TOC repiten rituales o comportamientos, llamados compulsiones.

Las personas con TOC tienen estos pensamientos y llevan a cabo estos rituales por lo menos una hora la mayoría de los días y a menudo por más tiempo. La razón por la que el TOC interfiere con sus vidas es que ellos no pueden detener estos pensamientos o rituales, de tal modo que, por ejemplo, en ocasiones faltan a la escuela, al trabajo o a reuniones con amigos.

En el estudio de Envigado, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) presentó igual comportamiento para los hombres y las mujeres y la prevalencia global para el grupo fue de 2,0 %.

Trastornos del estado del ánimo

Tabla 4. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos del ánimo por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Trastorno	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Depresión mayor	1,9%	2,9%	2,4%	1,5
Distimia	0,4%	0,5%	0,5%	1,2
Trastorno Bipolar I, II	1,0%	0,9%	0,9%	0,9
Cualquiera de los trastornos	2,7%	3,8%	3,3%	1,4

El segundo lugar como grupo, lo comparten los trastornos del estado del ánimo y los trastornos por abuso de sustancias.

La prevalencia anual encontrada para Envigado para el grupo de los trastornos del ánimo, en el total de la población, fue de 3,3 % para cualquier trastorno del ánimo, siendo para el sexo femenino 3,8 % y para el masculino 2,7 %.

Al comparar los resultados con la prevalencia anual encontrada en Medellín con 4,9 %, y con los del Estudio Nacional de Colombia en el cual este indicador presentó 6,8 %, la de Envigado es más baja. El mismo indicador también es menor que el encontrado en estudios de México (4,8 %), España (4,9 %) y Estados Unidos (9,6 %).

La depresión mayor o estado depresivo mayor es un trastorno del estado de ánimo común, pero grave. Causa síntomas graves que afectan cómo se siente, piensa y maneja la persona las actividades diarias, como dormir, comer o trabajar. Para ser diagnosticado con depresión, los síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas.

En el estudio, la prevalencia anual para el trastorno de depresión mayor en los últimos 12 meses se presentó en el 2,4 % de la población, siendo más alta para el sexo femenino con 2,9 % versus el masculino con 1,9 % y una razón de 1,5 o sea que por cada 10 hombres la presentan 15 mujeres.

Al comparar los resultados de la prevalencia anual encontrada con los hallazgos del Estudio Nacional de Colombia, en el cual este indicador presentó 6,8 %, es más en el presente estudio.

Distimia. Algunas formas de depresión son levemente diferentes o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas, tales como **el trastorno depresivo persistente**, también llamado distimia, el cual es un estado de ánimo deprimido que dura al menos dos años. Una persona diagnosticada con trastorno depresivo persistente puede tener episodios de depresión mayor junto con períodos de síntomas menos graves.

En el estudio de Envigado la distimia presentó una prevalencia anual de 0,5 % de la población, siendo ligeramente más alta para el sexo femenino versus el masculino con una razón de 1,2.

Trastorno Bipolar I y II. El trastorno bipolar, también conocido como enfermedad maniaco-depresiva, es un trastorno cerebral que causa cambios inusuales en el estado de ánimo, la energía, los niveles de actividad y la capacidad de llevar a cabo las tareas cotidianas.

Hay cuatro tipos básicos de trastorno bipolar y todos implican cambios claros en el estado de ánimo, la energía y los niveles de actividad. Estos estados de ánimo van desde períodos de comportamiento extremadamente excitado y eufórico (conocidos como episodios maníacos) hasta períodos muy tristes, “deprimidos” o sin esperanza (conocidos como episodios depresivos). Los períodos maníacos menos severos se conocen como episodios hipomaníacos.

Trastorno bipolar I: definido por episodios maníacos que duran al menos 7 días o por síntomas maníacos que son tan graves que la persona necesita atención hospitalaria inmediata. Por lo general, los episodios depresivos también ocurren y, generalmente, duran al menos 2 semanas. Los episodios de depresión con características mixtas (tener depresión y síntomas maníacos al mismo tiempo) también son posibles.

Trastorno bipolar II: definido por un patrón de episodios depresivos y episodios hipomaníacos, pero no los episodios maníacos completos descritos anteriormente.

La prevalencia global para los trastornos bipolares I y II es de 0,9 % para la población general, con una razón por sexo de 0,9, lo que se interpreta que por cada 9 mujeres se presentan 10 casos en el sexo masculino.

Trastornos de inicio de infancia, niñez y adolescencia

Tabla 5. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos del impulso o de inicio en la infancia, niñez y la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Trastorno	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Trastorno de conducta	0,6%	0,1%	0,3%	0,1
Negativista desafiante	0,2%	1,1%	0,7%	5,4
Déficit de atención e hiperactividad	1,4%	0,3%	0,8%	0,2
Cualquiera de los trastornos	1,7%	1,4%	1,5%	0,8

Los trastornos con inicio en la infancia y la adolescencia, también clasificados como **trastornos del impulso**, incluidos en el presente estudio, muestran una prevalencia global, para cualquier trastorno de este grupo, de 1,5 %.

Cambian la orientación de la magnitud de prevalencia por sexo encontrada para los grupos de trastornos presentados anteriormente; junto con los trastornos por uso de sustancias muestran la mayor frecuencia para el sexo masculino, en este caso con 1,7 % versus 1,4 % para el femenino, disminuyendo la diferencia al compararla con los resultados del estudio de Medellín que fue 3,3 %.

En el Estudio Nacional de Colombia, se presentó una prevalencia anual de 3,9 %, más del doble que la del presente estudio (1,5 %). 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, la prevalencia es mayor que la de México con una prevalencia anual de 1,3 %. Al comparar este hallazgo con el de Estados Unidos, con 6,8 %, el de Envigado es inferior.

En comparación con los resultados para este indicador de los países europeos que hacen parte del Estudio Mundial, la prevalencia encontrada en Envigado, para este grupo de trastornos, es superior a la de España (0,5 %), Italia (0,3 %), Bélgica (1,0 %) y Alemania (0,3 %), entre otros, sin olvidar que se comparten los mismos criterios diagnósticos.

Déficit de atención e hiperactividad. Es un problema causado por la presencia de una o más de estas condiciones: no ser capaz de concentrarse, ser hiperactivo o no ser capaz de controlar el comportamiento.

El trastorno a menudo comienza en la niñez. Sin embargo, puede continuar en la adultez. El TDAH se diagnostica más a menudo en niños que en niñas.

No hay claridad sobre la causa del TDAH. Puede estar vinculado a los genes y a factores del hogar o sociales. Los expertos han encontrado que los niños con TDAH son diferentes de aquellos sin este trastorno. La química cerebral también es diferente.

La prevalencia encontrada en el estudio fue de 0,8 % para el total de la población estudiada y en el género masculino esta frecuencia llegó al 1,4 % versus la del sexo femenino con 0,3 %.

El trastorno de la conducta es un trastorno del comportamiento, algunas veces diagnosticado en la infancia, que se caracteriza por comportamientos antisociales que violan los derechos de otros y los estándares y reglas sociales apropiados a la edad. Los comportamientos antisociales pueden incluir la irresponsabilidad, comportamientos delincuentes (como ausentismo escolar y escaparse), violar los dere-

chos de otros (como robo), y/o agresión física contra animales u otros (como asalto y violación). Estos comportamientos generalmente ocurren juntos; sin embargo, uno o varios pueden ocurrir sin el otro.

Su prevalencia es de 0,3 % en la población total y por cada caso en el sexo femenino se presentan 6 en el masculino.

El **trastorno negativista desafiante** es una de las comorbilidades más frecuentes en adolescentes con TDAH. El diagnóstico suele realizarse en la edad escolar, durante la primaria.

La prevalencia en el presente estudio es del 0,7 % para la población general y de 1,1 % para el sexo femenino, con una razón por sexo de 5,4.

Trastornos por uso de sustancias

Tabla 6. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio de Salud Mental – Envisgado 2017

Trastorno	Masculino	Femenino	Total	Razón por sexo (F:M)
Abuso de alcohol	4,7%	2,2%	3,3%	0,5
Dependencia de alcohol	3,1%	0,8%	1,7%	0,3
Abuso de drogas	2,3%	0,2%	1,1%	0,1
Dependencia de drogas	1,8%	0,5%	1,0%	0,3
Cualquier trastorno por uso de sustancias	8,0%	2,3%	4,7%	0,3

Los trastornos por uso de sustancias, abuso y dependencia para alcohol y otras drogas diferentes, presentan una situación que impone la necesidad de dar la máxima prioridad a un trabajo serio y continuo para la búsqueda de soluciones. Del total de la población estudiada, por cada 100 personas, 4,7 % los presentan, el 8,0 % de los hombres y el 2,3 % de las mujeres.

En este grupo de trastornos ocupa el primer lugar el **abuso de alcohol**, con 3,3 %, presentándose significativamente más alto para el sexo masculino con una prevalencia de 4,7 %, versus 2,2 % para el femenino.

La **dependencia de alcohol** presenta igual tendencia con una prevalencia para esta variable de 3,1 % en el sexo masculino versus 0,8 % en el femenino.

El **trastorno por abuso de drogas**: 2,3 % para el sexo masculino y 0,2 % para el femenino y 1,1 % como prevalencia anual para el total de la población.

El trastorno de **dependencia a las drogas** (ilícitas): 1,8 % para el sexo masculino versus 0,5 % para el femenino, con diferencia estadísticamente significativa. Pero llama la atención el comienzo de un incremento para el sexo femenino.

Para **cualquiera de los trastornos por uso de sustancias** se presentó una prevalencia anual de 4,7 %, siendo significativamente mayor para el sexo masculino con 8,0 % versus 2,3 % para el femenino. Por cada mujer con este diagnóstico, se encuentran 3 hombres.

Al comparar los indicadores de prevalencia para cualquier trastorno del grupo por consumo de sustancias psicoactivas, **4,7 %**, con los generados en el Estudio Nacional de Colombia, con 3,0 % para el total, son más altos los del presente Estudio. Los resultados de algunos de los países que hacen parte del Estudio Mundial son más bajos para la mayoría, con excepción de Ucrania.

En el informe de la OMS sobre el estado del consumo de alcohol y su impacto sobre la salud, se da la siguiente información basada en la evidencia: “El uso nocivo del alcohol es uno de los riesgos más importantes para la salud del mundo, se comporta como factor causal para más de 60 de las principales enfermedades y lesiones que afectan a la humanidad y para aproximadamente 2,5 millones de muertes cada año”.

En uno de los últimos análisis del WMHS Estudio Mundial sobre Salud Mental, el cual aplica igual metodología que el CIDI-OMS y se encuentra en etapa de publicación, se informa, como uno de los hallazgos más consistentes en la investigación, que el uso de sustancias psicoactivas por los pares predice mayor probabilidad de uso de sustancias. El estudio además ha demostrado que este es un patrón generalizado según el cual no solo es factor predictor para el uso de sustancias entre los pares, sino en la cohorte de iguales. Esto puede explicarse a través de múltiples mecanismos, como el impacto percibido sobre el cambio de las normas relacionadas con el uso de drogas y las mayores oportunidades para usarlas.

Los hallazgos también sugieren que el riesgo de desarrollar problemas con el consumo de drogas, tales como el abuso y la dependencia, y su remisión, no son estáticos, sino que varían de acuerdo con el grado en que el consumo de sustancias se produce entre compañeros de la misma edad.

Tabla 7. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según grupos de adolescentes y adultos
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Trastorno	Adultos	Adolescentes
Abuso de alcohol	3,5%	0,9%
Dependencia de alcohol	1,9%	0,4%
Abuso de drogas	3,9%	0,7%
Dependencia de drogas	0,9%	2,4%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	4,6%	5,0%

El **trastorno por abuso de alcohol** presenta diferencias significativas entre los dos grupos estudiados (adolescentes y adultos): por cada adolescente, cumplieron los criterios de abuso casi cuatro adultos. Para la dependencia la razón es de 4,8 adultos por cada adolescente.

Cualquier **trastorno por uso de sustancias** se comporta con igual frecuencia entre los dos grupos de edad, siendo muy importante la alta frecuencia de la dependencia a las drogas diferentes al alcohol en el grupo de adolescentes.

Estos resultados son indicadores de la frecuencia no solo de los trastornos por uso de alcohol sino por uso de otras drogas ilegales, y tienen gran importancia por el impacto que representan para el individuo que los sufre, su familia y la sociedad en general. Igualmente son una evidencia del poco cumplimiento de la legislación sobre la venta y consumo de bebidas alcohólicas en menores de 18 años.

Tabla 8. Indicadores de prevalencia en la vida para trastornos por uso de sustancias por cien según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Trastorno en la vida	Urbana	Rural
Abuso de alcohol	15,0%	4,7%
Dependencia de alcohol	3,9%	1,9%
Abuso de drogas	5,9%	0,6%
Dependencia de drogas	1,6%	1,0%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	18,2%	5,1%

La zona urbana presenta diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento de su población para el grupo de trastornos por uso de sustancias comparado con las personas que tienen su residencia en el área rural. Para cualquier trastorno la prevalencia de vida de los residentes en el sector urbano fue de 18.2 %, mayor

que la encontrada en el rural con 5,1 %. Por cada persona afectada en el área rural se presentan 3,6 en la urbana, la mayor diferencia se da para el abuso de drogas con una razón de uno a casi diez.

El impacto de estos hallazgos es muy grave, como se deduce de la información presentada por la Organización Mundial de la Salud en el Informe de la Situación Regional sobre el Alcohol y la Salud en las Américas, 2015(1).

El Informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el Alcohol y la Salud en las Américas examina los patrones de consumo y las consecuencias en la región de las Américas y evalúa el progreso logrado desde la promulgación de la estrategia mundial y el plan regional de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol.

Consumo

En promedio, en las Américas, se consume más alcohol que en el resto del mundo. En particular, en los últimos cinco años han aumentado los episodios de consumo excesivo, pasando de una tasa del 4,6 % al 13,0 % en el caso de las mujeres y del 17,9 % al 29,4 % en el de los varones.

Mortalidad: defunciones

En 2012, el consumo de alcohol ocasionó aproximadamente **una muerte cada 100 segundos** en la región de las Américas y contribuyó a más de 300.000 defunciones ese año. De ellas, más de 80.000 no habrían ocurrido si no hubiese intermediado el consumo de alcohol.

Morbilidad: enfermedades y traumatismos

El consumo de alcohol contribuye al desarrollo de 200 enfermedades y lesiones, incluidas las neoplasias, la infección por el VIH/SIDA y diversos trastornos mentales. El alcohol tuvo que ver con 274.000.000 de años de vida sana perdidos (AVAD) en las Américas en el 2012. El 5,7 % de la población de la región declaró sufrir algún trastorno debido al consumo de alcohol, aunque el número probablemente sea mayor.

Perjuicios causados a otras personas

El alcohol provoca perjuicios graves no solo a quienes beben en exceso sino también a las personas que rodean a los bebedores.

Entre los daños a los demás cabe mencionar los síndromes de alcoholismo fetal, la violencia, los traumatismos (incluidos los accidentes de tránsito y los laborales), el sufrimiento emocional y la inestabilidad económica.

El alcohol también le causa costos importantes a la sociedad, sobre todo en detenciones, pérdida de puestos de trabajo o consultas a los servicios de salud. Además, las mujeres son las más afectadas por el consumo de alcohol de otras personas.

Ingresos y desigualdad

A medida que los países de las Américas se desarrollen económicamente, cabe prever un aumento del consumo de alcohol y de los daños relacionados. Los datos disponibles también indican que los grupos socioeconómicos menos favorecidos suelen padecer más repercusiones con un mismo nivel de consumo que los más pudientes, quizá por la falta de acceso a la atención sanitaria o por la mayor exclusión social.

Pueblos indígenas

Los pueblos indígenas representan cerca del 13 % de la población de la región. Existen grandes lagunas en el conocimiento de la extensión de las repercusiones y los perjuicios que tiene el alcohol en estas poblaciones diversas y vulnerables. Algunos estudios de casos y otros informes anecdóticos indican que los pueblos indígenas sufren daños sustanciales por causa del consumo de alcohol y disponen de acceso limitado a los tratamientos y a otras intervenciones.

El alcohol y la mujer

Las mujeres beben cada vez más, en muchos países casi tanto como los hombres. La “igualdad” en el consumo, sin embargo, conlleva más desigualdad entre los sexos en las consecuencias para la salud. Las mujeres de las Américas presentan la prevalencia más alta del mundo de trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

El alcohol y los jóvenes

En promedio, los adolescentes beben con menor frecuencia, pero ingieren más cantidad en cada ocasión. La mayoría de los

estudiantes encuestados en las Américas tomaron la primera copa antes de los 14 años de edad. En el 2010, alrededor de 14.000 defunciones de menores de 19 años fueron atribuidas al alcohol.

Costos económicos

En las Américas y en todo el mundo, el alcohol es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de 15-49 años de edad, franja etaria en la que suelen ser más productivas económicamente. El consumo nocivo de alcohol probablemente produzca pérdidas salariales de miles de millones de dólares cada año.

Modelo conceptual del consumo de alcohol y consecuencias para la salud

Hay muchos factores personales y sociales interrelacionados que contribuyen al consumo de bebidas alcohólicas y a los daños que provoca. El modelo causal conceptual de la figura 1 ilustra la compleja trama de relaciones que se establece entre el consumo y otros factores y sus consecuencias.



/// Figura 1. Modelo causal conceptual del consumo de alcohol y consecuencias para la salud

Hay dos dimensiones del consumo que se correlacionan con los daños causados por el alcohol:

- El volumen de alcohol consumido.
- El patrón de consumo (por ejemplo, la frecuencia y la cantidad ingerida cada vez, tanto a nivel de la persona como de la sociedad).

Factores de vulnerabilidad de la persona

La vulnerabilidad personal hace referencia a los factores que incrementan la propensión de algunas personas a consumir más alcohol y a seguir patrones más perjudiciales, así como la propensión a las lesiones causadas por el alcohol (controlando la cantidad de alcohol ingerido y los patrones de consumo).

Estos factores son:

- La edad (los jóvenes son más propensos a los patrones de consumo más peligrosos).
- El sexo (las mujeres metabolizan el alcohol con más rapidez porque normalmente tienen menos masa corporal y una mayor proporción de grasa que los varones).
- Los roles de género. En muchas sociedades dominadas por los hombres, era habitual negarles a las mujeres la posibilidad de beber alcohol, aunque por ello no se libraban de los daños producidos por el consumo masculino. Al cambiar estos roles, las mujeres se han convertido en destinatarias de la publicidad del alcohol y han adoptado patrones de consumo masculinos sin dejar de ser víctimas del consumo de sus parejas.
- Los factores familiares (las personas con antecedentes familiares de trastornos por consumo de alcohol son más propensas a sufrir los mismos problemas, tanto por la genética como por la influencia de estilos de vida familiares).
- La situación socioeconómica (las personas de los estratos socioeconómicos más bajos tienden a sufrir mayores consecuencias por litro de alcohol ingerido que las de clase socioeconómica más alta).

Factores de vulnerabilidad de la sociedad

La vulnerabilidad social hace referencia a los factores propios de la sociedad que tienen un efecto sobre los patrones de consumo y los daños causados por el alcohol (controlando la cantidad consumida y los patrones de consumo).

Estos factores son:

- El nivel de desarrollo (los residentes de países menos desarrollados tienden a consumir menos bebidas alcohólicas, pero también tienden a tener menos servicios disponibles para mitigar los daños causados por el alcohol).

- La cultura y las normas (muchas culturas en las Américas celebran las fiestas u ocasiones especiales con alcohol, mientras que la estigmatización y las normas sociales pueden disuadir a la persona de buscar ayuda o tratamiento).
- El contexto del consumo (beber en lugares públicos conlleva diferentes riesgos que beber en casa).
- La producción, la distribución y la reglamentación (la producción y la distribución tienen que ver con la disponibilidad de alcohol en todas partes, mientras que si se regulan los precios, la disponibilidad y la venta, se puede limitar la disponibilidad).

Consecuencias para la salud

El consumo de alcohol perjudica a la persona de diversas maneras, a saber: (1) provoca lesiones en los órganos y los tejidos; 2) induce comportamientos peligrosos durante la fase de intoxicación etílica; y 3) favorece el desarrollo de los trastornos por consumo de alcohol. Las consecuencias para la salud pueden ser **crónicas** (como los tumores, la cirrosis hepática o el alcoholismo) o **agudas** (como la intoxicación etílica, que puede ocasionar minusvalías irreversibles o la muerte).

Hay más de 60 afecciones provocadas exclusivamente por el alcohol y más de 200 en las que el alcohol puede tener una repercusión negativa. Conviene tener en cuenta que, aunque algunos datos probatorios señalan que el alcohol puede tener un efecto positivo sobre ciertas enfermedades, se trata de circunstancias muy particulares. A nivel de país, los daños causados por el consumo de alcohol exceden con creces cualquier beneficio que este pueda reportar.

Consecuencias socioeconómicas

Las consecuencias socioeconómicas del consumo de alcohol son diversas y hasta la fecha no hay un inventario completo, pero comprenden los fondos invertidos en las actuaciones policiales para prevenir la violencia relacionada con el alcohol y en la asistencia sanitaria de quienes sufren los trastornos agudos y crónicos, así como el dinero dedicado por las empresas a recuperar la productividad perdida, además de muchos otros costos intangibles.

Tabla 9. Indicadores de prevalencia en los últimos 12 meses para trastornos por uso de sustancias por cien según lugar de residencia
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Trastorno	Urbana	Rural
Abuso de alcohol	3,9%	0,0%
Dependencia de alcohol	1,6%	0,8%
Abuso de drogas	1,5%	0,0%
Dependencia de drogas	1,2%	0,0%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	5,3%	0,8%

Los indicadores para la prevalencia de vida para trastornos por uso de sustancias por cien según lugar de residencia, confirman que el área urbana es la de más alto riesgo. Entre los residentes del área rural solo se presentó una prevalencia del 0,8 % para la dependencia a bebidas alcohólicas.

Trastornos de la alimentación

Se incluyeron los trastornos de la alimentación y su diagnóstico se llevó a cabo mediante los criterios de DSM-IV. Para cualquier trastorno en este grupo se encontró una prevalencia de vida de 0,31 % para los hombres y 0,13 % para el total de la población de estudio. Los casos se encontraron para el trastorno de anorexia nerviosa en el grupo de hombres. Para el último año no se reportaron casos.

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 aceptando que los pocos casos presentados necesariamente llegan a tratamiento por su severidad.

Síntesis de hallazgos globales

A continuación, se presentan las tablas síntesis del comportamiento de los trastornos por las variables más importantes, con el fin de apoyar análisis de interés en diferentes grupos y con diferentes propósitos según necesidades de la Secretaría de Salud de Envigado.

Trastornos mentales por grupo de edad: adolescentes y adultos

Tabla 10. Prevalencia de vida de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos
Estudio de Salud Mental – Envidado 2017

Trastorno	Adolescentes	Adultos
Trastorno de pánico	1,05%	1,31%
Ansiedad generalizada	0,62%	0,89%
Fobia social	3,00%	2,52%
Fobia específica	2,61%	4,93%
Agorafobia	0,25%	0,21%
Estrés postraumático	0,70%	3,71%
Ansiedad por separación	2,06%	2,34%
Obsesivo compulsivo	1,46%	2,76%
Cualquier trastorno ansiedad	6,61%	10,08%
Depresión mayor	4,64%	6,64%
Distimia	0,74%	0,56%
Bipolar I, II y Sub	1,61%	1,10%
Cualquier trastorno afectivo	6,25%	7,70%
Negativista desafiante	5,32%	3,09%
Trastorno de conducta	2,72%	1,15%
Déficit de atención e hiperactividad	8,06%	2,43%
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	12,61%	5,50%
Abuso de alcohol	2,30%	14,61%
Dependencia de Alcohol	0,38%	4,25%
Abuso de drogas	8,10%	4,51%
Dependencia de drogas	4,28%	1,13%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	8,56%	16,74%
Bulimia	0,00%	0,00%
Anorexia	0,00%	0,13%
Cualquier trastorno de la alimentación	0,00%	0,13%
Ideación suicida	23,63%	21,71%
Planeación suicida	14,44%	9,22%
Intento de suicidio	9,43%	11,74%
Comportamiento suicida	23,63%	21,71%

En la tabla se observan los indicadores de prevalencia de vida y su comportamiento según los grupos de adolescentes y adultos. Las prevalencias son menores en adolescentes con relación a los adultos para los trastornos de ansiedad, 6,61 % y

10,08 % respectivamente; por cada adolescente se presentaron 1,6 adultos. Igual tendencia se observa para el grupo de trastornos del estado del ánimo, para los cuales la prevalencia en adolescentes es de 6,25 % y 7,70 % en adultos.

Según el indicador de prevalencia anual, los trastornos de inicio en la infancia y en la adolescencia son más altos en los adolescentes, con una diferencia de proporciones de 7,11 %.

Con relación a los trastornos por uso de sustancias se observa una situación importante, con 16,74 % en los adultos versus 8,56 % en los adolescentes y una diferencia de proporciones de 8,18 %. El comportamiento presenta dos análisis que se invierten: para los adultos los indicadores relacionados con abuso y dependencia de alcohol son más altos y para los adolescentes las prevalencias de abuso y dependencia de drogas son mayores que en los adultos.


Para el grupo de trastornos de la alimentación los pocos casos se presentaron solo en el grupo de adultos.

Los indicadores para el comportamiento suicida son muy altos para los dos grupos: el de adolescentes con una prevalencia de 23,63 % y los adultos de 21,71 %. Lo que representa que de cada cinco personas estudiadas más de una presenta este comportamiento.

Al analizar los resultados de los indicadores de prevalencia anual entre adolescentes y adultos, llama la atención su comportamiento:

- Para cualquier trastorno de ansiedad no se presenta diferencia.
- Cualquier trastorno afectivo muestra diferencia no significativa entre los dos grupos, más alta para el grupo de adolescentes con una diferencia de 0,61 %.
- Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia presenta mayor prevalencia para el grupo de adolescentes. La diferencia es de 2,15 %.
- Cualquier trastorno por uso de sustancias superior en adolescentes tiene igual comportamiento que el presentado para el indicador de prevalencia de vida. Los trastornos por uso de alcohol son más altos en los adultos y los relacionados con otras drogas son más altos en los adolescentes.

- El comportamiento suicida se invierte con relación a la prevalencia de vida, con un riesgo mayor para los adolescentes, con diferencia de proporciones de 5,68 %. como estimador del riesgo atribuible para los adolescentes, lo cual es concordante con los resultados informados en el capítulo respectivo.

 **Tabla 11.** Prevalencia anual de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Trastorno	Adolescentes	Adultos
Trastorno de pánico	0,90%	0,71%
Ansiedad generalizada	0,44%	0,27%
Fobia social	1,95%	1,42%
Fobia específica	1,56%	2,05%
Agorafobia	0,25%	0,14%
Estrés postraumático	0,00%	0,15%
Ansiedad por separación	1,75%	0,86%
Obsesivo compulsivo	1,46%	2,11%
Cualquier trastorno ansiedad	4,34%	4,39%
Depresión mayor	2,76%	2,37%
Distimia	0,74%	0,42%
Bipolar I, II y Sub	1,04%	0,90%
Cualquier trastorno afectivo	3,80%	3,19%
Negativista desafiante	1,47%	0,66%
Trastorno de conducta	1,42%	0,14%
Déficit de atención e hiperactividad	2,84%	0,50%
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	3,46%	1,31%
Abuso de alcohol	0,90%	3,50%
Dependencia de alcohol	0,38%	1,87%
Abuso de drogas	3,85%	0,74%
Dependencia de drogas	2,42%	0,85%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	4,96%	4,58%
Bulimia	0,00%	0,00%
Anorexia	0,00%	0,00%
Cualquier trastorno de la alimentación	0,00%	0,00%
Ideación suicida	11,94%	6,26%
Planeación suicida	6,66%	2,27%
Intento de suicidio	2,39%	2,69%
Comportamiento suicida	11,94%	6,26%

Distribución de los trastornos mentales según área de residencia

Tabla 12. Prevalencia de vida de trastornos mentales por área de residencia
Estudio de Salud Mental – Enrivgado 2017

Trastorno en la vida	Urbana	Rural
Trastorno de pánico	1,63%	0,23%
Ansiedad generalizada	0,96%	1,66%
Fobia social	2,99%	1,24%
Fobia específica	5,09%	2,86%
Agorafobia	0,27%	0,05%
Estrés postraumático	3,90%	2,38%
Ansiedad por separación	2,50%	1,08%
Obsesivo compulsivo	3,95%	0,00%
Cualquier trastorno ansiedad	10,89%	6,26%
Depresión mayor	6,89%	5,02%
Distimia	0,72%	0,50%
Bipolar I, II y Sub	1,47%	0,08%
Cualquier trastorno afectivo	8,33%	5,10%
Negativista desafiante	3,84%	0,89%
Trastorno de conducta	1,55%	0,00%
Déficit de atención e hiperactividad	3,56%	2,52%
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	7,25%	3,31%
Abuso de alcohol	14,99%	4,74%
Dependencia de alcohol	3,87%	1,92%
Abuso de drogas	5,90%	0,57%
Dependencia de drogas	1,58%	1,03%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	18,23%	5,07%
Bulimia	0,00%	0,00%
Anorexia	0,13%	0,00%
Cualquier trastorno de la alimentación	0,13%	0,00%
Ideación suicida	22,01%	20,05%
Planeación suicida	10,14%	7,06%
Intento de suicidio	11,42%	11,60%
Comportamiento suicida	22,01%	20,05%

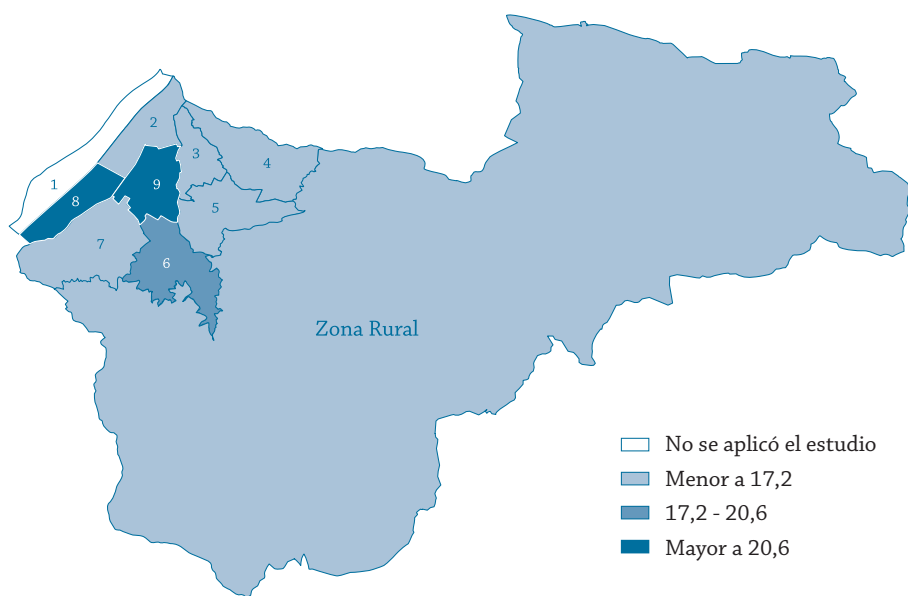
Los indicadores para la prevalencia de vida para cualquier trastorno de ansiedad presentan menor frecuencia para los residentes en el área rural, con una diferencia de proporciones de 4,63 %, que puede ser interpretada como riesgo atribuible a

la variable lugar de residencia, aceptando que la residencia en el área rural se comporta como de protección.

El análisis para los trastornos afectivos reitera el hallazgo anterior que puede ser interpretado como estimador del riesgo atribuible con 3,23 %, o en otra forma, que el vivir en el área urbana se comporta como factor de riesgo.

Para cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, la prevalencia es mayor para el área urbana, con una diferencia de proporciones de 3,94 %.

Finalmente, el comportamiento suicida también presenta una mayor frecuencia en el área urbana, con una diferencia de proporciones de casi 2,0 %.



Mapa 1. Distribución para cualquier trastorno en la vida
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

En el mapa anterior se observa el nivel de riesgo de padecer cualquier trastorno durante la vida, según el lugar de residencia. El mayor riesgo es para los habitantes de las zonas 8 y 9, con una prevalencia mayor de 20,6 %, seguidos por los residentes de la zona 6, con prevalencia entre 17,2 % y 20,6 % y los de menor riesgo para este indicador son los que viven en la zona rural y las zonas urbanas 2,3,4,5 y 7, las cuales presentaron una prevalencia menor de 17,2 %.

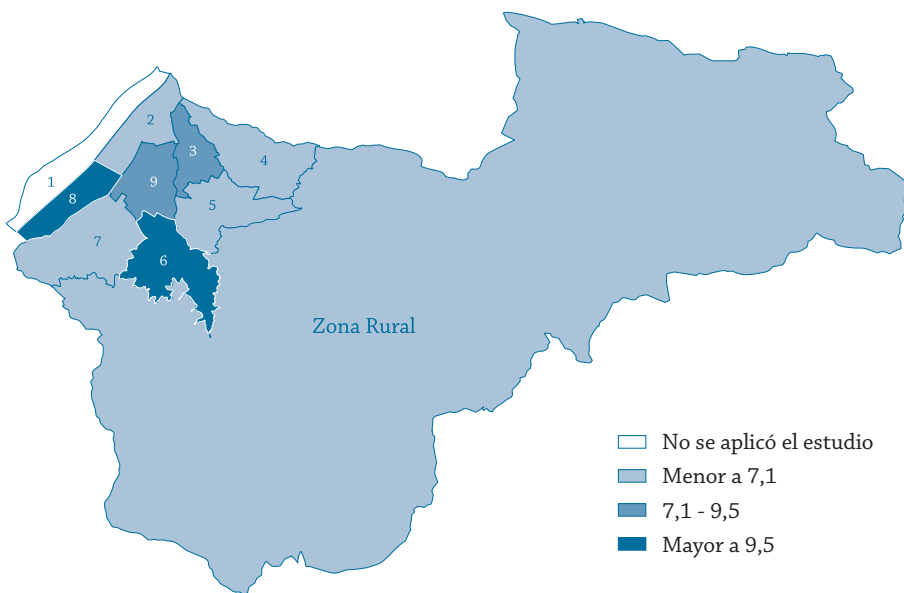
Tabla 13. Prevalencia anual de trastornos mentales por área de residencia
Estudio de Salud Mental – Envisgado 2017

Trastorno	Urbana	Rural
Trastorno de pánico	0,97%	0,23%
Ansiedad generalizada	0,43%	11,00%
Fobia social	1,77%	0,72%
Fobia específica	2,00%	1,78%
Agorafobia	0,19%	0,05%
Estrés postraumático	0,16%	0,00%
Ansiedad por separación	1,16%	0,51%
Obsesivo compulsivo	3,33%	0,00%
Cualquier trastorno ansiedad	5,04%	2,50%
Depresión mayor	2,73%	1,00%
Distimia	0,61%	0,00%
Bipolar I, II y Sub	1,17%	0,08%
Cualquier trastorno afectivo	3,81%	1,08%
Negativista desafiante	0,82%	0,41%
Trastorno de conducta	0,35%	0,00%
Déficit de atención e hiperactividad	82,00%	1,02%
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	1,71%	1,42%
Abuso de alcohol	3,93%	0,00%
Dependencia de alcohol	1,65%	0,81%
Abuso de drogas	1,47%	0,00%
Dependencia de drogas	1,21%	0,00%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	5,30%	0,81%
Bulimia	0,00%	0,00%
Anorexia	0,00%	0,00%
Cualquier trastorno de la alimentación	0,00%	0,00%
Ideación suicida	6,57%	7,02%
Planeación suicida	2,73%	1,01%
Intento de suicidio	2,53%	3,19%
Comportamiento suicida	6,57%	7,02%

Al analizar los resultados sobre el comportamiento de los indicadores de prevalencia anual entre los residentes en el área urbana versus la rural se presenta el siguiente comportamiento:

- Para cualquier **trastorno de ansiedad**: 5,04 % en el área urbana versus la rural con 2,50 % con diferencia de 2,54 % menor en los residentes del área rural.

- Cualquier **trastorno afectivo**: una diferencia significativa entre los dos grupos: 3,81 % en la urbana versus 1,08 % en la rural.
- Cualquier **trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia** presenta mayor prevalencia para el grupo de residentes en el área urbana, con una prevalencia anual de 1,71 % versus 1,42 % en la rural.
- Cualquier **trastorno por uso de sustancias** es superior en el área urbana, 5,30 % versus 0,81 % en la rural, con igual comportamiento que el indicador para prevalencia de vida.
- Con relación a la prevalencia anual, el **comportamiento suicida** es el único indicador que presenta mayor riesgo en los residentes del área rural, con diferencia de proporciones de 0,45 %.



Mapa 2. Distribución para cualquier trastorno en el último año
Estudio de Salud Mental – Envisgado 2017

En el mapa 2, se visualiza el comportamiento de la prevalencia para el último año para cualquier trastorno. Las zonas 6 y 8 presentan la mayor prevalencia (mayor a 9,5 %) y la 3 y la 9 con una proporción intermedia anual para cualquier trastorno con prevalencias entre 7,1 % y 9,5 %. La zona rural en forma consistente presenta menor prevalencia.

A continuación, se presenta la distribución de otros de los indicadores estudiados, según lugar de residencia, lo cual puede orientar las prioridades de intervención.

Tabla 14. Distribución de cualquier trastorno mental en el último año por zona de residencia
Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Zona	Masculino	Femenino	Total
02 El Portal - San Marcos - Pontevedra - Jardines - Villagrande - Bosques de Zúñiga	4,3 (0,3 - 8,4)	7,0 (2,2 - 11,7)	5,7 (2,6 - 8,9)
03 La Sebastiana - Las Flores - Uribe Ángel - Alto de Misael - Las Orquídeas	7,4 (2,3 - 12,4)	9,5 (3,9 - 15,0)	8,4 (4,7 - 12,2)
04 El Esmeraldal – Loma del Atravesado – Zúñiga	4,2 (0,1 - 8,2)	1,8 (0,0 - 4,2)	2,9 (0,6 - 5,2)
05 Loma de Las Brujas - La Pradera - El Chocho - Inmaculada	4,3 (0,2 - 8,4)	5,5 (1,1 - 10,0)	4,9 (1,9 - 8,0)
06 El Chinguí - El Salado - La Mina - San Rafael - San José	14,8 (7,5 - 22,1)	11,3 (5,6 - 16,9)	12,8 (8,3 - 17,3)
07 Las Antillas - El Trianón - Loma del Barro - La Paz - El Dorado	3,0 (0,0 - 6,2)	4,9 (0,7 - 9,0)	3,9 (1,3 - 6,5)
08 Las Casitas – Primavera - Milán-Vallejuelos – Alcalá	9,8 (3,4 - 16,1)	14,2 (8,0 - 20,4)	12,4 (7,9 - 16,9)
09 Los Naranjos – Mesa - Zona Centro – Obrero – Bucarest - La Magnolia	11,4 (4,9 - 18,0)	6,3 (1,8 - 10,7)	8,6 (4,7 - 12,4)
Rural El Escobero - Santa Catalina - El Vallano - Las Palmas – Pantanillo - Perico	3,6 (1,1 - 6,2)	5,2 (2,3 - 8,2)	4,5 (2,5 - 6,4)
Envigado	8,1 (6,4 - 9,8)	8,5 (6,8 - 10,1)	8,3 (7,1 - 9,5)

Al analizar el comportamiento de cualquier trastorno mental en el último año por lugar de residencia, llama la atención el comportamiento de la prevalencia de cualquier trastorno según sexo para el total de la población estudiada, donde no se presenta ninguna diferencia, a pesar de que para algunas zonas sí las hay.

Tabla 15. Distribución de los indicadores de consumo en el último año por zona de residencia
 Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

Zona de residencia	Consumo último año				
	Alcohol	Marihuana	Cocaína y sus derivados	Medicamentos no recetados	Heroína y otros
Zona 02	27,3%	6,2%	0,9%	0,0%	0,0%
Zona 03	30,8%	7,7%	0,5%	0,3%	0,0%
Zona 04	21,6%	11,0%	2,6%	0,0%	0,0%
Zona 05	24,9%	4,8%	0,0%	0,0%	2,0%
Zona 06	33,7%	5,9%	1,8%	0,6%	1,6%
Zona 07	26,3%	3,1%	0,0%	0,0%	0,9%
Zona 08	31,4%	5,1%	0,4%	0,3%	0,8%
Zona 09	39,4%	6,6%	0,4%	0,4%	1,1%
Zona Rural	39,6%	4,3%	0,8%	0,0%	0,5%

Los principales hallazgos que se observan en la tabla anterior son: el consumo de bebidas alcohólicas como el mayor problema presentado entre el grupo de consumo de sustancias psicoactivas, con el mayor riesgo para la zona 09 con el 39,4 % y la zona rural con el 39,6 %.

Como segunda sustancia en cuanto a frecuencia de consumo se encuentra la marihuana, con la prevalencia más alta para la zona 04 con el 11,0 % de consumo, pero siendo preocupante el alto consumo en general.

Para la cocaína y sus derivados se encuentra consumo en 8 de las zonas estudiadas, solo en la 07 y en la 05 no se encontraron casos informados de consumo.

La heroína tiene un consumo del 2,0 % en la zona 05, con una prevalencia de 1,6 % en la 06 y 1,1 % en la 09. Solo en las zonas 02, 03 y 04, no se encontró prevalencia de consumo.

La zona 06 presenta alta vulnerabilidad y comparte con la zona 05 el mayor riesgo para uso de heroína.

El panorama descrito debe ser motivo de un trabajo conjunto de varias de las secretarías del municipio, lideradas por la Secretaría de Salud y acompañadas de la participación de la comunidad para lograr un consenso que permita la unión de recursos y voluntades para buscar la forma más eficiente de encontrar intervenciones efectivas.

Comparando en la Tabla 16, el comportamiento de los trastornos estudiados se complementa el diagnóstico de la situación

de salud mental. La zona 06 y la 08 presentan los indicadores de prevalencia más altos para la presentación de cualquiera de los trastornos estudiados, con más de 12 personas de cada cien encuestadas.

Tabla 16. Distribución de los indicadores de prevalencia para los grupos de trastornos mentales en el último año por zona de residencia. Estudio de Salud Mental – Envigado 2017

	Grupo de trastornos en el último año				
	Ansiedad	Afectivos	Impulsivos	Sustancias	Cualquier trastorno
Zona 02	2,8 (0,6 - 5,1)	2,3 (0,2 - 4,3)	0,3 (0,0 - 1,6)	1,8 (0,0 - 4,7)	5,7 (2,6 - 8,9)
Zona 03	4,7 (1,9 - 7,6)	3,7 (1,2 - 6,3)	0,5 (0,0 - 1,9)	3,7 (0,0 - 7,5)	8,4 (4,7 - 12,2)
Zona 04	0,6 (0,0 - 1,6)	1,3 (0,0 - 2,9)	1,2 (0,0 - 3,5)	1,0 (0,0 - 3,1)	2,9 (0,6 - 5,2)
Zona 05	2,6 (0,4 - 4,8)	2,0 (0,0 - 3,9)	1,3 (0,0 - 3,9)	1,0 (0,0 - 3,2)	4,9 (1,9 - 8,0)
Zona 06	7,5 (3,9 - 11,0)	4,3 (1,6 - 7,1)	1,7 (0,0 - 4,2)	4,9 (0,8 - 9,0)	12,8 (8,3 - 17,3)
Zona 07	2,6 (0,5 - 4,7)	2,4 (0,4 - 4,5)	0,0 (0,0 - 0,0)	2,6 (0,0 - 6,1)	3,9 (1,3 - 6,5)
Zona 08	6,8 (3,4 - 10,3)	7,5 (3,9 - 11,1)	1,7 (0,0 - 4,2)	1,5 (0,0 - 3,9)	12,4 (7,9 - 16,9)
Zona 09	4,8 (1,9 - 7,8)	2,2 (0,2 - 4,2)	0,8 (0,0 - 2,5)	2,3 (0,0 - 5,1)	8,6 (4,7 - 12,4)
Zona Rural	2,5 (1,0 - 4,0)	1,1 (0,1 - 2,1)	1,4 (0,0 - 3,2)	0,8 (0,0 - 2,2)	4,5 (2,5 - 6,4)
Envigado	4,4 (3,5 - 5,2)	3,3 (2,5 - 4,0)	1,5 (0,7 - 2,3)	4,7 (3,3 - 6,0)	8,3 (7,1 - 9,5)

Aplicación del modelo predictivo

Se completa el análisis con la estimación del número de casos esperados, al aplicar los indicadores de prevalencia anual a la población de referencia a la cual se aplicó el índice de corrección intercensal. Estos datos son de gran importancia para la toma de decisiones y la formulación de metas, así como para la estimación de recursos para lograr el aumento de la cobertura de atención a los diferentes niveles.

En el análisis global se encuentra que 53.675 personas están afectadas por uno de los trastornos estudiados.

Los resultados de la estimación del número de casos de los trastornos estudiados se convierten en un insumo importante para la estimación de recursos que se deben destinar a su atención. Esto debe acompañarse del análisis del tipo de atención y la orientación de los programas, recordando la importancia de trabajar esta etapa en conjunto con otros sectores gubernamentales y privados que deben intervenir.

Su resultado debe ser analizado por el equipo y ser concordante con la distribución y la orientación de los programas disponibles.

Tabla 17. Resultado de la aplicación del modelo predictivo de la estimación de número de casos para el año 2018 en Envigado

Trastorno	Prevalencia 12 meses	Total casos esperados 2018
Trastorno de pánico	0,73%	1.380
Ansiedad generalizada	0,30%	567
Fobia social	1,49%	2.816
Fobia específica	1,96%	3.704
Agorafobia	0,15%	284
Estrés postraumático	0,13%	246
Ansiedad por separación	0,96%	1.814
Obsesivo compulsivo	2,00%	3.780
Cualquier trastorno ansiedad	4,36%	8.240
Depresión mayor	2,42%	4.574
Distimia	0,46%	869
Bipolar I, II y Sub	0,93%	1.758
Cualquier trastorno afectivo	3,27%	6.180
Negativista desafiante	0,74%	1.399
Trastorno de conducta	0,28%	529
Déficit de atención e hiperactividad	0,76%	1.436
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	1,54%	2.911
Abuso de alcohol	3,25%	6.143
Dependencia de alcohol	1,73%	3.270
Abuso de drogas	1,09%	2.060
Dependencia de drogas	1,01%	1.909
Cualquier trastorno por uso de sustancias	4,67%	8.826
Bulimia	0,00%	0
Anorexia	0,00%	0
Cualquier trastorno de la alimentación	0,00%	0
Ideación suicida	6,93%	13.098
Planeación suicida	2,76%	5.216
Intento de suicidio	2,67%	5.046
Comportamiento suicida	6,93%	13.098

La información permite la comparación teniendo en cuenta la variable lugar como un indicador para evaluar prioridades.

La bondad del análisis se complementa a partir de la aplicación de indicadores con base en iguales criterios diagnósticos e igual metodología en los estudios.

Se ve claramente como prioridad la atención del grupo de trastornos por uso de sustancias, el comportamiento suicida,

los trastornos afectivos con énfasis en la depresión mayor y los trastornos de ansiedad.

Tabla 18. Comparación de la prevalencia anual de trastornos mentales para Medellín – Itagüí – Envigado

Trastorno	Medellín 2011	Itagüí 2012	Envigado 2017
Trastorno de pánico	0,8%	0,2%	0,7%
Ansiedad generalizada	1,1%	0,8%	0,3%
Fobia social	3,0%	2,0%	1,5%
Fobia específica	5,8%	4,8%	2,0%
Agorafobia	0,9%	0,0%	0,2%
Estrés postraumático	1,2%	0,3%	0,1%
Ansiedad por separación	1,0%	1,2%	1,0%
Obsesivo compulsivo	4,6%	2,3%	2,0%
Cualquier trastorno ansiedad	10,3%	8,8%	4,4%
Depresión mayor	4,1%	2,7%	2,4%
Distimia	0,5%	0,1%	0,5%
Bipolar I, II y Sub	0,8%	0,9%	0,9%
Cualquier trastorno afectivo	4,9%	3,6%	3,3%
Negativista desafiante	2,0%	2,0%	0,7%
Trastorno de conducta	0,7%	1,3%	0,3%
Déficit de atención e hiperactividad	1,4%	0,8%	0,8%
Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	3,3%	2,5%	1,5%
Abuso de alcohol	3,6%	1,8%	3,3%
Dependencia de alcohol	1,9%	0,7%	1,7%
Abuso de drogas	1,8%	3,1%	1,1%
Dependencia de drogas	0,7%	1,3%	1,0%
Cualquier trastorno por uso de sustancias	5,2%	4,8%	4,7%
Bulimia	0,2%	0,0%	0,0%
Anorexia	0,0%	0,0%	0,0%
Cualquier trastorno de la alimentación	0,2%	0,0%	0,0%
Ideación suicida	3,6%	4,4%	6,9%
Planeación suicida	1,3%	1,2%	2,8%
Intento de suicidio	0,8%	1,0%	2,7%
Comportamiento suicida	3,6%	4,4%	6,9%

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 y los países. La mala salud mental y la pobreza interactúan en un ciclo negativo: la mala salud mental supone un obstáculo a la capacidad de aprender y de ocuparse productivamente de la propia economía; por su parte, la pobreza aumenta el riesgo de contraer trastornos mentales y reduce la capacidad de la gente de obtener acceso a los servicios de salud. El número de personas afectadas, la discapacidad asociada a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, y el hecho de que haya tratamientos eficaces disponibles destacan la importancia de abordar estos trastornos en la atención primaria.

Nuestra meta es velar porque la salud mental se integre en los sistemas de atención de salud de todo el mundo. Es necesario realizar un esfuerzo mucho mayor para cambiar las políticas, prácticas y los sistemas de prestación de servicios a fin de garantizar que se asigne a las necesidades y las preocupaciones en materia de salud mental el grado de prioridad necesario para reducir la carga asociada a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. No debería haber más excusas para marginar el financiamiento dedicado a la prestación de los servicios de salud mental. Tenemos que velar porque el área de la salud mental reciba la proporción justa de los recursos de salud pública.

Dr. Ala Alwan - Subdirector general Enfermedades
No Transmisibles y Salud Mental – OMS

Es una fortaleza que se cuente con el estudio sobre la situación de la salud mental en la población general de Envigado. Este es también un reto para los encargados de la toma de decisiones y de la orientación de los programas de salud mental.

Se espera una adecuada utilización de los resultados, que coincida con la formulación de las políticas sobre este importante tema y sea parte del desarrollo del Plan de Salud Mental para Envigado. Se recomienda con base en sus hallazgos, orientar los programas de prevención hacia las prioridades encontradas:

- Trastornos con mayor prevalencia y severidad:
 - Trastornos por uso de sustancias
 - Depresión
 - Comportamiento suicida

- Grupos de riesgo según variables sociodemográficas :
 - **Niños** (prevención del consumo de sustancias psicoactivas)
 - Detección precoz y tratamiento oportuno de casos de depresión y ansiedad, incluyendo a los niños y los **jóvenes** para quienes hay evidencia de intervenciones basadas en la evidencia, entre los cuales está el ejercicio físico.
 - Personas con enfermedades crónicas.
 - Grupos laborales.
 - Población del **sexo masculino**, hoy considerado de alto riesgo para trastornos mentales como depresión (con problemas de diagnóstico ya que actualmente es reconocida la diferencia en la presentación de los síntomas), alcoholismo y trastornos por uso de drogas, y el suicidio.

- Ubicación espacial, según zonas.

- Necesidades de actualización en salud mental, del recurso humano de atención primaria:
 - Nuevas intervenciones basadas en la evidencia.
 - Uso de instrumentos de tamización.

- 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.
 - Fortalecimiento del sistema de información que permita el monitoreo continuo y la evaluación de las intervenciones.
 - En síntesis, los encargados de la formulación de las políticas disponen de la evidencia sobre la magnitud de los problemas de salud mental en la población y la posibilidad de orientar las intervenciones con programas basados en las propias realidades y con una línea de base que da la posibilidad de evaluar su impacto.
 - Recomendaciones basadas en las prioridades encontradas.

- Igualmente se recomienda la utilización de las tecnologías de la informática y la comunicación TIC, como una forma de ampliar la cobertura de los programas.

Aportes de la OMS

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. Para reducir la carga que significan los trastornos mentales resulta esencial prestar atención a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos psiquiátricos.

La promoción de la salud mental se inserta dentro del contexto más amplio de la salud pública y propone un enfoque diferente al curativo, que hace hincapié en la protección de los atributos positivos de la salud mental y el fomento del estado de bienestar(3). Los factores de riesgo y de protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida, y muchos de ellos son modificables. Hay pruebas de que los programas dirigidos a la infancia y las intervenciones tempranas en la vida son eficaces(4). Hoy se recomienda aprovechar lo que se denomina “ventanas claras de oportunidades”, ya que se cuenta con evidencia disponible para prevenir los trastornos y problemas relacionados con los trastornos psiquiátricos, antes de que ellos ocurran. Los factores de riesgo cada vez están mejor establecidos con base en la investigación, lo mismo que las intervenciones preventivas disponibles; igualmente se sabe que los primeros síntomas de los trastornos suelen aparecer de los 2 a 4 años de edad. Igualmente, se cuenta con evidencia que comprueba que los problemas de la salud mental y los problemas de salud física se entrelazan, lo que lleva a reconocer cómo las mejoras en la salud mental, sin duda, también mejoran la salud física.

Sin embargo, el enfoque que muchos países del mundo, incluyendo a Colombia, han dado a los trastornos TP, ha sido, en su mayoría, esperar a intervenir solo cuando la enfermedad está bien establecida y ya ha producido un daño considerable. Con demasiada frecuencia se pierden oportunidades de utilizar los enfoques basados en la evidencia para prevenir la aparición del trastorno,

establecer el apoyo a la construcción de políticas públicas e intervenciones para el desarrollo saludable de toda la población, **priorizando a los jóvenes**, y limitar la exposición a factores ambientales que aumentan los riesgos para la presentación de los trastornos.

No cabe duda de que en el largo plazo es más costo-efectivo abordar los trastornos con enfoque hacia la prevención temprana. Las intervenciones antes de que el trastorno se manifieste ofrecen la mejor oportunidad para proteger a la población. Estas intervenciones se deben integrar a la atención médica de rutina y a la promoción del bienestar, así como a 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. Haciendo uso de las intervenciones basadas en la evidencia ya disponibles, se podrían ahorrar miles de millones de dólares al evitar o mitigar los trastornos con intervenciones ya probadas que de otro modo requerirían un tratamiento costoso.

Un estudio realizado por el National Research Council y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos revisó las investigaciones sobre la prevención de los trastornos mentales y el abuso de sustancias entre los jóvenes y, con base en sus resultados, se recomendaron múltiples estrategias para mejorar el bienestar emocional y psicológico de los jóvenes. Las recomendaciones son:

- Fortalecimiento de las familias dirigido a la solución de problemas como el consumo de sustancias o las conductas agresivas.
- La enseñanza de habilidades para mejorar la comunicación entre padres e hijos, así como ayudar a las familias a hacer frente a los eventos negativos (por ejemplo, divorcio) o a las adversidades, como una enfermedad mental o la situación de pobreza.
- Fortalecimiento de las habilidades y cualidades personales para aumentar la resiliencia y las aptitudes para mejorar los procesos cognitivos y del comportamiento.
- Prevención de los trastornos específicos, como la ansiedad o la depresión, mediante la aplicación de programas de

tamización para hacer el diagnóstico y ofrecer tratamiento a los 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 autoestima, habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales y la orientación hacia la prevención de la violencia, la conducta agresiva y el consumo de sustancias.

- Fortalecer los programas sobre manejo de los riesgos psicosociales en las empresas, orientados al mejoramiento de la salud mental del trabajador.
- Promover la salud mental a través de la atención en 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, y dirigidas a los factores modificables del estilo de vida que pueden afectar el comportamiento y la salud emocional, como el sueño, la dieta saludable 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, o sea, la exposición a los factores que pueden aumentar el riesgo de un niño de padecer los trastornos. Algunos de estos riesgos están asociados a las características específicas de cada persona o al medio ambiente familiar (como la presencia de enfermedad mental de los padres, abuso de sustancias o trastornos graves de la familia), pero también pueden estar en el medio ambiente social, como las tensiones, la pobreza, la violencia, la falta de escuelas seguras y la falta de acceso a la atención en 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 dirigirse a un solo problema, pero existe, cada vez más, una amplia 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 durar por 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 extiende más allá de un solo trastorno.

Prevención del suicidio

El comportamiento del suicidio se presenta con indicadores fuera de lo esperado. Es un problema de salud pública y se reconoce su asociación con varios de los trastornos estudiados, como los relacionados con uso de sustancias, los trastornos del ánimo y los de trastornos por impulsividad.

El 41,0 % de las personas atendidas por intento de suicidio, en salas de urgencia en Estados Unidos, estuvieron relacionadas 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 mortalidad para los adolescentes son las externas, que incluyen **accidentes, homicidios y suicidios**(5).

El índice de suicidios entre los jóvenes se ha triplicado en los últimos 30 años. Las encuestas muestran como el 40 % de los estudiantes de secundaria en algún momento han pensado en la posibilidad de quitarse la vida. El Segundo Estudio de Salud Mental del Adolescente en Medellín - 2009 (Torres de Galvis, Yolanda *et al.*, 2009) encontró que casi uno de cada cuatro adolescentes alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse, el 13,3 % alguna vez ha realizado un plan para suicidarse, el 14,4 % ha intentado suicidarse y el 3,5 % alguna vez ha intentado suicidarse y requirió atención médica o atención en salud por este evento.

“El suicidio es un problema importante y evitable de salud pública. La OMS estima que para el año 2020, su magnitud crecerá en un 50 por ciento y lo que se considera más grave aún,

las tasas de suicidio entre los jóvenes están en aumento hasta el punto que ahora son considerados como el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo”.

En el **2015, el suicidio fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.**

En nuestros últimos estudios, incluyendo el actual, ya no es una predicción, es una realidad.

¿Qué estamos haciendo?

En el presente estudio, la prevalencia anual de ideación suicida, como primer indicador estudiado, fue 6,93 % con un IC95 % superior de 8,6 % para el total de la población, siendo superior para el sexo femenino en el cual el IC95 % llega a 9,3 %.

La prevalencia de vida tuvo un comportamiento casi tres veces superior a la anual, con una proporción de 22,0 % para el total de la población con un intervalo superior de 95 % que llega cerca al 25,0 %. **Lo anterior puede interpretarse como que de cada 4 habitantes de Envisgado, 1 ha presentado ideación suicida en cualquier momento de su vida.**

Con relación al análisis por la variable **edad, el grupo de 15 a 18 años presenta la prevalencia anual más alta para ideación suicida, con 11,94 %**, y la más baja, el grupo de 45 a 65 años con una proporción del 3,93 %; es decir, por cada persona entre 45 y 65 años con ideación suicida durante su vida, hay tres en el grupo de 15 a 18 años, presentándose un comportamiento del patrón por la variable edad diferente al de otros estudios.

El comportamiento del intento del suicidio en los últimos 12 meses fue de 2,67 % con IC95 % entre 1,6 y 3,7 % para el total de la población, casi igual porcentaje que el que presentó la ideación en el mismo período, lo que confirma lo informado por otros investigadores.

Dada la importancia del tema, se recomienda revisar el capítulo correspondiente del presente libro. El 3,6 % de la población estudiada informa haber tenido ideación suicida. El 1,3 % ha hecho un plan para suicidarse y el 0,8 % ha intentado suicidarse durante el año anterior al estudio. Con base en la juiciosa revisión de las recomendaciones basadas en la evidencia y en los resultados del presente estudio, se priorizan como problema de salud mental el suicidio y se recomiendan dos intervenciones propuestas por la OMS mediante la implementación del programa SUPRE, dirigidas al personal docente y al médico general.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS. 2015.
2. Organización Mundial de la Salud. MhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. 2008.
3. Herrman H, Swartz L. Promotion of mental health in poorly resourced countries. *The Lancet*. 2007;370(9594):1195-7.
4. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra. 2004.
5. Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. *Am J Public Health*. 2010;100(4):590-5.

Estudio Poblacional de Salud Mental
Enviado 2017

Se terminó de imprimir en octubre de 2018
Para su elaboración se utilizó papel Earth Pac 90 g,
en páginas interiores y Propalcote 250 g en la carátula.
Fuentes tipográficas: Chaparral Pro Std para texto
corrido, y Museo Slab para títulos.

