

TRASTORNOS
MENTALES Y POR
CONSUMO DE
SUSTANCIAS EN EL
DEPARTAMENTO DE
CALDAS

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	6
1. INTRODUCCION	9
2. OBJETIVOS	20
3. MATERIALES Y MÉTODOS	21
3.1 TIPO DE ESTUDIO:	21
3.2 POBLACION Y MUESTRA:.....	21
3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA:	21
3.4. ELABORACION DE LA APLICACIÓN:.....	22
3.5 EQUIPO DE TRABAJO:	23
3.6 CAPACITACION DEL EQUIPO DE TRABAJO:.....	23
3.7 PRUEBA PILOTO:.....	24
3.8 ANALISIS DE LA INFORMACIÓN:.....	24
3.9 VARIABLES UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN:.....	25
3.10. CONSIDERACIONES ETICAS:.....	25
4. RESULTADOS	27
4.1 RESULTADOS EN NIÑOS Y JOVENES	27
4.1.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:.....	27
4.1.2 HALLAZGOS CLINICOS DE LOS NIÑOS Y JÓVENES ENTRE LOS 7 Y 18 AÑOS	30
4.2 RESULTADOS EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS	36
4.2.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:.....	36
4.2.2 HALLAZGOS CLINICOS EN LAS PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS	39
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	54
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
6.1 CONCLUSIONES	65
6.2. RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS	70

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas de los niños y jóvenes participantes en la investigación	27
Tabla 2. Prevalencia de los trastornos mentales en niños y jóvenes	29
Tabla 3. Prevalencia de los trastornos del comportamiento en niños y jóvenes	30
Tabla 4. Factores asociados de importancia clínica con el TDAH en los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años	30
Tabla 5. Factores asociados de importancia clínica para trastorno negativista desafiante para los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años	31
Tabla 6. Factores asociados de importancia clínica para trastorno disocial para los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años	31
Tabla 7. Prevalencia de los trastornos por abuso y dependencia de sustancias en niños y jóvenes entre los 7 y 18 años	32
Tabla 8. Prevalencia actual del riesgo de suicidio en niños y jóvenes entre los 7 y 18 años	32
Tabla 9. Factores asociados de importancia clínica para riesgo de suicidio para los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años	33
Tabla 10. Factores asociados de importancia clínica para los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años que manifestaron sufrir un trastorno mental	33
Tabla 11. Características del tratamiento recibido por los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años con diagnóstico de algún trastorno del comportamiento	34
Tabla 12. Características del tratamiento recibido por los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años con diagnóstico de abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales	34
Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas de los adultos participantes en la investigación	35
Tabla 14. Prevalencia actual de los trastornos mentales en mayores de 18 años	38
Tabla 15. Prevalencia de vida de los trastornos mentales en mayores de 18 años	39
Tabla 16. Factores asociados de importancia clínica para los adultos que han sufrido trastorno depresivo	39
Tabla 17. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos con trastorno depresivo mayor	40
Tabla 18. Análisis multivariado para el trastorno depresivo mayor en las mujeres mayores de 18 años	40
Tabla 19. Factores asociados de importancia clínica para los adultos que han sufrido Trastorno bipolar	41
Tabla 20. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos que presentan Trastorno bipolar	41
Tabla 21. Factores asociados de importancia clínica para los adultos mayores que presentan trastorno de ansiedad	42

Tabla 22. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan trastorno de ansiedad	42
Tabla 23. Análisis multivariado para el trastorno de ansiedad en las mujeres adultas	43
Tabla 24. Factores asociados de importancia clínica para los adultos mayores que presentan trastorno de de angustia	43
Tabla 25. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan trastorno de de angustia	44
Tabla 26. Factores asociados de importancia clínica para los adultos mayores que presentan fobia social.	44
Tabla 27. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan fobia social	45
Tabla 28. Factores asociados de importancia clínica para los adultos mayores que presentan Trastorno de Ansiedad Generalizada	45
Tabla 29. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan Trastorno de Ansiedad Generalizada	46
Tabla 30. Prevalencia de doce meses para el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales en adultos mayores de 18 años	46
Tabla 31. Factores asociados de importancia clínica para los adultos mayores que presentan abuso/dependencia de sustancias ilegales	47
Tabla 32. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan abuso/dependencia de sustancias ilegales	47
Tabla 33. Factores asociados de importancia clínica para los adultos mayores que presentan abuso/dependencia de alcohol	48
Tabla 34. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan abuso/dependencia de alcohol	48
Tabla 35. Análisis multivariado para el trastorno por uso de alcohol para los hombres mayores de 18 años	49
Tabla 36. Prevalencia del riesgo de suicidio en adultos	49
Tabla 37. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan riesgo de suicidio	49
Tabla 38. Análisis multivariado para la conducta suicida en los hombres adultos	50
Tabla 39. Características del tratamiento recibido en los adultos con diagnóstico de un trastorno mental	51
Tabla 40. Características del tratamiento recibido en los adultos con diagnóstico de abuso/dependencia de sustancias	51
Tabla 41. Características de importancia clínica de las personas que manifestaron tener antecedente personal de trastorno mental	52

Trastornos mentales y por uso de sustancias en el Departamento de Caldas.

Investigadores Principales

- **Calderón Ocampo Jorge Hernán.** Md psiquiatra. Docente. Departamento de Salud Mental y Comportamiento Humano.
- **Castaño Ramírez Mauricio.** Md psiquiatra. Docente. Departamento de Salud Mental y Comportamiento Humano.
- **Jimenez Aranguren Daniel Rodrigo** Md psiquiatra. Docente. Departamento de Salud Mental y Comportamiento Humano.
- **Dussan Lubert Carmen.** Directora Departamento de Matemáticas.
- **Valderrama Sánchez Alexandra.** Md psiquiatra. Docente Departamento de Salud Mental y Comportamiento Humano.

Capacitación

Dr. Mauricio Castaño Ramírez
Dra. Alexandra Valderrama Sánchez
Dr. Jorge Hernán Calderón Ocampo

Adaptación del instrumento

Daniel Rodrigo Jiménez.

Diseño de Muestra.

Carmen Dussan Lubert
Daniel Rodrigo Jiménez

Supervisión de trabajo de Campo

Dr. Mauricio Castaño Ramírez.
Dra. Alexandra Valderrama Sánchez

Análisis estadístico

Dra. Carmen Dussan Lubert

Interventores

Dr. Alberto de la Ossa

RESUMEN

En el mundo, la prevalencia de los trastornos mentales varía de una región a otra y en cada región existen variables asociadas a los trastornos mentales. La Dirección Territorial de Salud de Caldas, en conjunto con la Universidad de Caldas, desarrolló la investigación PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS.

El objetivo del estudio fue estimar las prevalencias de vida en personas mayores de 18 años de los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos no afectivos y el trastorno de angustia; estimar la prevalencia actual para trastorno los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos no afectivos, los trastornos de ansiedad y el riesgo de suicidio; y estimar la prevalencia del último año para el trastorno por dependencia y abuso de alcohol y sustancias ilegales. En las personas entre los 7 y 18 años el objetivo fue estimar la prevalencia de alguna vez en la vida de los trastornos del comportamiento, el trastorno depresivo y la prevalencia actual del riesgo de suicidio.

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, transversal. Participaron 617 niños y adolescentes, cuya edad estuvo comprendida entre los 7 y 18 años y 1269 adultos mayores de 18 años. Todos los entrevistados domiciliados en el departamento de Caldas, no institucionalizados, procedentes de las áreas urbana y rural, seleccionados mediante un muestreo aleatorio por conglomerados multietápico a nivel departamental.

Se hizo una entrevista cara a cara por estudiantes de medicina que tenían conocimientos en el diagnóstico de los trastornos mentales basados en los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV. Para el desarrollo de la investigación se utilizó un instrumento que medía variables sociodemográficas, la entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) y el cuestionario del APGAR familiar. Las variables sociodemográficas incluidas en el instrumento fueron: género, edad, procedencia, estado civil, régimen de seguridad social, escolaridad, empleo, ocupación,

fuentes de ingresos, estructura familiar y funcionamiento familiar, personas a cargo, antecedentes familiares y personales de enfermedad mental y atención por servicios de salud mental. El MINI se utilizó para identificar los trastornos mentales en el Eje I, siguiendo los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV. El APGAR familiar evaluó el funcionamiento familiar.

La prevalencia de vida para los trastornos del comportamiento en los niños y adolescentes fue de 8,7%, para los trastornos depresivos de 13,3% y prevalencia de año para el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales de 2,3%. En los mayores de 18 años se estimó la prevalencia actual para cualquier trastorno mental de 15,1% y una prevalencia de vida de 27,4%. Los trastornos mentales más frecuentes fueron los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. La prevalencia de año para abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales fue de 5,4%. El alcohol fue la sustancia que se asoció con mayor frecuencia al abuso/dependencia con una prevalencia de 4,7%. Las sustancias ilegales asociadas con más frecuencia al abuso/dependencia fueron la marihuana y la cocaína.

1. INTRODUCCION

La salud mental es una de las expresiones de una condición íntegramente saludable, es un estado de bienestar, en donde el individuo plasma sus propias habilidades, puede hacerle frente al estrés cotidiano de la vida, consigue trabajar productivamente y fructíferamente, y es apto para hacer una contribución a su comunidad (1). Los trastornos mentales minan la capacidad de adaptación del individuo a su medio ambiente, alteran no solo su funcionamiento sino el de su familia, compañeros de trabajo o estudio y la sociedad (2).

Entre las condiciones que más efectos desfavorables producen sobre la salud mental se encuentran los trastornos neuropsiquiátricos (2). Estos, constituyen cerca del 14% de la carga global de enfermedad, calculada a través de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD); es decir la suma de los años de vida con discapacidad y los años de vida perdidos por muerte prematura (2,3). En los últimos 10 años la carga global por enfermedad asociada a los trastornos neuropsiquiátricos viene en aumento y se estima que seguirá creciendo, lo cual preocupa, ya que a pesar de los estimativos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental no aparece como una prioridad, especialmente en los países en vías de desarrollo (3). Si se observan solo los años de vida con discapacidad, la OMS en el 2004 reporta que las condiciones neuropsiquiátricas son responsables de cerca del 32%, y las primeras cinco causas son: la depresión unipolar, los trastornos por uso de alcohol, la depresión bipolar, la esquizofrenia y las demencias (2, 3).

La OMS en su informe sobre la salud en el mundo 2001 publico que más del 25 % de los individuos presenta uno o más trastornos mentales a lo largo de la vida (2). Los datos de las investigaciones revelan que las prevalencias de los trastornos mentales presentan contrastes importantes en las diferentes regiones del mundo (2). Por ejemplo: la prevalencia para cualquier trastorno mental varía entre el 9 y 52%, la prevalencia puntual para el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) entre el 2,6% y el 29% y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) entre el 1% y el 22% (2,4). Los países asiáticos son los que muestran las prevalencias más bajas, mientras que algunos países de Europa, Norteamérica y Latinoamérica muestran las prevalencias más elevadas (2,5,6,7).

En general, los trastornos que se presentan con más frecuencia son los trastornos de ansiedad seguidos por los trastornos del estado de ánimo y en menor proporción se encuentra el abuso/dependencia de sustancias (8). Sin embargo, existen regiones en donde las frecuencias son diferentes, como Noruega en donde aproximadamente un cuarto de la población ha presentado al menos un trastorno mental en su vida, y se encuentra con más frecuencia el abuso/dependencia de alcohol seguido por los TDM y los trastornos de ansiedad, con prevalencias muy bajas de las psicosis no afectivas (9). En Europa, se ha observado que España, Italia y Alemania presentan las prevalencias más bajas para trastornos mentales en menos del 10% de la población y las prevalencias más elevadas se encuentran en Francia, Holanda y Ucrania (8). Se ha reportado una prevalencia global de depresión (incluyendo el TDM y la distimia) del 8%, con amplias diferencias en los sitios investigados que van desde prevalencias elevadas en el Reino Unido, cercanas al 17,0% y bajas en España, alrededor del 3% (10).

Las Investigaciones comunitarias realizadas en Estados Unidos, publican prevalencias similares para los trastornos mentales (11,12,13). Las investigaciones muestran que el 48% de las personas han tenido un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida (12) y el 26% en los últimos doce meses (12,13). En las poblaciones investigadas, se ha encontrado que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes con una prevalencia de doce meses entre el 13 y el 18% (12,13,14). Los trastornos de ansiedad más frecuentes son la fobia social entre un 2% y 6,8% (12,13), el trastorno obsesivo compulsivo alrededor de un 2% y el trastorno de angustia en un 1,5% (11,13). En segundo lugar, se encuentran los trastornos del estado del ánimo incluyendo el trastorno bipolar, TDM y la distimia con una prevalencia cercana al 10% (8,13,14).

En Latinoamérica el reporte de la OMS del 2001 mostró una prevalencia para cualquier trastorno mental del 52,5% (2). Los resultados de las investigaciones de la Organización Panamericana del Salud (OPS) muestran un promedio de prevalencia de vida para TDM de 8,7%, con variaciones en los lugares investigados que van desde 2,9% en Brasilia hasta 19,6% en Colombia (25,16). En los estudios epidemiológicos en Chile, se encontró una de las más altas prevalencias para TDM de Latinoamérica, en un 29,5% de la población, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada en un 18,7% y la

dependencia de alcohol en un 2,5% (2,17). En ciudad de Méjico se estimó una prevalencia de vida para cualquier trastorno mental similar a la del resto de Latinoamérica, de 28,7%. Los trastornos más frecuentes fueron las depresiones y entre ellos el más frecuente fueron el TDM en un 8% aproximadamente y la distimia en un 3,4%; en segundo lugar se encontraron los trastornos por abuso de sustancias. Entre los trastornos de ansiedad el más prevalente fue el TAG en un 3,4% (18). Estimaciones de prevalencias puntuales en Rio de Janeiro, encontraron una prevalencia de cualquier trastorno mental de 35,2%. Los trastornos más frecuentes fueron el TDM seguidos del TAG y la dependencia de alcohol (2).

En Colombia en el 2003, se encontró que la prevalencia de vida en el área urbana para cualquier trastorno mental llega al 40%. Los trastornos que se encontraron con más frecuencia fueron los trastornos del estado del ánimo en mujeres y los relacionados con el abuso/dependencia de sustancias en hombres (19). La prevalencia de vida para cualquier trastorno del estado del ánimo fue del 15% (19). Para el TDM la prevalencia de vida fue variable, con cifras entre el 12% y el 19% (15,19). Las zonas en donde se encontró las prevalencias más bajas fueron la zona oriental y las más altas la zona central y Bogotá (19). No obstante algunas investigaciones sugieren que la prevalencia TDM podría ser más elevada, teniendo en cuenta diferencias en los instrumentos seleccionados para el diagnóstico del trastorno (15,20). Con respecto a las prevalencias para los trastornos de ansiedad, la prevalencia de vida para cualquier trastorno de ansiedad fue del 19%, con una prevalencia mayor para las fobias, seguidas por el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el TAG y el trastorno de angustia. La prevalencia de mes para los trastornos de ansiedad fue del 5%, y entre ellos los más frecuentes fueron las fobias específicas. La prevalencia puntual para la fobia social fue de 0,7%, y para el TAG, el trastorno de angustia y el TEPT de 0,3% aproximadamente cada uno (19).

En el departamento de Caldas, datos aportados por la Secretaría Departamental de Salud (hoy Dirección Territorial de Salud de Caldas) en 1988 mostraron que entre las primeras causas de morbilidad general no aparecían los trastornos mentales, pero en la consulta del Hospital Universitario de Caldas (hoy Hospital de Caldas), los trastornos de ansiedad, las psicosis y el intento de suicidio se encontraban entre las primeras causas

de demanda (21). Así mismo, La unidad de salud mental del Hospital de Caldas en esa época, reportó entre las primeras causas de morbilidad psiquiátrica los trastornos de ansiedad, las psicosis afectivas y las psicosis relacionadas con retardo mental y con el consumo de sustancias (22). En el 2008 la subdirección de prestación de servicios de la Dirección Territorial de Salud de Caldas reportó entre las primeras causas de mortalidad entre los 5 y 44 años, el intento de suicidio con un 7% aproximadamente (22). Según el Perfil Epidemiológico de Caldas en el 2008, los programas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas adelantados por la DTSC, hallaron en las atenciones por psicología y psiquiatría que los principales diagnósticos de los consultantes eran trastornos depresivos en un 15.3%, trastornos de ansiedad en un 6.9% y trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en un 7.8%. En jóvenes entre los 10 y 24 años se encontró que los principales diagnósticos fueron los trastornos de conducta en un 15.8% del total de los que consultaron y trastornos relacionados con el uso de sustancias en un 12.7% (22). Estos datos reflejan la morbilidad encontrada en la consulta psiquiátrica o psicológica en el área urbana y rural del departamento, sin embargo no ofrecen datos con relación a factores asociados ni estimativos de prevalencia en el departamento de Caldas.

La relación entre género y trastornos mentales de las investigaciones realizadas por la OMS, en general muestran que el género femenino se asocia con mayor frecuencia a la presencia de trastornos mentales (2,23). Sin embargo, cuando se discrimina por trastornos, el TDM y los trastornos de ansiedad (TA) se encuentran con más frecuencia en mujeres con una relación entre el 1.3 y el 2.6 veces más que en hombres. Los trastornos por abuso/dependencia de sustancias y los trastornos del comportamiento se encuentran con más frecuencia en hombres con una relación mujer:hombre entre el 0.3 y el 0,8 (2, 3,8,11,14,23). En el trastorno bipolar y en el trastorno negativista desafiante no se encuentran diferencias de género (9,23). En otros estudios el abuso/dependencia de sustancias es más frecuente en el género masculino (6,7,9), y se asocia el género femenino a una mayor prevalencia de conductas suicidas (24). De otra parte, cuando se analizan las cohortes más recientes la relación mujer:hombre en los trastornos depresivos y en el abuso/dependencia relacionados con el uso de alcohol y sustancias ilegales es menos pronunciada (23). En Asia no se observan diferencias de género significativas, excepto con el uso de alcohol y el género masculino (6,7). En algunas

comunidades de Japón no existe diferencia de género en la prevalencia de los trastornos depresivos (6). Así mismo la segmentación de los trastornos mentales por edad ha mostrado que el uso de alcohol y de sustancias ilegales en personas jóvenes no tiene diferencias significativas en cuanto al género (25). En Latinoamérica, se encontró que en las mujeres fueron más prevalentes los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, mientras que el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales fue más frecuente en hombres (15,18,19). Sin embargo, en los trastornos relacionados con el uso de sustancias las diferencias entre ambos géneros se vienen acortando, y en países como Chile la asociación con el consumo de sustancias fue menos significativa para ambos géneros (15,17,18).

Otras variables investigadas en estudios comunitarios tienen diferencias en cuanto a su asociación a los trastornos mentales en cada región. En general, se observa que el bajo nivel de escolaridad, no estar casado y no tener una persona confidente es un factor que con frecuencia se asocia a los trastornos mentales y a las conductas suicidas (9,24). Sin embargo en algunos países europeos no se ha encontrado una asociación entre el estado civil y los trastornos mentales (9). En Latinoamérica, entre los factores asociados, se encontraron con mayor frecuencia no estar casados y tener un bajo nivel de escolaridad (17). Estudios realizados en el departamento de Caldas, sugieren factores de riesgo asociados a la condición de ser estudiante universitario luego de encontrar prevalencias de ideación suicida, depresión y ansiedad superiores al 40% (26,27).

El antecedente de trastorno mental y de consumo de sustancias también predispone a las conductas suicida (24). La depresión y el intento de suicidio se han asociado estrechamente; y los factores sociodemográficos asociados a ambos encontrados en las investigaciones realizadas son pertenecer al género femenino, consumo de sustancias ilegales, dependencia de alcohol, pobres relaciones interpersonales, estar desempleado, baja escolaridad (19,20,28,29,30), y alteraciones en el funcionamiento familiar (16,20). Aunque en poblaciones específicas algunas investigaciones no han encontrado asociación entre disfunción familiar y depresión (31,32).

En algunos países asiáticos, el área urbana presentó una prevalencia de vida baja para trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad (7). En Europa, el área urbana

parece ser un factor asociado a la depresión, especialmente en el Reino Unido y en España (10). En algunas regiones de Estados Unidos se ha visto que los factores protectores para enfermedad mental son el estado civil casado, la educación universitaria, los altos ingresos, el género masculino y ser procedente del área rural. Al contrario, en las personas con algún trastorno mental se ha asociado con mayor frecuencia a un nivel económico y social bajo, el género femenino y no estar casado (14). Las investigaciones en Colombia en su mayoría toman poblaciones del área urbana, encontrando una asociación entre depresión y el género femenino, las dificultades psicosociales recientes y el intento de suicidio (15,16,19). Existen pocos datos con respecto a la prevalencia y los factores asociados a los trastornos mentales en Colombia y específicamente en el Departamento de Caldas. La alta morbilidad encontrada en la consulta por psiquiatría y psicología en los programas realizados por la DTSC genera la necesidad de tener una línea basal con el fin de mejorar y focalizar la destinación de recursos y planes de salud mental municipales (22).

El consumo de alcohol y sustancias ilegales es una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo (33). Las prevalencias de consumo y de los trastornos que ocasionan presentan variaciones entre las regiones en las cuales se han realizado investigaciones exploratorias con datos entre el 0,1% y el 6,4% (2,18,34). Las prevalencias puntuales para abuso/dependencia de sustancias van desde cifras bajas en Oriente Medio alrededor del 1,7%, pasando por prevalencias intermedias en países asiáticos como Japón (7), hasta cifras superiores al 5% en Norteamérica y en algunas zonas de Europa Oriental (2).

La mayoría de las investigaciones muestran que la sustancia que más ocasiona abuso/dependencia en el mundo es el alcohol (7,8,15,34,35,36). En Estados Unidos la prevalencia de doce meses para el abuso/dependencia de sustancias ilegales fue del 1,5% y fue más elevada en personas jóvenes (12), mientras que la prevalencia de doce meses para el abuso de alcohol se encontró en un 1,6% y la dependencia en un 3,1% (13,14). En Noruega la prevalencia de doce meses para abuso/dependencia de alcohol es el trastorno mental más frecuente con una prevalencia del 10%, y mucho menos acentuada la prevalencia del abuso/dependencia de sustancias ilegales, la cual se acerca al 1% (9). Los estudios comunitarios realizados en Latinoamérica muestran que la

prevalencia de doce meses para abuso/dependencia de alcohol de 5.7% (15,35,37), y esta asociada en forma significativa con el género masculino (15,35,37). En los países de Suramérica se ha observado últimamente, un aumento en la prevalencia del abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales, y la asociación con el género masculino es menos significativa (2,17). En Colombia se han encontrado prevalencias de doce meses para el abuso/dependencia de sustancias legales e ilegales cercanas al 3% (19). La prevalencia de doce meses para el abuso/dependencia de alcohol se ha encontrado entre un 1,5% y un 4,5% (19,38,39). El estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia realizado en el 2008, mostró que cerca del 1,5% de las personas entrevistadas tenían comportamientos sugestivos de dependencia de alcohol (39). Se encontró una mayor prevalencia en el género masculino, sin embargo cuando se estimó la prevalencia de abuso/dependencia de alcohol entre consumidores, la diferencia entre géneros se acortó (39). Además, se observó que existe una mayor asociación del abuso/dependencia de alcohol con grupos poblacionales entre los 18 y 24 años de edad y cuando se segmenta la población por estratos no se encuentran diferencias significativas en el género. La segmentación también mostró que la mayoría de los consumidores pertenecen a los estratos socio-económicos bajos (39). Las ciudades de mayor tamaño poblacional presentaron prevalencias mayores de abuso/dependencia de sustancias (39).

Con respecto a las sustancias ilegales, las que más ocasionan abuso/dependencia son la marihuana y la cocaína (15,34,35,37,40). El promedio de las tasas de prevalencia de doce meses para Latinoamérica y el Caribe en personas entre los 15 y 60 años es de 0,7%, con prevalencias que van desde el 0,4% en México hasta el 1,8% en Chile (15,35). El bajo nivel de escolaridad y las pocas expectativas ocupacionales se asociaron a su consumo; y en las últimas cohortes la prevalencia del abuso/dependencia aumentó en el género femenino (40,41). Con respecto a la edad las investigaciones muestran que el uso de sustancias ilegales, que anteriormente era más prevalente en poblaciones jóvenes se ha extendido a personas adultas. El uso de marihuana se ha incrementado últimamente en las personas entre los 45 y 60 años (25,40,41). En Colombia el Estudio Nacional de salud mental mostró una prevalencia de doce meses para drogas de 0.5% y estudios en adolescentes han encontrado que esta prevalencia viene aumentando, equiparándose el consumo entre hombre y mujeres (19,39,42,43).

El consumo de alcohol y de sustancias ilegales se ha observado con más frecuencia en hombres, con una relación mujer:hombre entre el 0.3 y el 0.8, pero cuando se analizan las cohortes jóvenes la relación empieza a igualarse, especialmente con el consumo de sustancias ilegales (2,3,11,14,23). Otros factores asociados al consumo de alcohol y sustancias ilegales son el estado civil soltero (9,25). También se ha encontrado una asociación entre el consumo de alcohol y otras sustancias con un aumento en el riesgo de suicidio (24).

En los niños la variabilidad en las prevalencias de los trastornos mentales es similar a los adultos. El informe mundial de la OMS del 2001 estimó que entre el 10% y el 20% de los niños tiene uno o más trastornos del comportamiento, pero cifras de investigaciones en países como Japón o Estados Unidos muestran prevalencias más elevadas (6). La prevalencia en Asia de ideación suicida en adolescentes se encuentra entre el 10 y el 15% (44). En poblaciones latinas la prevalencia de vida de intento de suicidio se encuentra entre el 10 y 15% (45,46). Entre los factores asociados a las conductas suicidas se encuentra el uso y la dependencia de alcohol, la presencia de otros trastornos mentales y entre estas cobra mayor importancia la depresión (47,48,49).

Los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador incluyen el trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad (TDAH) y los trastornos de conducta (50).

La prevalencia del TDAH en investigaciones en varios lugares del mundo se encuentra entre el 1 y el 20% (51,52,53,54), y se ha encontrado más pronunciada en Estados Unidos, Puerto Rico y Colombia (55,56,57,58,59). En Colombia se han encontrado prevalencias cercanas al 15%, con una mayor prevalencia en el género masculino (58,59). El subtipo que se ha encontrado con más frecuencia es el combinado, seguido del inatento y del hiperactivo-impulsivo, y una mayor predominio en el género masculino (58,59,60). Las investigaciones han encontrado además una asociación con dificultades en el funcionamiento académico y una tasa de tratamiento farmacológico cerca del 15% (60).

Los trastornos de conducta se caracterizan por un patrón de comportamiento persistente y repetitivo agresivo, desafiante o antisocial. Se delimitan según el DSM IV en dos categorías: el trastorno oposicionista desafiante que se caracteriza por comportamientos oposicionistas y provocadoras en un niño o adolescentes más frecuentes de lo habitual para alguien de la misma edad y un nivel de desarrollo similar; y el trastorno disocial que se caracteriza por la violación de los derechos básicos de los demás y de las normas y reglas sociales (50). La prevalencia del trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante se han calculado entre un 2 y 9% (61,62). Se han encontrado factores relacionados con su aparición, como son el estrato socioeconómico bajo, y el consumo de alcohol y sustancias ilegales (47,49). Se ha informado una mayor prevalencia en el género masculino, pero en la adolescencia estas prevalencias pierden significancia (61).

La comorbilidad de un trastorno mental con otro es frecuente. Las investigaciones muestran que las personas con un trastorno mental pueden tener una comorbilidad hasta del 70% (12,63,64). En Estados Unidos se ha encontrado comorbilidad de por vida con otro trastorno mental cercana al 80% y de doce meses del 40% (11,14). En Ciudad de México se encontró una comorbilidad con otro trastorno mental del 33% (18). Las investigaciones en Chile mostraron que de las personas con diagnóstico de un trastorno mental, una cuarta parte tenían comorbilidad con otro trastorno mental (17).

El uso de los servicios especializados de salud mental es variable en la población (65,66). Las investigaciones muestran que los trastornos mentales reciben poca atención (65). Las prevalencias de uso en el último año varían entre el 1% y el 24% (65,66). La prevalencia de uso es menor en los países con bajos ingresos y mayor en los países con altos ingresos (66). En países desarrollados el 23,7% de las personas con trastornos mentales reciben tratamiento, mientras que en países en vías de desarrollo esta cifra es aun más baja, del 7,7% (65). Sin embargo en países como Japón, solamente el 10% de las personas con algún trastorno mental han recibido atención psiquiátrica (6). En Chile cerca de una tercera parte de las personas con un trastorno mental recibió atención en los servicios de salud mental y menos del 12% recibieron tratamiento por especialista (17). Los factores sociodemográficos asociados al no acceso a los servicios de salud mental que se han encontrado son ser hombre, bajos ingresos y estado civil casado (66).

A pesar de que se conocen algunas prevalencias de los trastornos mentales en el departamento de Caldas, estos no ofrecen datos en todas las áreas del departamento. Las Investigaciones realizadas no incluyen el área rural. Además se necesita tener conocimiento de una línea base para plantear planes departamentales y locales de salud mental de acuerdo a la morbilidad del departamento.

El presente estudio permitió estimar las prevalencias de los trastornos mentales en el Departamento de Caldas, con el objeto de brindar información que ayude a la implementación y posterior evaluación de los programas de prevención de los trastornos mentales y promoción de la salud mental que adelanta la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

La estimación de prevalencia de vida en personas mayores de 18 años incluyó el TDM, el trastorno bipolar, los trastornos psicóticos no afectivos y el trastorno de angustia. Se estimó la prevalencia actual para TDM y distimia, trastorno bipolar, trastornos psicóticos no afectivos, trastorno de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, TEPT, fobia social, TAG y riesgo de suicidio; y la prevalencia del último año para el trastorno por dependencia/abuso de alcohol y sustancias ilegales.

En las personas entre los 7 y 18 años de edad se estimó la prevalencia de por vida del TDAH, el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial y TDM; y la prevalencia puntual del riesgo de suicidio.

El instrumento utilizado en la investigación fue el MINI, una entrevista diagnóstica estructurada que permite evaluar los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM IV y el CIE 10 (50, 67). Estudios de validez y confiabilidad se han realizado comparando el MINI con otros instrumentos de diagnóstico en estudios epidemiológicos, entre ellos el Composite International Diagnostic Interview (CIDI) y la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM III R (SCID-P) demostrando una validez y una confiabilidad aceptablemente alta (68,69). El coeficiente kappa, la sensibilidad y la especificidad en general fueron buenos y muy buenos en la investigaciones realizadas (69,70,71). El MINI se ha utilizado en varias regiones del mundo, incluida Colombia con buena aceptación por parte los profesionales como por parte de los pacientes

(72,73,74,75). El funcionamiento familiar se realizó con la escala APGAR. Mediante este cuestionario la persona manifiesta la percepción que tiene acerca del funcionamiento de su familia (76).

2. OBJETIVOS

Estimar la prevalencia de vida los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes entre los 7 y 18 años de edad en el área urbana y rural del departamento.

Estimar la prevalencia de vida de los trastornos depresivos en niños y adolescentes entre los 7 y 18 años de edad en el área urbana y rural del departamento.

Estimar la prevalencia puntual del riesgo de suicidio en niños y adolescentes entre los 7 y 18 años de edad en el área urbana y rural del departamento.

Valorar los factores sociodemográficos asociados a los trastornos mentales en niños y adolescentes entre los 7 y 18 años de edad en el área urbana y rural del departamento.

Estimar la prevalencia de vida para cualquier trastorno mental en personas mayores de 18 años del área urbana y rural en el departamento.

Estimar la prevalencia de doce meses para el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales en personas mayores de 18 años del área urbana y rural en el departamento.

Estimar la prevalencia puntual del riesgo de suicidio en personas mayores de 18 años en el área urbana y rural del departamento.

Valorar los factores sociodemográficos asociados a los trastornos mentales en personas mayores de 18 años en el área urbana y rural del departamento.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, correlacional, transversal.

Es descriptivo pues se selecciona un grupo de variables y se mide cada una de ellas de manera independiente; correlacional puesto que mide el grado de relación que existe entre algunas de las variables bajo análisis (77); transversal pues la prevalencia se mide en Caldas para el año 2009 (78).

3.2 POBLACION Y MUESTRA:

POBLACIÓN: la población del departamento de Caldas no institucionalizada, con un año o más de residencia en el municipio donde se entrevista, con edades comprendidas entre los 7 y los 95 años.

MUESTRA: la muestra estuvo constituida por 1886 personas: 617 niños y adolescentes y 1269 adultos.

3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Mediante un muestreo aleatorio por conglomerados multietápico a nivel departamental, se entrevistaron 1886 personas: 617 niños y adolescentes y 1269 adultos.

Inicialmente se realizó la selección de los conglomerados a trabajar (municipios), la cual se llevó a cabo teniendo en cuenta la división geográfica del departamento en seis zonas: norte, centro sur, occidente alto, occidente bajo, magdalena caldense y alto oriente. Los municipios seleccionados fueron: Aguadas, Anserma, Aranzazu, Chinchiná, La Dorada, Manizales, Manzanares, Marmato, Neira, Pensilvania, Riosucio, Salamina, Viterbo.

En cada municipio se tuvo en cuenta la población urbana y rural, y en cada una de ellas las manzanas o veredas. Posteriormente a la selección de las manzanas y veredas se estableció de manera sistemática el hogar y allí de manera sistemática nuevamente, al individuo a entrevistar de acuerdo con el grupo etáreo al que pertenecía. Debe advertirse

que cuando se trataba de indagar por las manifestaciones clínicas de niños o adolescentes o personas que por sus mismas condiciones no estuvieran en capacidad de proveer la información correspondiente, se acudió a entrevistar complementariamente a los adultos responsables de su cuidado o a los portadores de la potestad correspondiente. La muestra fue calculada teniendo en cuenta la prevalencia máxima esperada en cada caso, en la estimación de los parámetros a partir de la información muestral se trabajó a un nivel de significancia del 5% y para un error de estimación global del 5%.

3.4. ELABORACION DE LA APLICACIÓN:

El cuestionario se diseñó en Excel 2007 y Visual Basic (79). Incluyó las siguientes variables distribuidas en tres categorías:

Sociodemográfica: municipio de procedencia, área rural o urbana, género, aseguradora en salud, régimen de salud, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad, personas a cargo, rol familiar, estructura del hogar y funcionamiento familiar, ocupación actual, trabajo actual, fuente de ingresos y práctica religiosa.

Antecedentes clínicos: antecedentes personales de enfermedad mental, antecedentes de consulta o tratamiento por psiquiatría o psicología, hospitalizaciones por enfermedad mental y antecedentes familiares de enfermedad mental.

Diagnósticos: la aplicación tomo como base los diagnósticos del manual estadístico DSM IV (50). Para realizar el diagnóstico se utilizó la MINI. Este instrumento permite realizar el diagnóstico de alguna vez en la vida del trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, trastorno de angustia y trastorno antisocial de la personalidad; además, el diagnóstico actual para trastorno depresivo mayor y distimia, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, trastorno de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y riesgo de suicidio; y el diagnóstico en el último año para el trastorno por dependencia y abuso de alcohol y sustancias ilegales. En las personas entre los 7 y 18 años de edad el instrumento permite diagnosticar el trastorno deficitario de atención con

hiperactividad, el trastorno negativista desafiante, el trastorno del comportamiento disocial, el trastorno depresivo y la prevalencia puntual del riesgo de suicidio.

El APGAR familiar evalúa la percepción que tiene la persona sobre el funcionamiento familiar. Se compone de cinco ítems que preguntan la satisfacción con su familia en: el apoyo que recibe cuando algo le molesta, la forma como habla de las cosas y comparte los problemas con la persona, la forma en que aceptan y apoyan los deseos de emprender nuevas actividades o direcciones, en que expresan sus afectos y responden a emociones como tristeza, ira o amor y la forma en como comparten el dinero, el tiempo y el espacio (76).

La aplicación fue instalada en un computador portátil que permitió su diligenciamiento simultáneo mientras se desarrollaba el encuentro cara a cara, lo que permitió aclarar las preguntas que no resultaron fácilmente comprensibles para las personas entrevistadas, condición esperable si se tiene en consideración la gran heterogeneidad cultural de nuestra población.

3.5 EQUIPO DE TRABAJO:

El trabajo de campo fue llevado a cabo por 20 entrevistadores y un supervisor psiquiatra. Los entrevistadores tenían conocimientos previos en psicopatología y en diagnóstico a través del manual diagnóstico DSM IV (50).

3.6 CAPACITACION DEL EQUIPO DE TRABAJO:

La selección de los encuestadores se realizó a través de una convocatoria abierta a estudiantes del Programa de Medicina de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas. Se seleccionaron personas con conocimientos básicos en salud y en trastornos mentales. Posteriormente se les capacitó en la aplicación de la entrevista estructurada, utilizando las siguientes estrategias:

- Socialización del proyecto de investigación
- Enseñanza de la entrevista estructurada
- Aplicación de la entrevista con un acompañante (médico psiquiatra)

- Aplicación de la entrevista sin acompañante supervisor, con posterior evaluación.
- Realización de la entrevista en la prueba piloto.

3.7 PRUEBA PILOTO:

La prueba piloto se aplicó a 100 individuos de la ciudad de Manizales con el objeto de evaluar la confiabilidad de la aplicación y retroalimentar el equipo de investigación con las posibles dudas que presentaran los entrevistadores. Las encuestas así aplicadas no fueron tenidas en cuenta dentro de la muestra finalmente seleccionada en Caldas.

3.8 ANALISIS DE LA INFORMACIÓN:

Se realizaron los siguientes análisis con la información obtenida:

- Descripción univariada de cada una de las variables bajo estudio: a través de proporciones se describió cada una de las variables utilizadas en la investigación.
- Prueba de independencia estadística entre el sexo y la presencia o ausencia de la variable de interés: lo que se realizó mediante tablas de contingencia, donde la hipótesis nula a evaluar fue si las dos variables a comparar son independientes.
- Caracterización de la variable cualitativa de interés, mediante pruebas de hipótesis para proporciones: para cada una de las variables cualitativas bajo estudio, se realizó una descripción multivariada de las modalidades de las variables nominales mediante el procedimiento “Demod” del paquete estadístico SPAD v. 7,0.
- Determinación de las tasas prevalencia de la población que presenta la conducta bajo estudio: mediante análisis de proporciones y porcentajes se determinaron las tasas de prevalencia de por vida, actuales y puntuales de cada una de las variables de interés para esta investigación; así como los intervalos de confianza del 95% para cada una de tales prevalencias.
- Regresión logística para los niños y adolescentes: para este grupo de personas se realizaron tres regresiones logísticas discriminando por sexo y utilizando como variables dependientes las siguientes: trastorno del comportamiento,

abuso/dependencia de alcohol y conducta suicida. Mientras que las variables explicativas en todos los casos fueron: zona (rural o urbano), edad, régimen de salud, estrato socioeconómica, estructura del hogar, ha sufrido enfermedad mental, ha cambiado de culto en más de 2 ocasiones y funcionamiento familiar. Para los adultos, se realizaron cuatro regresiones logísticas discriminando por sexo y con las siguientes variables dependientes: Trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, abuso/dependencia de alcohol y conducta suicida. Mientras que las variables explicativas fueron: Zona (rural o urbano), edad, régimen de salud, estrato, estado civil, escolaridad, número de personas a cargo, posición en el hogar, estructura del hogar, ocupación, ha sufrido enfermedad mental, ha cambiado de culto en mas de 2 ocasiones y funcionamiento familiar.

- En cada una de las regresiones logísticas trabajadas, se presenta en una tabla las variables estadísticamente significantes con la variable dependiente que se analiza, así como el P valor (o valor P), el OR, y el intervalo de confianza del 95% para esta última medición.

Para el procesamiento de la información se utilizó la hoja electrónica Excel y los siguientes paquetes estadísticos: Statgraphics ver. 5,1, SPAD ver. 7,0 y SPSS ver. 18,0 (80,81).

3.9 VARIABLES UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN:

En el apéndice, la tabla A1 muestra las variables utilizadas en esta investigación, tipo de variable y sus categorías.

3.10. CONSIDERACIONES ETICAS:

Se solicitó aprobación del comité de ética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas. Se realizo consentimiento informado a las personas mayores de 18 años y a los tutores o padres de los menores de 18 años por ser una población subrogada según las leyes colombianas. La manifestación del consentimiento se hizo teniendo en cuenta la ley colombiana para investigación en salud y los principios éticos

para la investigación con seres humanos contenidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (82).

4. RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados discriminados en los dos grupos poblacionales, entre los 7 y 18 años y entre los 18 y 95 años. Se mencionan los resultados con significancia estadística para cada uno de los grupos.

4.1 RESULTADOS EN NIÑOS Y JOVENES

4.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

La muestra estuvo constituida por niños y adolescentes entre los 7 y 18 años de edad. Los géneros masculinos y femeninos se encontraron en proporciones similares. La mayoría de los entrevistados fueron habitantes del área urbana. En el área rural se incluyeron los habitantes de los centros poblados y de la zona rural dispersa.

La mayoría de las personas entrevistadas se encontraron afiliadas al régimen de salud subsidiado, seguidos del régimen contributivo y un pequeño porcentaje en regímenes especiales como el de las fuerzas armadas, policía y magisterio.

El estrato socioeconómico fue diligenciado teniendo en cuenta el registro en el carné del Sistema de Beneficiarios (SISBEN), y en caso de pertenecer al régimen contributivo de acuerdo a la estratificación que tuviera el barrio en el municipio investigado. La mayoría de los entrevistados se encontraron en los estratos uno, dos y tres.

La estructura del hogar mostró que cerca de la mitad de los niños y adolescentes vivían con sus padres, y una tercera parte en hogares monoparentales, predominante con la madre. La mayoría tenían como ocupación principal la de estudiantes y un pequeño porcentaje ya habían formado hogares con sus parejas y asumían el rol de jefes de hogar, tenían personas a cargo y laboraban como operarios, trabajadores del campo o en otros trabajos calificados sin título académico.

En la tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de la población entrevistada.

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas de los niños y jóvenes participantes en la investigación

Característica sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	302	49
Masculino	315	51
Edad		
7	39	6,3
8	50	8,1
9	56	9,1
10	49	7,9
11	52	8,4
12	59	9,6
13	50	8,1
14	69	11,2
15	55	8,9
16	54	8,8
17	48	7,8
18	36	5,8
Procedencia		
Rural	241	39,1
Urbano	376	60,9
Régimen de seguridad social		
Otro	24	3,9
Contributivo	155	25,1
Especial	8	1,3
Subsidiado	430	69,7
Estrato		
1	196	31,8
2	287	46,5
3	121	19,6
4	5	0,8
5	5	0,8
6	3	0,5
Posición en el hogar		
Hijo	553	89,6
Jefe de hogar	4	0,7
Niño o adolescente no hijo	60	9,7
Estructura del hogar		
Con amigos	3	0,5
Con madre; eventualmente hermanos y otros familiares	183	29,7
Con otros familiares (incluye hermanos, otros)	58	9,4
Con padre; eventualmente hermanos y otros familiares	12	1,9
Con padres; eventualmente hermanos y otros familiares	343	55,6
Con pareja, eventualmente con hijos y otros familiares	11	1,8
Multifamiliar	6	1,0
Sin pareja, eventualmente con hijos y otros familiares.	1	0,2
Estado civil		
Casado/Unión libre	11	1,8
Soltero	606	98,2
Escolaridad		
Primaria incompleta o completa	249	40,4
Bachillerato incompleta o completa	356	57,7
Primaria incompleta o completa	249	40,4
Tecnológica incompleta o completa	5	0,8

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas de los niños y jóvenes participantes en la investigación

Característica sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje
Técnica incompleta o completa	4	0,7
Universitaria incompleta	3	0,4
Personas a cargo		
Sin personas a cargo	609	98,7
Con personas a cargo	8	1,3
Trabajo actual		
Estudiante	565	91,6
Hogar	10	1,6
Trabajo fijo	8	1,3
Trabajo ocasional.	12	1,9
Desempleado	14	2,3
Desocupado	8	1,3
Ocupación actual		
No aplica	596	96,6
Obreros, operarios y artesanos	4	0,6
Trabajador del campo	13	2,1
Trabajo calificado sin título académico	4	0,6
Fuente de ingreso		
Sin ingreso	597	96,8
Honorarios	9	1,5
Salario	8	1,2
Otros	3	0,5
Realiza alguna práctica religiosa		
No	79	12,8
Si	537	87,0
Régimen de salud		
CAPRECOM	122	19,8
ASMETSALUD	113	18,3
CAFESALUD	104	16,9
COOMEVA	52	8,4
NUEVA EPS	35	5,7
SALUDVIDAARS	35	5,7
MALLAMAS	31	5,0
Otras	125	20,3

4.1.2 HALLAZGOS CLINICOS DE LOS NIÑOS Y JÓVENES ENTRE LOS 7 Y 18 AÑOS

El TDM fue el trastorno con mayor prevalencia; cerca de uno de cada 10 niños y adolescentes entre los 7 y 18 años de edad han presentado un episodio depresivo a lo largo de su vida.

Después del TDM, se encontró con más frecuencia los trastornos del comportamiento, los cuales incluían: el TDAH, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial. La prevalencia de vida para cualquier trastorno del comportamiento fue del 8,7%. Entre los trastornos del comportamiento el de mayor prevalencia fue el TDAH.

Se encontró que aproximadamente dos de cada 100 niños y adolescentes tienen abuso/dependencia de alcohol y/o sustancias ilegales (tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de los trastornos mentales en niños y jóvenes

Característica	Prevalencia	IC 95%
Cualquier trastorno del comportamiento	8,7%	(6,5-10,9)
Riesgo de suicidio (último mes)	13,7%	(11,0-16,4)
Trastorno depresivo mayor (de por vida)	13,3%	(10,6-16)
Trastorno depresivo mayor (actual)	7%	(5-9)
Abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales	2,3%	(1,9-2,7)

El análisis bivariado mostró que El TDM no presentó asociación significativa con el género p valor (Pvalor = 0.5367) y fue 3 veces más común en los niños y jóvenes con riesgo de suicidio, OR= 3,220 (IC95% 1,86-5,55), P valor= 0,000.

Los trastornos del comportamiento investigados fueron el TDAH, el Trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta disocial. El TDAH fue el trastorno del comportamiento más prevalente. El instrumento evaluó el subtipo en el cual predomina la desatención, en el que predomina la Impulsividad y la hiperactividad y el combinado en donde se encuentran tanto la desatención como la impulsividad-hiperactividad. De estos el de mayor predominio fue el TDAH combinado. Cerca de tres de cada 100 niños y adolescentes fueron diagnosticados con un trastorno negativista desafiante y 2 de cada 100 con un trastorno de conducta disocial (tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de los trastornos del comportamiento en niños y jóvenes

Trastorno	Prevalencia	IC 95%
Trastornos del comportamiento	8,7%	(6,5-10,9)
TDAH	7,1%	(5,1-9,1)
Desatención	1,9%	(0,8-3)
Impulsividad – Hiperactividad	0,8%	(0,1-1,5)
Combinado	4,4%	(2,8-6)
Negativista desafiante	2,8%	(1,5-4,1)
Trastorno disocial	1,9%	(0,8-3)

El análisis bivariado no encontró asociación significativa entre el género y el trastorno del comportamiento (Pvalor = 0.541). Se encontró en los niños del área urbana una asociación 5 veces mayor con el trastorno del comportamiento que en los que viven en el área rural, (OR= 5,04; IC95% 1,48-17,13; P valor= 0,01).

Al discriminar los trastornos del comportamiento, se encontró un incremento en el riesgo de sufrir TDAH entre los niños y jóvenes con trastorno negativista desafiante. Así mismo se encontró que vivir en zona rural protege contra el TDAH en un 62,4% adicional a si el niño o adolescente vive en zona urbana (tabla 4). No se encontraron asociaciones significativas con las demás variables sociodemográficas ni comorbilidad con otros trastornos.

Tabla 4. factores asociados de importancia clínica con el TDAH en los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años

Variable	OR	IC 95%	P valor
Trastorno negativista desafiante	8,081	2,83-23,03	0,000
Urbano	0,376	0,17-0,79	0,011

Los niños y jóvenes con trastorno negativista desafiante, presentaron una asociación significativa con el TDAH. En este estudio se encontró que los niños con TDAH tenían una asociación 32 veces mayor con el trastorno negativista desafiante, que los niños que sin TDAH. De igual forma el proceder de zona rural protegía a los niños en un 91% adicional, a si vivían en el zona urbana. No se encontraron asociaciones

significativas con las demás variables sociodemográficas ni comorbilidad con otros trastornos (tabla 5).

Tabla 5. Factores asociados de importancia clínica para trastorno negativista desafiante para los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años

Variable	OR	IC 95%	P valor
Presenta TDAH	31,667	9,10-110,15	0,000
Urbano	0,093	0,01-0,70	0,022

En cuanto al trastorno disocial, se encontró una relación significativa con el TDAH. Cuando se discrimino por subtipos esta asociación fue mayor con el subtipo combinado y el subtipo con predominio de desatención. Entre los niños y jóvenes que consultaron al psiquiatra o al psicólogo se encontró una asociación 4 veces mayor con el trastorno disocial que entre los que no consultaron (tabla 6).

Tabla 6. Factores asociados de importancia clínica para trastorno disocial para los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años

Variable	OR	IC 95%	P valor
TDAH (todos los subtipos)	31,667	9,10-110,15	0,000
TDAH subtipo combinado	27,857	8,28-93,64	0,000
TDAH subtipo desatención	11,920	2,30-61,56	0,003
Ha consultado a psiquiatra o psicólogo	4,205	1,30-13,54	0,016

En este apartado se incluye los trastornos relacionados con el abuso y la dependencia de sustancias. Las prevalencias investigadas fueron las del último año, encontrándose que la sustancia que se asocia con mayor cantidad de trastornos es el alcohol, seguido por la marihuana (tabla 7).

Tabla 7. Prevalencia de doce meses de los trastornos por abuso y dependencia de sustancias en niños y jóvenes entre los 7 y 18 años

Sustancia	Prevalencia	IC 95%
Abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales	2,3%	(1,9-2,7)
Abuso/dependencia de Alcohol	1,5%	(1,2-1,8)
Abuso/dependencia de Marihuana	0,8%	(0,5_1,1)
Abuso/dependencia de Inhalantes	0,2%	(0,1-0,3)
Abuso/dependencia de Alucinógenos	0,2%	(0,1-0,3)

La característica más significativa relacionada con el abuso/dependencia fue el riesgo de suicidio. Entre los niños y jóvenes con riesgo de suicidio se encontró una relación significativa con el abuso/dependencia de alcohol y otras sustancias ilegales, (OR= 12,67; IC95% 3,13-38,82; P valor= 0,000). No se encontró asociación entre el género y abuso/dependencia de sustancias, Pvalor = 0.4497.

La prevalencia del riesgo de suicidio se midió durante el último mes. Aproximadamente uno de cada 10 niños y adolescentes tienen un riesgo de suicidio entre leve y alto (tabla 8).

Tabla 8. Prevalencia actual del riesgo de suicidio en niños y jóvenes entre los 7 y 18 años

Riesgo de suicidio	Prevalencia	Intervalo de confianza del 95%
No hay riesgo de suicidio	86,3%	(83,6-89)
Riesgo alto de suicidio	2,3%	(1,1-3,5)
Riesgo leve de suicidio	8,3%	(6,1-10,5)
Riesgo moderado de suicidio	3,1%	(1,7-4,5)
Prevalencia total riesgo de suicidio	13,7%	(11-16,4)

El riesgo de suicidio se relaciono de manera significativa con el TDM y el abuso/dependencia de alcohol y marihuana. Las personas con ambiente familiar disfuncional presentaron un riesgo elevado en forma significativa con el riesgo de suicidio (tabla 9). No se encontró asociación con las demás variables ni con el género, Pvalor = 0.3614. En el género masculino se encontró que quienes no han sufrido enfermedad mental tienen más de protección contra la conducta suicida, que aquellos que si han sufrido enfermedad mental (OR= 0,26; IC 95%: 0,08-0,82; Pvalor: 0,02).

Tabla 9. Factores asociados de importancia clínica para riesgo de suicidio para los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años

Variable	OR	P valor	IC 95%
Disfunción familiar	2,178	0,000	1,43-3,31
Trastorno depresivo	3,220	0,000	1,86-5,55
Abuso/dependencia de alcohol	8,386	0,002	2,20-31,89
Abuso/dependencia de marihuana	26,650	0,004	2,94-241,45

El instrumento pregunto por los antecedentes personales de enfermedad mental. Las personas con antecedentes de trastorno mental correspondieron al 2,9%, IC 1,6-4,2.

Las personas con antecedentes personales de trastorno mental con mayor frecuencia tenían antecedentes familiares de enfermedad mental, procedían del área urbana y habían recibido atención por psiquiatría/psicología en algún momento de su vida que aquellos sin antecedente personales de enfermedad mental. El hecho de provenir del área rural se constituyó en un factor de protección (tabla 10).

Tabla 10. Factores asociados de importancia clínica para los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años que manifestaron sufrir un trastorno mental

Comorbilidad	OR	IC 95%	P valor
Ha recibido tratamiento psiquiátrico	47,091	14,51-152,75	0,000
Ha consultado a psiquiatra o psicólogo	23,082	7,41-71,89	0,000
Existe antecedente de enfermedad mental en la familia	4,217	1,63-10,86	0,003
Urbano	0,188	0,04-0,82	0,027

El instrumento evaluó la atención por psiquiatría/psicología y el tratamiento especializado que recibieron las personas con diagnóstico de cualquier trastorno mental. De cada 20 personas con diagnóstico de un trastorno del comportamiento, 5 habían consultado al psiquiatra o al psicólogo y menos del 10% recibieron tratamiento

psiquiátrico (tabla 11). Las personas con diagnóstico de trastorno disocial fueron los que consultaron con mayor frecuencia al psiquiatra/psicólogo. (OR= 4,20, IC 95% 1,30-13,54, Pvalor 0,016).

Con respecto al abuso/dependencia de sustancias ilegales los resultados fueron similares, con cifras de atención por psicólogo/psiquiatría inferiores al 25% y de tratamiento psiquiátrico al 10% (tabla 12).

Tabla 11. Características del tratamiento recibido por los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años con diagnóstico de algún trastorno del comportamiento

Variable	Trastornos del comportamiento	TDAH	Desatención	Impulsividad – Hiperactividad	Combinado	Negativista desafiante	Trastorno disocial
No ha consultado al psiquiatra o psicólogo	75,9	75,0	58,3	100,0	77,8	76,5	58,3
No ha recibido tratamiento psiquiátrico	96,3	95,5	91,7	100,0	96,3	94,1	100,0
No ha recibido tratamiento psiquiátrico en el último año	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
No recibe medicación psiquiátrica actualmente	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabla 12. Características del tratamiento recibido por los niños y jóvenes entre los 7 y 18 años con diagnóstico de abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales

Variable	Cualquier sustancia	Alcohol	Marihuana
No ha consultado al psiquiatra o psicólogo	78,6	77,8	80,0
No ha recibido tratamiento Psiquiátrico	92,9	88,9	100,0
No ha recibido tratamiento Psiquiátrico en el último año	100,0	100,0	100,0
No recibe medicación Psiquiátrica actualmente	100,0	100,0	100,0

4.2 RESULTADOS EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS

4.2.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

En la tabla 13 se muestran las características sociodemográficas de los participantes del estudio mayores de 18 años, la frecuencia y el porcentaje.

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas de los adultos participantes en la investigación

Característica sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Femenino	653	51,46
Masculino	616	48,54
Edad		
19 A 29	269	21,2
30 A 44	453	35,7
45 A 60	415	32,7
61 A 75	127	10,01
Mayor de 75	5	0,39
Procedencia		
Urbano	665	52,4
Rural	604	47,6
Régimen de seguridad social		
Otro	58	4,57
Contributivo	394	31,05
Especial	15	1,18
Subsidiado	802	63,2
Estrato		
1	418	32,94
2	606	47,75
3	215	16,94
4	14	1,1
5	12	0,95
6	4	0,32
Estado civil		
Casado - Unión libre	794	62,5
Separado – divorciado	148	11,7
Soltero	327	25,8
Escolaridad		
Primaria Completos o Incompleta	577	45,47
Bachillerato Completos o Inc.	506	39,87
Técnica Completos o Inc.	59	4,65
Tecnológica Completos o Inc.	26	2,05
Universitaria Completos o Inc.	78	6,15

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas de los adultos participantes en la investigación

Característica sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje
Postgrado	23	1,81
Personas a cargo		
0	348	27,39
1 – 2	542	42,7
3 – 4	304	23,99
5 – 6	64	5,05
>6	11	0,87
Posición en el hogar		
Adulto no jefe	270	21,28
Hijo	120	9,46
Jefe de hogar	879	69,27
Estructura del hogar		
Con amigos	7	0,55
Con madre; eventualmente hermanos y otros familiares	121	9,54
Con otros familiares (incluye hermanos, otros)	84	6,62
Con padre; eventualmente hermanos y otros familiares	16	1,26
Con padres; eventualmente hermanos y otros familiares	109	8,59
Con pareja, eventualmente con hijos y otros familiares	727	57,29
Multifamiliar	6	0,47
Sin pareja, eventualmente con hijos y otros familiares	127	10,01
Solitario	72	5,67
Trabajo actual		
Desempleado	58	4,57
Desocupado	24	1,89
Estudiante	35	2,76
Hogar	405	31,91
Incapacitado para trabajar	17	1,34
Pensionado	34	2,68
Trabajo fijo	441	34,75
Trabajo ocasional	255	20,09
Ocupación actual		
Ejecutivo o Directivo	19	1,5
Profesional científico e intelectual no directivo	52	4,1
Técnicos y profesionales del nivel medio	35	2,76
Personal de apoyo de administrativo	14	1,1
trabajadores de los servicios y vendedores de los mercados, operadores de máquinas y ensambladores	138	10,87
Agricultores y trabajos calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	192	15,13
Oficiales, operarios y artesanos	98	7,72
Ocupaciones elementales	185	14,58
Ocupaciones armadas	11	0,87
No aplica	525	41,37
Fuente de ingreso		

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas de los adultos participantes en la investigación

Característica sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje
Honorarios profesionales	166	13,08
Salario, pensión, jubilación	424	33,41
Renta	32	2,52
Ingresos cedidos	309	24,35
Otros	146	11,51
Sin ingreso	192	15,13
Realiza alguna práctica religiosa		
Si	1115	87,85
No	154	12,15
Régimen de salud		
CAPRECOM	216	17,02
CAFESALUD	209	16,47
ASMETSALUD	186	14,66
COOMEVA	114	8,98
NUEVA EPS	96	7,57
MALLAMAS	76	5,99
Otras	372	29,31

La muestra investigada presentó igual proporción entre los géneros y en su mayoría pertenecía al área urbana. Cerca de dos terceras partes de los entrevistados se encontraban afiliados al régimen subsidiado en salud. Los estratos uno y dos constituyeron el grueso de la muestra, en más de un 50%. En su mayoría las personas habían cursado primaria completa o incompleta. En la muestra, 2 de cada 15 personas mayores de 18 años había iniciado o terminado cursos superiores al bachillerato, tales como carreras técnicas, tecnológicas, profesionales o de posgrado. Aproximadamente la mitad de los entrevistados tenían un trabajo fijo u ocasional y la otra mitad la componían estudiantes, personas dedicadas a las labores domésticas del hogar, pensionados, incapacitados para trabajar sin pensión, desocupados o desempleados. En la distribución de la ocupación se tomó en cuenta la clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones y se observó una gran variedad de las mismas. En la categoría no aplica se encontraban las personas que al momento de la entrevista se encontraban desocupadas, desempleadas, estudiando, dedicadas al hogar, incapacitadas para trabajar o pensionados que no estuvieran realizando alguna ocupación. La fuente principal de ingresos de la mayoría de las personas provenía de sus honorarios, salario, jubilación o pensión. Uno de cada cinco entrevistados recibía sus ingresos de otra persona y cerca de dos de cada 15 personas se encontraban sin ingresos.

En cuanto a la composición de los hogares, aproximadamente el 60% de las personas pertenecientes a la muestra se encontraban en unión libre o casados, vivían con su pareja y podrían estar conviviendo con sus hijos. El porcentaje restante correspondía a estados civiles no casados. Dos terceras partes de los entrevistados tenían por lo menos una persona a cargo. Entre los hogares monoparentales fue más frecuente encontrar a la madre como la formadora de este. Finalmente, la mayoría de las personas mantenían una práctica religiosa.

4.2.2 HALLAZGOS CLINICOS EN LAS PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS

En la muestra investigada se calcularon las prevalencias puntuales y de vida de los trastornos mentales. Se encontró que 3 de cada 20 personas en el momento de aplicar el instrumento presentaban cualquier trastorno mental (TDM, trastorno bipolar, Trastorno psicótico, trastorno de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada). El TDM fue el trastorno que se encontró con más frecuencia, cerca de 1 de cada 10 personas presentaban un TDM al momento de aplicar el instrumento. Luego se encontraron con mayor prevalencia los trastornos de ansiedad y de estos el más prevalente fue la fobia social. Con menos frecuencia se encontraron los trastornos psicóticos y el trastorno bipolar (tabla 14).

Tabla 14. Prevalencia actual de los trastornos mentales en mayores de 18 años

Trastorno	Prevalencia	Intervalo de Confianza del 95%
Trastorno depresivo	9,7%	(8,9-10,5)
Trastorno bipolar I	0,5%	(0,3-0,7)
Trastorno bipolar II	0,8%	(0,5-1)
Trastorno psicótico no afectivo	0,94%	(0,6-1,1)
Trastorno de angustia	4,9%	(4,3-5,5)
Trastorno obsesivo compulsivo	0,9%	(0,6-1,1)
Estrés postraumático	0,8%	(0,5-1)
Fobia social	2,4%	(2-2,9)
Trastorno de ansiedad generalizada	3,2%	(2,7-3,6)
Cualquier trastorno mental	15,1%	(14-16)

Las prevalencia de vida para cualquier trastorno mental incluía el TDM, el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, los trastornos psicóticos y el trastorno de angustia. Aproximadamente un cuarto de las personas investigadas habían sufrido cualquier trastorno mental a lo largo de su vida. Dos de cada 10 personas en algún momento de su vida han presentado un TDM. El trastorno que se presentó en menor proporción fue el trastorno psicótico (tabla 15).

Tabla 15. Prevalencia de vida de los trastornos mentales en mayores de 18 años

Característica	Prevalencia	Intervalo de Confianza del 95%
Trastorno depresivo Mayor	19,5%	(18,4-20,6)
Trastorno bipolar I y II	8,1%	(7,4-8,9)
Trastorno psicótico no afectivo	4,02%	(3,5-4,6)
Trastorno de angustia	6,8%	(6,1-7,5)
Cualquier trastorno mental	27,4%	(26,1-28,6)

El análisis bivariado mostró que entre las características con asociación significativa en las personas con diagnóstico de TDM estaban la disfunción familiar y pertenecer al área urbana. Una quinta parte habían consultado al psiquiatra/psicólogo. Las personas que vivían en el área rural tenían un 33,5% de menor asociación con el TDM que si vivían en el área urbana (tabla 16). No se encontró asociación entre depresión y género (Pvalor = 0.3295).

Tabla 16. Factores asociados de importancia clínica para los adultos que han sufrido trastorno depresivo

Característica	OR	P valor	IC 95%
Disfunción familiar	2,328	0,000	1,74-3,11
Ha consultado psiquiatra o psicólogo	2,279	0,000	1,55-3,33
Urbano	0,665	0,005	0,50-0,88

En general las personas que presentaron TDM tenían una mayor prevalencia de otros trastornos mentales (tabla 17). La mayor comorbilidad fue con los trastornos de ansiedad, la fobia social y el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales. Además se encontró asociación con el riesgo de suicidio.

En hombres se encontró una protección del 79% contra el TDM si la persona tiene un hogar con un buen funcionamiento familiar que con disfunción familiar, (OR=0,21. IC 95%: 0,11-0,43, Pvalor < 0,001). No se encontró asociación con las demás variables explicativas.

Cuando se discrimino entre área urbana y rural, se encontró que las mujeres que pertenecen al área urbana tienen 2 veces mayor riesgo de presentar TDM que las del área rural, y una protección en caso de tener un buen funcionamiento familiar y no tener antecedente personal de otros trastornos mentales (tabla 18).

Tabla 17. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos con trastorno depresivo mayor

Variable	OR	IC 95%	P valor
Trastorno de ansiedad generalizada	59,504	18,17-194,78	0,000
Trastorno de angustia	8,137	5,13-12,90	0,000
Fobia social	9,353	4,34-20,13	0,000
Abuso/dependencia de sustancias ilegales	3,121	1,88-5,17	0,000
Abuso/dependencia de alcohol	3,018	1,76-5,17	0,000
Riesgo de suicidio	5,177	3,66-7,31	0,000

Tabla 18. Análisis multivariado para el trastorno depresivo mayor en las mujeres mayores de 18 años

Variable	OR	IC 95%	Pvalor
Urbano	2,04	1,31-3,16	0,000
Sin antecedentes de trastorno mental	0,40	0,20-0,82	0,000
Buen funcionamiento familiar	0,15	0,08-0,28	0,000

Las personas diagnosticadas con trastorno bipolar tenían una relación significativa con la disfunción familiar severa, el antecedente de enfermedad mental en la familia, pertenecer al área urbana y cambiar de culto en más de dos ocasiones (tabla 19). No se encontró asociación entre el trastorno bipolar y el género del entrevistado (Pvalor = 0.8193).

Las personas con trastorno bipolar presentaron una comorbilidad elevada con los trastornos de ansiedad, una de cada dos personas en la muestra que tenían diagnóstico de trastorno bipolar también tenían diagnóstico de cualquier trastorno de ansiedad. Cuando una persona tenía un trastorno de ansiedad o abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales la asociación con trastorno bipolar se incremento en más de 6 veces. Entre las personas con riesgo de suicidio también se encontró una relación significativa con el trastorno bipolar (tabla 20).

Tabla 19. Factores asociados de importancia clínica para los adultos que han sufrido Trastorno bipolar

Característica	OR	IC 95%	P valor
Disfunción familiar	2,336	1,58-3,44	0,000
Cambio de culto en más de dos ocasiones	4,174	1,72-10,12	0,002
Antecedente familiar de enfermedad mental	1,796	1,15-2,80	0,010

Tabla 20. comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos que presentan Trastorno bipolar

Comorbilidad	OR	IC 95%	Pvalor
Trastorno de angustia	9,900	6,02-16,27	0,000
Trastorno de ansiedad generalizada	13,807	7,14-26,67	0,000
Fobia social	12,251	5,86-25,60	0,000
Riesgo de suicidio	5,241	3,38-8,11	0,000
Abuso/dependencia de sustancias ilegales	6,613	3,79-11,52	0,000
Abuso/dependencia de alcohol	6,367	3,53-11,47	0,000

Una tercera parte de las personas que presentaron trastorno de ansiedad, tenían antecedentes familiares de enfermedad mental. Otra condición asociada fue la disfunción familiar. Además se encontró que el vivir en zona rural protege contra los

trastornos de ansiedad (tabla 21). No existe asociación entre este trastorno y el género (Pvalor = 0.6437).

Tabla 21. Factores asociados de importancia clínica para los adultos mayores que presentan trastorno de ansiedad

Característica	OR	IC 95%	P valor
Disfunción familiar	3,540	2,06-6,07	0,000
Antecedente de enfermedad mental en la familia	2.523	1.30-4.88	0,006
Urbano	0,407	0,20-0,82	0,012

Las personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad presentaron comorbilidades con otros trastornos mentales como TDM y el bipolar. El riesgo de suicidio fue también significativo, así como el uso y dependencia de otras sustancias y del alcohol (tabla 22). 2 de cada 10 personas con riesgo de suicidio presentaron trastorno de ansiedad.

Tabla 22. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan trastorno de ansiedad

Comorbilidad	OR	IC 95%	P valor
Trastorno depresivo	59,504	18,17-194,78	0,000
Trastorno bipolar	13,807	7,14-26,67	0,000
Abuso/dependencia de sustancias ilegales	5,757	2,62-12,64	0,000
Abuso/dependencia de alcohol	4,801	2,02-11,36	0,000
Riesgo de suicidio	11,482	5,95-22,13	0,000

Se encontró que en los hombres existe protección del 78% adicional contra el trastorno de ansiedad si la persona tiene un hogar con buen funcionamiento familiar que con disfunción familiar severa (Pvalor: <0,001. OR: 0,22. IC 95% 0,10-0,48).

En las mujeres, se encontró protección contra el trastorno de ansiedad si la persona tiene un buen funcionamiento familiar que con disfunción familiar severa. Un mayor riesgo en las que proceden del área urbana que las del área rural y mayor protección en caso de no haber cambiado de culto en más de dos ocasiones que las que si lo hicieron (tabla 23).

Tabla 23. Análisis multivariado para el trastorno de ansiedad en las mujeres adultas

Variable significativa con el trastorno de ansiedad	OR	IC 95%	P valor
Buen funcionamiento familiar	0,16	(0,08-0,30)	0,00
Disfunción familiar	0,11	(0,04-0,29)	0,00
Urbano	1,72	(1,03-2,89)	0,04
No ha cambiado de culto en más de dos ocasiones	0,33	(0,11-0,97)	0,04

El análisis bivariado encontró que el trastorno de angustia estaba asociado con el riesgo de suicidio y antecedentes familiares de enfermedad mental. El contexto familiar mostró que entre los que no tenían personas a cargo la asociación o. Entre los que tenían personas a cargo la relación con el trastorno de angustia se elevo en forma significativa. Además, se encontró asociación significativa con la disfunción familiar y no realizar práctica religiosa (tabla 24). No se encontró asociación entre trastorno de angustia y género (Pvalor = 0.4682).

Tabla 24. Factores asociados de importancia clínica para los adultos mayores que presentan trastorno de de angustia

Característica	OR	IC 95%	P valor
Riesgo de suicidio	4,639	2,89-7,44	0,000
Antecedente familiar de enfermedad mental	2,024	1,25-3,25	0,004
No tiene personas a cargo	0,582	0,37-0,91	0,019
No realiza alguna práctica religiosa	0,532	0,30-0,93	0,027

Entre las comorbilidades, el trastorno de angustia estaba ligado significativamente a otros trastornos de ansiedad y trastornos del estado del ánimo. De igual forma la

asociación se incremento entre las personas con abuso/dependencia de alcohol y sustancia ilegales (tabla 25).

Tabla 25. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan trastorno de de angustia

Comorbilidad	OR	IC 95%	P valor
Trastorno depresivo	8,137	5,13-12,90	0,000
Trastorno bipolar	9,900	6,02-16,27	0,000
Trastorno de ansiedad Generalizada	8,653	4,33-17,28	0,000
Fobia social	8,529	3,94-18,45	0,000
Abuso/dependencia de Sustancias ilegales	3,652	1,90-6,99	0,000
Abuso/dependencia de Alcohol	3,468	1,73-6,95	0,000

En cuanto a las características de las personas con diagnóstico en de fobia social en la muestra estudiado se encontró que existía una asociación con encontrarse desempleado, y con la disfunción familiar severa (tabla 26). No se encontró asociación entre fobia social y género (Pvalor = 1.0).

Tabla 26. Factores asociados de importancia clínica para los adultos mayores que presentan fobia social

Característica	OR	IC 95%	P valor
Disfunción familiar	1,996	1,01-3,92	0,045
Ocupación = Desempleado	1,878	1,03-3,41	0,039

Las personas con fobia social presentaron comorbilidad con el trastorno de angustia y el trastorno bipolar de manera significativa. Se encontró que en algún momento de su vida cerca de la mitad de ellos presentó TDM. Se observó una relación propia con el

abuso/dependencia de sustancias ilegales y alcohol y con el riesgo de suicidio (tabla 27).

Tabla 27. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan fobia social

Comorbilidad	OR	IC 95%	P valor
Trastorno bipolar	12,251	5,86-25,60	0,000
Trastorno depresivo Mayor	9,353	4,34-20,13	0,000
Trastorno de ansiedad generalizada	22,929	10,07-52,20	0,000
Trastorno de angustia	8,529	3,94-18,45	0,000
Abuso/dependencia de sustancias ilegales	5,628	2,33-13,57	0,000
Abuso/dependencia de alcohol	5,366	2,11-13,63	0,000
Riesgo de suicidio	5,884	2,84-12,17	0,000

En las personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se observó asociación significativa con disfunción familiar, vivir en el área urbana, y tener familiares con enfermedad mental. No se encontró asociación entre este trastorno y el género (Pvalor = 0,3484).

Tabla 28. Factores asociados de importancia clínica para los adultos mayores que presentan Trastorno de Ansiedad Generalizada

Característica	OR	IC 95%	P valor
Disfunción familiar	3,540	2,06-6,07	0,000
Urbano	0,407	0,20-0,82	0,012
Antecedente familiar de enfermedad mental	2,523	1,30-4,88	0,006

Las personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada tenían comorbilidad con otros trastornos de ansiedad como el trastorno de angustia y la fobia social. Se observó además, comorbilidad con el TDM, el trastorno bipolar y el abuso/dependencia de sustancias. Otra característica estadísticamente significativa fue el riesgo de suicidio del último mes en el 60% de las personas (tabla 28).

Tabla 29. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan Trastorno de Ansiedad Generalizada

Comorbilidad	OR	IC 95%	P valor
Trastorno depresivo Mayor	59,504	18,17-194,78	0,000
Trastorno bipolar	13,807	7,14-26,67	0,000
Fobia social	22,929	10,07-	0,000
Trastorno de angustia	8,653	4,33-17,28	0,000
Abuso/dependencia de sustancias	5,757	2,62-12,64	0,000
Riesgo de suicidio	11,482	5,95-22,13	0,000

Entre las sustancias relacionadas con abuso/dependencia, las que se asociaron con mayor frecuencia fueron el alcohol, seguida por la marihuana y la cocaína (tabla 29).

Tabla 30. Prevalencia de doce meses para el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales en adultos mayores de 18 años

Sustancia	Prevalencia	IC 95%
Cualquier sustancia	5,4%	(4,8-6)
Alcohol	4,7%	(4,1-5,3)
Marihuana	1,0%	(0,7-1,3)
Cocaína	0,5%	(0,3-0,7)
Inhalantes	0,2%	(0,1-0,3)
Alucinógenos	0,2%	(0,1-0,3)
Tranquilizantes	0,1%	(0-0,2)
Otros	0,2%	(0,1-0,3)

Las personas con abuso/dependencia de sustancias ilegales se asociaron a un ambiente familiar disfuncional. Se encontró 7 veces más la asociación con el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales entre los desempleados/desocupados que en los que no estaban desocupados/desempleados (tabla 30). No se encontró asociación con el género (Pvalor = 1.0).

Tabla 31. Factores asociados de importancia clínica para los adultos mayores que presentan abuso/dependencia de sustancias ilegales

Característica	OR	IC 95%	P valor
Disfunción familiar	2,285	1,44-3,62	0,000
Desempleado/desocupado	1,611	1,02-2,54	0,040

Se encontró una alta comorbilidad con otros trastornos mentales y el riesgo de suicidio. Se observó que 2 de cada 5 personas con abuso/dependencia de sustancias ilegales habían presentado un episodio depresivo y un tercio fueron diagnosticados con un trastorno de ansiedad (tabla 31).

Tabla 32. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan abuso/dependencia de sustancias ilegales

Comorbilidad	OR	IC 95%	P valor
Trastorno bipolar	6,613	3,79-11,52	0,000
Cualquier Trastorno de ansiedad	5,757	2,62-12,64	0,000
Trastorno de ansiedad generalizada	5,757	2,62-12,64	0,000
Trastorno de angustia	3,652	1,90-6,99	0,000
Fobia social	5,628	2,33-13,57	0,000
Trastorno depresivo	3,121	1,88-5,17	0,000
Riesgo de suicidio	6,616	3,97-11,01	0,000

El análisis bivariado del abuso/dependencia de alcohol mostró una asociación significativa con la ausencia de trabajo y el ambiente familiar disfuncional (tabla 32).

Tabla 33. Factores asociados de importancia clínica para los adultos mayores que presentan abuso/dependencia de alcohol

Característica	OR	IC 95%	P valor
Desempleado, desocupado o incapacitado para trabajar	1,713	1,07-2,74	0,025
Disfunción familiar	2,186	1,33-3,58	0,002

El abuso/dependencia de alcohol se relacionó significativamente con el riesgo de suicidio. Se encontró una relación significativa entre las personas con algún trastorno mental y el abuso/dependencia de alcohol. En algún momento de su vida el 40% de las personas con abuso/dependencia de alcohol habían sufrido un episodio depresivo y un 33% había presentado un trastorno de ansiedad (tabla 33).

Tabla 34. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan abuso/dependencia de alcohol

Comorbilidad	OR	IC 95%	P valor
Trastorno bipolar	6,367	3,53-11,47	0,000
Trastorno de ansiedad	4,801	2,02-11,36	0,000
Trastorno de angustia	3,468	1,73-6,95	0,000
Trastorno de ansiedad generalizada	4,801	2,02-11,36	0,000
Fobia social	5,366	2,11-13,63	0,000
Trastorno depresivo	3,018	1,76-5,17	0,000
Riesgo de suicidio	7,571	4,41-12,99	0,000

En hombres, se encontró una protección del 86% adicional contra el abuso/dependencia de alcohol si la persona tiene un hogar con buen funcionamiento familiar que con disfunción familiar severa. Además, si la persona es estudiante tiene 10 veces más riesgo de sufrir abuso/dependencia por alcohol que si la persona es trabajadora (tabla 34).

Tabla 35. Análisis multivariado para el trastorno por uso de alcohol para los hombres mayores de 18 años

Variable	OR	IC 95%	Pvalor
Buen funcionamiento familiar	0,14	(0,04-0,42)	0,00
Estudiante	9,97	2,07-48,13)	0,00

En las mujeres se encontró protección del 70% adicional contra el abuso/dependencia de alcohol si el rol en la familia no correspondía a ser jefe de hogar que si es jefe de hogar (OR=0,30, IC 95% 0,09-1,0 Pvalor < 0,05;).

La prevalencia puntual para riesgo de suicidio fue del 13.1%. La mayor parte de este grupo pertenecía al riesgo leve (tabla 35). El riesgo de suicidio no se encontró asociado al género (Pvalue = 0.7479).

Tabla 36. Prevalencia del riesgo de suicidio en adultos

Riesgo de suicidio	Prevalencia	IC 95%
No hay riesgo de suicidio	86,9%	85-88,8
Riesgo leve de suicidio	8,4%	6,9-9,9
Riesgo moderado de suicidio	1,7%	1,0-2,4
Riesgo alto de suicidio	3%	2,1-3,9

Las características que se asociaron al riesgo de suicidio fueron la disfunción familiar y el no tener un trabajo (tabla 36).

Tabla 37. Comorbilidades asociadas de importancia clínica para los adultos mayores que presentan riesgo de suicidio

Característica	OR	IC 95%	P valor
Disfunción familiar	2,971	2,15-4,09	0,000
Desempleado, desocupado o incapacitado para trabajar	1,537	1,10-2,13	0,011

En hombres se encontró que existe protección del 73% adicional contra la conducta suicida si la persona no ha sufrido enfermedad mental a si ha sufrido de la misma. El tener un buen funcionamiento familiar protege a la persona en un 90% adicional, que si

presenta disfunción familiar severa. Si la persona vive con amigos tiene 14.5 veces más riesgo de presentar conducta suicida que si vive sola (tabla 37).

Tabla 38. Análisis multivariado para la conducta suicida en los hombres adultos

Variable significativa con la conducta suicida	OR	IC 95%	Pvalor
No ha sufrido enfermedad mental	0,27	0,10-0,74	0,01
Buen funcionamiento familiar	0,10	0,04-0,21	0,00
Vive con amigos	14,46	1,72-121,40	0,01

En mujeres se encontró que el tener un buen funcionamiento familiar la protege en un 76% adicional que si presenta disfunción familiar severa (OR=0,24, IC 95% 0,12-0,46, Pvalor <0,001).

El instrumento evaluó la atención por psiquiatría/psicología y el tratamiento especializado recibido en las personas con diagnóstico de cualquier trastorno mental. Se encontró que el 15% en algún momento habían consultado al psiquiatra o al psicólogo y menos del 10% recibieron tratamiento psiquiátrico (tabla 38). Con respecto al abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales las frecuencias atención y tratamiento fueron mas bajas. El tratamiento psiquiátrico lo recibieron cerca de un 6 % y entre los que recibieron atención, la mayoría pertenecían al grupo de personas con abuso/dependencia de marihuana (tabla 39).

Tabla 39. Características del tratamiento recibido en los adultos con diagnóstico de un trastorno mental

	Episodio depresivo	Trastorno bipolar	Trastorno psicótico	Trastorno de angustia	Cualquier trastorno mental
No ha consultado al psiquiatra o psicólogo	81,0	83,5	83,6	82,6	84,1
No ha recibido tratamiento psiquiátrico	91,9	94,2	92,2	89,5	93,4
No ha recibido tratamiento psiquiátrico en el último año	97,2	96,1	94,5	94,2	97,4
No recibe medicación psiquiátrica actualmente	96,0	95,1	93,8	93,0	96,5

Tabla 40. Características del tratamiento recibido en los adultos con diagnóstico de abuso/dependencia de sustancias

	Abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales	Abuso/dependencia Alcohol	Abuso/dependencia Cocaína	Abuso/dependencia Marihuana
No ha consultado al psiquiatra o psicólogo	88,2	88,1	100,0	69,2
No ha recibido tratamiento psiquiátrico	94,1	94,9	100,0	76,9
No ha recibido tratamiento Psiquiátrico en el último año	98,5	98,3	100,0	92,3
No recibe medicación Psiquiátrica actualmente	97,1	96,6	100,0	92,3

Cuando el instrumento preguntaba por antecedentes de enfermedad mental, un 5,4% manifestaron que sufrían trastornos mentales. Entre las personas que manifestaron tener antecedentes personales de trastorno mental la tasa de consulta al psiquiatra o al psicólogo fue de 75% y una tercera parte de ellos se encontraba recibiendo tratamiento psiquiátrico al momento de la entrevista. En la estructura del hogar de estas personas se encontró con mayor frecuencia que no tenían personas a cargo, vivían con uno o ambos

padres, eran solteros y tenían antecedentes familiares de enfermedad mental. En cuanto a sus ingresos estas personas manifestaron que no tenían ingresos (tabla 41). No se encontró una asociación con el género (Pvalor = 0,0832).

Tabla 41. Características de importancia clínica de las personas que manifestaron tener antecedente personal de trastorno mental

Característica	OR	IC 95%	P valor
Ha recibido tratamiento psiquiátrico	102,550	54,01-194,68	0,000
Ha consultado psiquiatra o psicólogo	31,693	17,93-56,01	0,000
Actualmente recibe medicación psiquiátrica	74,562	30,23-183,89	0,000
Antecedente de enfermedad mental en la familia	2,679	1,61-4,43	0,000
Personas a cargo	0,412	0,25-0,67	0,000
Posición en el hogar = Adulto no jefe	2,035	1,50-2,76	0,000
Desempleado desocupado incapacitado para trabajar	2,115	1,41-3,16	0,000

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La prevalencia de vida para cualquier trastorno mental encontrada en el estudio en personas mayores de 18 años es de 27,4%. La OMS en el informe salud mental 2001 refiere que existe gran variabilidad en las diferentes regiones, y estima que cerca del 25% de las personas han sufrido alguna vez en la vida un trastorno mental (2), dato similar al hallado en la presente investigación. Sin embargo, datos del continente americano muestran prevalencias cercanas al 50% (2,11,12,13), cifra muy superior a la de la presente investigación. Los estudios latinoamericanos muestran un contraste en las prevalencias que van desde el 25 al 50% (2,18) y en Colombia el Estudio Nacional de Salud mental menciona una prevalencia del 40%. Las diferencias con las otras series pueden ser explicadas por la utilización de instrumentos de tamizaje diferentes, a la inclusión de la población rural en el presente estudio, a la inclusión de trastornos mentales diferentes los estudios realizados y a que pueden existir condiciones propias de cada región en la manifestación de los trastornos mentales.

La población adulta que manifiesta haber sufrido un trastorno mental presenta una asociación estadísticamente significativa con la procedencia del área urbana, el estado civil soltero, sin personas a cargo, sin ingresos, vivir con uno o ambos padres, tener antecedentes familiares de enfermedad mental y un mal funcionamiento de su familia. Datos similares como los bajos ingresos, el no estar casado y pocos años de escolaridad se han encontrado en Estado Unidos y en Latinoamérica en las personas a las que se les ha diagnosticado un trastorno mental (14,17). No es claro si las asociaciones con los trastornos mentales son debidas a experiencias ambientales en los trastornos mentales, efecto de los trastornos mentales sobre el nivel social y económico, causas biológicas comunes no estimadas, o combinaciones desconocidas.

En los niños y adolescentes solo se encontró asociación con el antecedente familiar de trastorno mental y no se encontraron asociaciones significativas con otras variables sociodemográficas como en los adultos. Esto sugiere que el factor hereditario es importante y que a lo largo de la historia vital, los factores ambientales logran un mayor

peso en la precipitación de los trastornos mentales o que el trastorno mental aun no tiene un impacto sobre la biografía de la persona.

El trastorno mental más frecuente en la población del departamento fue el TDM, con una prevalencia actual de 9,7% y de vida de 19.5% en mayores de 18 años. En la población entre 7 y 18 años uno de cada diez personas ha sufrido un TDM en algún momento de su vida. Se encontró una fuerte asociación con la disfunción familiar, comorbilidad con los trastornos de ansiedad, el abuso/dependencia de alcohol y de sustancias ilegales y un riesgo de suicidio elevado.

Las investigaciones realizadas en el mundo, muestran la depresión como una de las condiciones que se presenta con más frecuencia, mostrando diferencias de prevalencias en las regiones (2). En Europa se han encontrado prevalencias similares a las estimadas en la investigación, con tasas bajas en algunos países como España y otras superiores como el Reino Unido (10). En Latinoamérica, las revisiones muestran que la prevalencia de vida promedio para depresión es similar al encontrado en la presente investigación; pero, con regiones en donde las prevalencias son más elevadas y en otros donde son muy bajas (30,15). En Colombia también se manifiesta la variabilidad de las prevalencias, con rangos entre el 8% y el 19%. (19,15). En Bogotá y en Bucaramanga se han encontrado prevalencias más altas, mientras que en la región atlántica y oriental más bajas (19,20). Aunque en parte estas discrepancias se pueden explicar por diferencias en la metodología y en los instrumentos utilizados, es probable que la diversidad cultural o el perfil de los factores de riesgo pueda afectar la expresión del TDM y el papel que juegan deberá ser analizado en futuras investigaciones. Otros estudios realizados en el departamento con poblaciones específicas, estiman prevalencias elevadas de depresión en la población (26,27) reafirmando que este es uno de los trastornos que requiere más atención al momento de implementar políticas departamentales de Salud Pública.

Cuando se analiza la población incluyendo el área urbana y rural no se encuentran diferencias significativas en cuanto al género afectado, sin embargo estas diferencias se tornan marcadas cuando se discrimina la población del área urbana y rural. El riesgo de sufrir un TDM se incrementa en las mujeres cuando viven en el área urbana. La mayoría

de las investigaciones asocia el género femenino fuertemente a la depresión (2,23). El estudio nacional de salud mental encontró una prevalencia mayor para los trastornos depresivos en mujeres que en hombres en la población urbana. No obstante, la asociación de TDM con género femenino no es constante. En otras regiones se ha encontrado que la diferencia entre ambos géneros ha disminuido, especialmente en las cohortes más jóvenes (9,23). El acortamiento de las frecuencias en hombres y mujeres se puede explicar en parte por un aumento en la oportunidad de las mujeres para conseguir empleo, control de la procreación, y otros indicadores que pueden promover la igualdad de género, lo cual disminuye la exposición de las mujeres a los estresores que favorecen la aparición de los trastornos depresivos o aumenta sus destrezas para mitigarlos (23). El hecho de que las mujeres tengan un mayor riesgo de depresión en el área urbana podría estar relacionado con un mayor soporte de las redes sociales para las mujeres en el área rural que la urbana (83); sin embargo las investigaciones que evalúan las diferencias en la salud mental en el área urbana y rural son inconsistentes (84). También podría explicarse por un aumento en la exposición del género masculino a factores ambientales que favorezcan un acrecentamiento en la presentación de los trastornos depresivos o a diferencias ambientales y culturales entre el área urbana y rural aun desconocidas. Se requiere conocer la influencia de los roles de las mujeres y los hombres en el departamento, las diferencias ambientales en el área urbana y rural, y su relación con los trastornos depresivos.

La investigación mostró que existe una asociación entre disfunción familiar y TDM. La disfunción es un hallazgo que en general se ha encontrado en otras investigaciones, (16,19,20). Sin embargo, existen estudios que no han encontrado tal asociación (31,32), lo cual sugiere que en la manifestación de la depresión pueden existir factores de riesgo adicionales o que existen en la dinámica familiar relaciones que aun están por investigar. Adicionalmente, la investigación valida lo encontrado en otros estudios en donde se encuentra una asociación significativa entre el riesgo de suicidio y TDM (14,19,20,17).

La prevalencia actual para el trastorno de angustia es de 4,9%, seguido del trastorno de ansiedad generalizada en un 3,2%, y la fobia social en un 2,4%. El trastorno obsesivo compulsivo y el TEPT se encuentran en un 1% aproximadamente. No se encuentran

diferencias de género, sin embargo cuando se divide la población según el área de procedencia los trastornos de ansiedad se elevan en forma significativa en las mujeres, mas que en los hombres. Con respecto a la composición y funcionamiento familiar, las personas con trastorno de ansiedad describen su funcionamiento familiar como inadecuado. Otro hallazgo importante es el antecedente familiar de enfermedad mental. La comorbilidad más frecuente en las personas con trastorno de ansiedad fue el TDM.

Observando las prevalencias en otras regiones del mundo, se encontraron diferencias en algunos trastornos. En estudios comunitarios realizados en otras regiones se publican prevalencias para los trastornos de ansiedad que van desde el 2.4% al 8.4% ubicando a Colombia con una de las prevalencias más elevadas (2,14,19). En Estados Unidos la prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad es de 18%, y al contrario a lo encontrado en el departamento de Caldas, allí el trastorno de ansiedad más frecuente es la fobia social (12,13,14). Se encuentran prevalencias similares con las observadas en otras regiones del continente americano en la fobia social, el estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo (12,13,14); pero se apreciaron diferencias en la prevalencia del trastorno de angustia. Este se encontró con una frecuencia mucho mayor a la observada en otras investigaciones realizadas en Estado Unidos, Latinoamérica y Colombia, que la ubican entre un 0,1% y un 1% (19,15).

En Colombia, según el Estudio Nacional de Salud Mental, la prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad es de 11.7% con una mayor presentación de la fobia social, seguida por la fobia específica y con prevalencia cercana al 1% del trastorno de angustia y del trastorno de ansiedad generalizada. Se encontró una similitud en la prevalencia del TEPT. Las diferencias con respecto al trastorno de angustia y la fobia social pueden explicarse por la selección de diferentes segmentos de la población, por la inclusión de habitantes del área rural en el estudio departamental y el uso de diferentes instrumentos de tamizaje.

El estudio halló una prevalencia de doce meses para el trastorno de ansiedad generalizada de 3.1%, datos similares encontrados en Estados Unidos y en algunas regiones de Latinoamérica (3,15). La comorbilidad de los trastornos de ansiedad con el TDM es frecuente. Este hallazgo puede ser explicado por las manifestaciones comunes

que pueden existir entre estos trastornos o por la existencia de límites poco claros entre los diagnósticos (85,86).

La prevalencia de vida para el trastorno bipolar es de 8%. Las personas con trastorno bipolar presentan una asociación significativa con la disfunción familiar y el antecedente familiar de enfermedad mental. Existe una alta comorbilidad con otros trastornos mentales. Cuando una persona padece un trastorno de ansiedad o abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales se aumenta el riesgo de encontrar un trastorno bipolar. Las investigaciones realizadas en los últimos años muestran que hay un aumento en el reconocimiento de la existencia de un espectro de expresión más amplio en el trastorno bipolar, lo cual conlleva a que la prevalencia del 1% mencionada tradicionalmente en los estudios comunitarios, en la actualidad se encuentre por encima. En Estados Unidos la prevalencia del trastorno bipolar es del 4% aproximadamente y se estima que probablemente puede ser mayor (95).

En concordancia con lo encontrado en la presente investigación, estudios en otras regiones muestran que el trastorno bipolar puede afectar hasta un 6% de la población (89,90). Además, en investigaciones realizadas en los últimos años se observa que existe una alta comorbilidad con los trastornos de ansiedad y los relacionados con el uso de sustancias (91,92,93,94). En el estudio nacional de salud mental se encontró una prevalencia de 2%, inferior a la de la presente investigación. Sin embargo, Es importante tener en cuenta que en el norte del departamento de Caldas existen regiones en las cuales la población permaneció relativamente aislada favoreciendo la expresión fenotípica del trastorno bipolar I (95).

La prevalencia de abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales en niños y adolescentes en la población es de 2,3% y en mayores de 18 años de 5,4%. La disfunción familiar y el riesgo de suicidio se asocian significativamente en ambos grupos poblacionales. En las personas mayores de 18 años que se encuentran desempleadas existe una asociación significativa con el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales. Adicionalmente, en la población estudiantil se encuentra un incremento significativo del abuso/dependencia de alcohol. No se encuentra diferencia significativa con el género, sin embargo cuando las mujeres son jefes de hogar el riesgo de

encontrarse abuso/dependencia de alcohol se incrementa. En el presente trabajo se encontró una alta comorbilidad del abuso/dependencia de sustancias con otros el TDM y el trastorno de ansiedad.

Los estudios comunitarios de la OMS muestran prevalencias de doce meses para el abuso/dependencia de sustancias del 0.1% al 6.4%, encontrando en Colombia prevalencias cercanas al 3,0% (2,19).

Al igual que en otras investigaciones realizadas en el mundo, el alcohol es la sustancia que más ocasiona abuso/dependencia, con prevalencias diferentes de acuerdo al contexto cultural de cada región (8,15,35,36). En Estados Unidos y en algunas regiones de Europa se han encontrado cifras cercanas al 10% (9,12) en Latinoamérica la tasa promedio de prevalencia para abuso/dependencia de alcohol es de 5,7% y se ha encontrado una mayor frecuencia en hombres que en mujeres en casi todas las investigaciones (15,19,47). En Colombia las investigaciones realizadas muestran prevalencias entre el 1,5% y el 4,5% y otras investigaciones en el departamento han encontrado prevalencias de 1.5% en niños y adolescentes y 4.5% en adultos (19,38,39).

Con respecto a las sustancias ilegales, datos similares a los encontrados en la población del departamento de Caldas, están en otras regiones de Latinoamérica. La investigación valida que la sustancia ilegal que con más frecuencia causa abuso/dependencia es la marihuana. Otras investigaciones realizadas en Latinoamérica, muestran en orden de frecuencia a la marihuana y la cocaína como las sustancias ilegales que con mayor frecuencia se encuentran involucradas en el abuso/dependencia (19,37,44). El promedio de las tasas de prevalencia en Latinoamérica y el Caribe en personas entre los 15 y 60 años es del 0.7%, lo cual ubica la prevalencia del departamento de Caldas por encima del promedio. La prevalencia en otras regiones que van desde el 0.4% en México hasta 1.8% en Chile (44). En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental mostró una prevalencia del 3% y estudios en adolescentes encuentran que esta prevalencia es más elevada, y que existe una tendencia a equipararse el consumo entre hombres y mujeres (3,29,30).

Existe un reconocimiento de las alteraciones que genera el abuso/dependencia de sustancias en el funcionamiento familiar, académico, laboral, social y en la salud física de las personas que lo padecen (15,35,37). El estudio confirma la asociación con la disfunción familiar del abuso/dependencia de sustancias ilegales. De igual forma, investigaciones realizadas en Estados Unidos y Latinoamérica describen que el consumo de sustancias y los trastornos relacionados son más frecuentes en estudiantes (15,34,35). Se necesita profundizar en la relación de la dinámica familiar, la conformación y la estructura del hogar de las personas con el abuso/dependencia de sustancias. Además, estos Hallazgos indican que el fenómeno formativo no previene el abuso/dependencia, planteando que otras variables pueden estar involucradas en la aparición del trastorno. Muestra además, que deben realizarse estrategias diferentes a la información de los efectos deletéreos del consumo para disminuir la prevalencia elevada de abuso/dependencia entre los estudiantes.

Aunque en la mayoría de investigaciones, la relación con el género masculino es marcada, en algunas regiones de Asia, Europa y Latinoamérica estas diferencias no se han encontrado (6,7,9). La similitud en el consumo de sustancias entre hombres y mujeres puede explicarse por la aproximación de roles entre hombres y mujeres, lo cual favorece un aumento en la disposición del género femenino para consumir sustancias (23,87). Investigaciones en otros lugares han encontrado que en regiones en donde el hombre y la mujer tienen roles similares, el consumo de licor es equiparable en ambos sexos (87). Lo anterior sugiere que se puede estar equiparando el consumo en el departamento, o que la mayoría de los que se encuentren institucionalizados pertenezcan al género masculino o también que la condición empiece a tener un mayor reconocimiento por parte de las mujeres.

Un fenómeno que puede afectar la prevalencia de abuso/dependencia de sustancias es la no consideración de este como una condición patológica, y que es probable que muchos casos puedan estar fuera de su casa, en centros de reclusión, hogares de paso y/o centros rehabilitación.

Entre los trastornos del comportamiento la prevalencia del TDAH fue de 7,1%, del trastorno negativista desafiante 2,8% y del trastorno de conducta disocial 1,9%. Se

encontró una alta comorbilidad entre los tres trastornos, y una asociación significativa entre estos y vivir en el área urbana.

La prevalencia de los trastornos de conducta disocial en diferentes investigaciones se ha calculado entre un 2 y 9% (61,62). El estudio nacional de salud mental encontró una prevalencia de vida para el trastorno negativista desafiante de 3,4% y del trastorno disocial de 5,5%. Es llamativo que no se halla encontrado asociación con el género, tal como se ha visto en otras investigaciones (61,62).

Comparando con las prevalencias de TDAH encontradas a nivel mundial, las cuales están entre el 1% y el 20%, con mayor prevalencia en países como Estados Unidos, Puerto Rico y Colombia (50,51,52,53,55,66,57,58,59), el presente estudio encontró una prevalencia superior a las de algunas regiones en Asia y Europa, pero inferior a las reportadas en Estados Unidos y Puerto Rico (55,56,57,59). Con respecto a las investigaciones realizadas en Colombia, estas muestran una prevalencia superior al 15% (58), la cual es muy diferente a la encontrada en el presente estudio. A pesar de tener como elementos diagnósticos los criterios del DSM IV, existen metodologías diferentes en la toma de datos que pueden influir en la estimación de la prevalencia lo cual puede explicarse porque en estas se toman poblaciones escolarizadas, procedentes del área urbana y el rango de edad empieza desde los 4 años, mientras que la muestra de la presente investigación tomo población del área urbana y rural, entre los 7 y 18 años de edad.

Dentro del TDAH, el subtipo más frecuente fue el combinado, seguido del subtipo desatento y del subtipo impulsivo-hiperactivo, datos similares a los encontrados en otros estudios (58,59,60). En otras investigaciones se ha encontrado que el TDAH y los Trastornos del comportamiento son más prevalentes en el género masculino, pero en esta investigación no se observaron diferencias de género entre los trastornos de conducta evaluados en conjunto y en forma independiente, lo cual puede ser explicado por un aumento en la detección del trastorno en el género femenino, cambios ambientales que favorezcan la similitud de las prevalencias, cambios en el rol del género femenino en la población del Departamento, o un aumento en la tolerancia de los síntomas en la población masculina.

Aunque el objetivo de la investigación no es establecer categorías nosológicas, la asociación del TDAH con el trastorno negativista desafiante es de importancia en este aspecto. Podría pensarse en la posibilidad de un continuum prolegómeno de un TDAH a un trastorno de conducta. El hecho de encontrarse una mayor tasa de consulta en las personas con diagnóstico de trastorno negativista desafiante y de conducta disocial que en el TDAH, puede explicarse porque mientras no haya aparición de conductas negativistas ni disociales hay una menor disposición a la consulta.

Teniendo en cuenta los datos demográficos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, la población de personas entre los 7 y 18 años para el 2010 es de 206.955, lo cual indica que cerca 14.500 de ellos podría estar cursando con un TDAH.

Es importante tener en cuenta el dato al momento de asignar recursos e implementar políticas públicas para el manejo y tratamiento de los trastornos mentales y en especial de los trastornos depresivos. La investigación sugiere que hay un gran número de niños y adolescentes que deberían ser valorados y beneficiarse de un tratamiento apropiado.

Un hallazgo frecuente en la investigación fue la alta comorbilidad de los trastornos mentales. En muchos casos se encontró que un trastorno mental podía tener comorbilidad con otro hasta en cifras superiores al 50%. Datos similares se han encontrado en otras investigaciones, en donde las personas con un trastorno mental tienen una comorbilidad elevada y hasta en un 70% de las personas se pueden hallar 2 o más trastornos mentales comórbidos (14,63,64). Estudios latinoamericanos han encontrado comorbilidades superiores al 25% en los trastornos mentales (17). La aparición de comorbilidades genera dificultades al momento de establecer el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación a largo plazo de las personas (14). En conclusión, los resultados muestran que la comorbilidad es un fenómeno frecuente.

Otro hallazgo importante fue que a pesar de que cerca de un cuarto de la población en algún momento de su vida ha presentado un trastorno mental, solo el 2.9% de los niños y adolescentes y el 5.4% de los adultos manifestaron que en algún momento de su

vida habían sufrido un trastorno mental. El hecho de encontrar un trastorno mental en las personas luego de manifestar que no lo padecían con diferencias significativas, sugiere la posibilidad de que exista poco reconocimiento entre la población del trastorno mental, una baja capacidad de demanda, una muy limitada accesibilidad a los servicios de salud e incluso una baja detección en los servicios de atención primaria.

Tanto en niños y adolescentes como en adultos la atención por psiquiatría/psicología fue baja. Solo el 25% de los niños y adolescentes con diagnóstico de cualquier trastorno del comportamiento recibieron consulta por psiquiatría/psicología y menos del 5% recibieron tratamiento psiquiátrico. En adultos, el 16% de los que presentaron algún trastorno mental en su vida recibieron consulta por psiquiatría o psicología y solo el 6% recibieron tratamiento psiquiátrico. Los factores asociados de las personas con trastorno mental que no consultaron fueron pertenecer al género masculino y estar casados.

El uso de los servicios de salud mental varía entre el 1% y el 24% con frecuencia de uso menor en los países con bajos ingresos que en los países con altos ingresos (66). En países desarrollados el 23,7% de las personas con trastornos mentales han recibido tratamiento, mientras que en países en vías de desarrollo esta cifra es aun más baja, del 7,7% (65). Sin embargo en países como Japón, a pesar de sus altos ingresos, solamente el 10% de las personas con algún trastorno mental han recibido atención psiquiátrica (6). Datos similares se han encontrado en Latinoamérica en donde cerca de una tercera parte de las personas con un trastorno mental ha recibido atención en los servicios de salud mental y menos del 12% recibieron tratamiento por especialista (17). Los factores sociodemográficos asociados al no acceso a los servicios de salud mental que se han encontrado son ser hombre, bajos ingresos y estado civil casado (66). Datos similares al estudio nacional de salud mental el cual menciona que el uso de servicios de psiquiatría oscila entre el 1 y el 4% aproximadamente con menor proporción para los trastornos relacionados con el uso de sustancias (19).

Una limitación de la investigación es que pueden existir prevalencias subestimadas, debido a que no se tuvo en cuenta poblaciones institucionalizadas como las fuerzas militares y comunidades religiosas, tampoco se incluyeron personas internadas en

centros de rehabilitación o cuidado, hospitales, y centros de asistencia social. Por lo tanto, el estudio es generalizable a la población en general no institucionalizada. Otra limitación deriva de la población implicada, puesto que no se incluyeron personas domiciliadas por un tiempo inferior a un año, omitiendo que en cualquier caso la demanda de atención surge de cualquier habitante sin importar el tiempo de domicilio.

El diseño de la investigación valida la habilidad de los estudios epidemiológicos en la detección de personas con trastornos mentales que podría beneficiarse de intervenciones terapéuticas. Es útil para futuras investigaciones en las cuales se quiera profundizar en los aspectos etiológicos, las consecuencias y severidad de los trastornos mentales.

El aporte más importante de la investigación es la presentación de las prevalencias de los trastornos mentales en el departamento de Caldas, lo cual permite el desarrollo de las políticas y planes de salud mental departamentales y municipales. Además, permite el monitoreo de la eficacia de los programas encaminados a promover la salud mental y el tratamiento de los trastornos mentales en el departamento de Caldas.

Es importante para los profesionales de la salud, y en especial los que trabajan en el área asistencial tener en cuenta los factores asociados en la detección de los trastornos mentales y el beneficio que podría tener el reconocimiento de los trastornos mentales en la población.

Esta investigación fue financiada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas. No existe conflicto de intereses por parte de los autores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

En la población no institucionalizada del área urbana y rural del departamento de Caldas entre los 7 y 18 años se estimó una prevalencia de vida para los trastornos del comportamiento de 8,7%, para TDM de 13,3% y prevalencia de año para el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales de 2,3%. La prevalencia actual para TDM fue de 7% y de riesgo de suicidio entre leve y alto fue de 13,7%. El antecedente familiar de enfermedad mental se observó de forma significativa entre los que tenían antecedentes de cualquier trastorno mental. No se encontraron diferencias de género.

Entre los trastornos del comportamiento el más frecuente fue el TDAH con una prevalencia de 7,1%. El más frecuente de los subtipos del TDAH fue el combinado en un 4,4%; en el TDAH que predomina la desatención fue 1,9% y en el TDAH que predomina la impulsividad-hiperactividad fue 0,8%. El trastorno negativista desafiante se encontró en un 2,8% y el trastorno de conducta disocial en un 1,9%. Se encontró una comorbilidad elevada entre TDAH, trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta disocial, y una asociación significativa con pertenecer al área urbana.

El TDM se asoció significativamente con el riesgo de suicidio y con la disfunción familiar. A su vez, el riesgo de suicidio independiente de los trastornos depresivos, se asoció con la disfunción familiar, y el no tener antecedente de enfermedad mental se encontró como factor protector contra el riesgo de suicidio.

La prevalencia de año de abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales fue de 2,3%. El abuso/dependencia de alcohol fue el más frecuentemente encontrado con una prevalencia de 1,5% y en segundo lugar la marihuana con una prevalencia de 0,8%. La asociación más significativa de las personas con abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales fue con un aumento en el riesgo de suicidio, la comorbilidad con TDM y trastornos de ansiedad y la disfunción familiar.

En la población no institucionalizada del área urbana y rural del departamento de Caldas entre los 18 y 95 años de edad se estimó la prevalencia actual para cualquier trastorno mental de 15,1%, y la prevalencia de vida fue de 27,4%.

Las características estadísticamente significativas en las personas que manifestaron que tenían el antecedente de cualquier trastorno mental fueron no tener personas a cargo, no ser jefes de hogar, vivir con uno o ambos padres, sin ingresos económicos, ser solteros y tener antecedentes familiares de enfermedad mental. No se encontró significancia entre cualquier trastorno mental y género. Se encontró una alta comorbilidad entre los trastornos mentales superior al 10% en todos los casos.

El trastorno mental que se encontró con más frecuencia fue el TDM con una prevalencia de vida de 19,5% y actual de 9,7%. Las personas que habían sufrido trastornos depresivos en general vivían con un familiar diferente a sus padres y presentaron asociación estadística con disfunción familiar y riesgo de suicidio. Se encontró una comorbilidad entre el 10% y el 20% con otros trastornos de ansiedad y el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales. No se encontraron diferencias de género, pero cuando se discriminó por área de procedencia, se aumentó el riesgo de TDM y trastornos de ansiedad en el género femenino perteneciente al área urbana.

La prevalencia de vida para el trastorno bipolar I y II fue de 8,1%, y la prevalencia actual del trastorno bipolar I 0,5% y el trastorno bipolar II 0,8%. Las variables asociadas al trastorno bipolar fueron el antecedente familiar de enfermedad mental, proceder del área urbana, cambiar de culto en más de dos ocasiones, la disfunción familiar y el riesgo de suicidio.

Entre los trastornos de ansiedad el más prevalente fue el trastorno de angustia con una prevalencia de vida de 6,8% y actual de 4,9%. La prevalencia actual del trastorno de ansiedad generalizada fue de 3,2%, de la fobia social 2,4%, del trastorno obsesivo compulsivo de 0,9%, y del trastorno de estrés posttraumático 0,8%. Las variables asociadas significativamente en las personas con trastornos de ansiedad fueron proceder del área urbana, tener antecedente familiar de enfermedad mental y cambiar de culto en

más de dos ocasiones. Se encontró una alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad, y con el TDM. Se encontró además asociación significativa con la disfunción familiar y el riesgo de suicidio. Las mujeres del área urbana tienen 1.7 veces mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad, que las del área rural.

Las psicosis no afectivas se encontraron en un prevalencia actual de 0,9% y de vida de 4%.

La prevalencia actual de riesgo de suicidio leve, moderado y alto fue de 13,1%.

La prevalencia de doce meses para el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales fue de 5,4%. El alcohol fue la sustancia que se asocio con mayor frecuencia al abuso/dependencia con una prevalencia de 4,7%. La sustancia ilegal que generó con más frecuencia abuso/dependencia fue la marihuana en un 1% de la población. En segundo lugar se encontró el abuso/dependencia de cocaína en un 0,5% y los inhalantes, alucinógenos y tranquilizantes con prevalencias aproximadas de 0,2% cada uno. En las personas con abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales se encontró un riesgo mayor de presentarlo cuando procedían eran estudiantes o se encontraban desempleados/desocupados. Se encontró una comorbilidad elevada con otros trastornos mentales y la disfunción familiar. El abuso/dependencia de alcohol se asocio además con mayor riesgo de suicidio. En estudiantes el riesgo de abuso/dependencia se elevaba 10 veces.

Cuando las personas tienen un hogar con un funcionamiento familiar adecuado se observa que existe una protección superior al 75% contra el trastorno de ansiedad, el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ilegales y el riesgo de suicidio.

La tasa de consulta en el grupo entre los 7 y 18 años de edad por cualquier trastorno del comportamiento fue de 24,1% y en las personas mayores de 18 años de 14,9%. En ambos grupos la tasa de tratamiento especializado fue inferior al 10%.

6.2. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que la disfunción familiar se asocia en forma significativa con los trastornos mentales, para futuras investigaciones se requiere indagar con más precisión en la dinámica familiar, evaluar que aspectos del funcionamiento familiar se relacionan con los trastornos mentales. Adicionalmente se requiere conocer otras variables con respecto a los trastornos mentales diagnosticados, tales como la severidad, el compromiso en el funcionamiento laboral/académico y personal y variables biológicas.

Estos hallazgos sugieren la implementación de una política departamental de salud mental con planes y programas departamentales y locales teniendo en cuenta las necesidades en el futuro a la luz de lo que se encuentra en la actualidad. Es importante darle más relevancia a la atención de la salud mental, y favorecer la detección y el manejo de los trastornos mentales en el nivel primario. Además, es importante prestar atención a la detección en escuelas y colegios. La detección temprana en niños y adolescentes probablemente ayudará a disminuir la carga de enfermedad y mejorara el pronóstico.

Se requiere más trabajadores de la salud mental, entre ellos psicólogos, profesionales en desarrollo familiar, trabajadores sociales, médicos y psiquiatras para el manejo conjunto de programas de detección y manejo oportuno de los trastornos mentales en la población de Caldas.

Son necesarios programas de ayuda a las familias disfuncionales. Se encontró un riesgo elevado entre el funcionamiento familiar y la presencia de un trastorno mental. En este sentido se requiere de terapeutas familiares y profesionales relacionados con el fin de intervenir oportunamente los sistemas familiares disfuncionales y detectar los casos con patología mental.

Las bajas tasas de reconocimiento de los trastornos mentales y las elevadas tasas de prevalencia indican que son necesarios programas de detección de los trastornos

mentales en la comunidad independientes de los programas de atención en las entidades de atención en salud de primer nivel.

Con el fin de prevenir la abuso/dependencia de sustancias es de importancia dirigir los esfuerzos a la población estudiantil. Estos nichos de población parecen no tener estrategias adecuadas que prevengan la aparición del abuso/dependencia, y favorecen el consumo desmedido de alcohol y sustancias ilegales.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: WHO; 2005.
2. World Health Organization. World Health Report 2001—Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO; 2001.
3. Vikram P, Preston G, Jair de JM, Harry M, Martin P, Shekhar S, and on behalf of the advisory group of the Movement for Global Mental Health Global Mental Health 1. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370: 859–77.
4. Anduaga JJC, Colmenares BE, Saldívar GJ. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*. 1999; 62-7.
5. Kitamura T, Fujihara S, Iwata N, Tomoda A, Kawakami N. Epidemiology of psychiatric disorders in Japan. In: Nakane Y, Radford M (eds). *Images in Psychiatry: Japan*. World Psychiatric Association, Paris, 1999; 37–46.
6. Sugawara M, Mukai T, Kitamura T, Toda M, Shima S, Tomoda A, et al. Psychiatric Disorders Among Japanese Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 38, Issue 4, April 1999, Pages 444-452
7. Kawakami N, Shimizu H, Haratani T, Iwatad N, Kitamura T. Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan *Psychiatry Research* 121 (2004) 293–301.
8. The WHO World Mental Health Survey Consortium Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys *JAMA*. 2004; 291(21):2581-90.
9. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1091–98.
10. Ayuso MJL, Vazquez BJL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson, Greg, The ODIN GROUP. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study *The British Journal of Psychiatry* 2001 179: 308-316.
11. William E. Narrow, MD, MPH; Donald S. Rae, MA; Lee N. Robins, PhD; Darrel A. Regier, MD, MPH. Revised Prevalence Estimates of Mental Disorders in the United States *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59:115-23.
12. Kessler RC, McGongale KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM III psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 8-19.
13. William EN, Donald SR, Robins LN, Regier DA. Revised Prevalence Estimates of Mental Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:115-123.
14. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 617-27.
15. Kohn R, Rodríguez J. Prevalencia y carga de los trastornos psiquiátricos en la población adulta de America Latina y en el Caribe. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009, pp 19-34.
16. Gómez RC, Bohóquez A, Pinto MD, Gil LJ, Rondón SM, Díaz-GN. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;16: 378–86.

17. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torre S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates *Brit J Psychiatry*. 2004; 18 (4): 299-305.
 18. Anduaga JJC, Colmenares BE, Saldívar GJ. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*. 1999; 62-7.
 19. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003.
 20. Rueda SMR, Rueda JGE, Diaz MLA. Prevalence of Major Depressive Disorder and Related Factors: A Population Study in Bucaramanga (Colombia). *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2008, 37 (2): 159-68.
 21. Calderon OJH, Narvaez MM. Manual de atención básica en salud mental, prevención y manejo. 1988. Servicio de Salud de Caldas.
 22. Dirección Territorial de salud de Caldas. Perfil epidemiológico Caldas y sus municipios 2007.
 23. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 6:785-95.
 24. Nock MN, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry* (2008) 192, 98–105.
 25. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M, et al. Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*. 2008; 5: 1053-67.
 26. Fernández CJ, Giraldo HD. Prevalencia del trastorno depresivo y factores asociados a esta patología en estudiantes de pregrado del programa de medicina de la universidad de Caldas, en el segundo semestre del año 2000. (tesis especialidad). Maizales. Universidad de Caldas. 2001.
 27. Amézquita ME, González RE, Zuluaga D. prevalencia de depresión, ansiedad y comportamiento suicida en los estudiantes de pregrado de la Universidad de Caldas. 2000. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2003, 32 (4): 341-56.
 28. Gómez RC, Bohórquez A, Pinto MD, Gil LJ, Diaz GN. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(6):378–86.
 29. Valencia JG, Palacio AC, Arias S, Ocampo M, Calle J, Restrepo D, Vargas G Lopez C Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Rev. Colomb. Psiquiat*; 2007 (4):610-27.
 30. Gómez-Restrepo C, Rodríguez-Malagón N, Bohórquez A, Diazgranados N, Ospina MB, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002; 31(4):271-86.
 31. Zapata-Gallardo JN, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado M, Miranda-Lozano V, Linares-Segovia B, Carrada-Bravo T, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant. Mex*. 2007; 64(5):295-301.
 32. Cogollo Z., Gómez E., De Arco O., Ruiz I., Campo-Arias A. Association between Family Dysfunction and Clinically Important Depressive Symptoms among Students of Cartagena, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 2009, 38 (4): 637-41.
 33. Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray C, et all. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*. 2002; 360:1347-60.
-

34. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama*. 2004, 291(21):2581-90.
 35. Kohn R, Rodríguez J. Prevalencia y carga de los trastornos psiquiátricos en la población adulta de America Latina y en el Caribe. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009, pp 19-34.
 36. UNODC. The World Drug Report 2008. United Nations Office on Drug and Crime; 2008.
 37. Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimes JB, Bautista CF, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Ment*. 2003;26.
 38. Torres de Galvis Y, Montoya ID. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia, 1997. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
 39. Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 2008.
 40. Compton WM, Grant BF, Colliver JD, Glantz MD, Stinson FS. Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *Jama* 2004 ; 291(17):2114-21.
 41. Fiestas F, Radovanovic M, Martins SS, Medina ME, Posada-Villa J, Anthony JC. Cross research international differences in clinically significant cannabis problems: epidemiologic evidence from 'cannabis-only' smokers in the United States, Mexico, and Colombia. *BMC Public Health*. 2010; 10:152
 42. Martínez-Mantilla JA, Naranjo WA, Campillo HA, RuedaJGE, Campo AA, Díaz ML. Substance abuse amongst adolescents, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. *Rev Salud Pública*. Bogotá. 2007; 9(2):215-29.
 43. Rueda-Jaimes G., Camacho P., Rangel-Martínez-Villalba A., Duarte E. Prevalence of Substance Use in Middle and High School Students in Bucaramanga (Colombia) and Metropolitan Area. 2008; *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 37 (2): 195-06.
 44. Liu X, Tein JY, Zhao Z, Sandler IN. Suicidality and correlates among rural adolescents of China. *J Adolesc Health*. 2005; 37(6):443-51.
 45. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nck N. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47(1):41-52.
 46. O'Donnell L, O'Donnell C, Wardlaw DM, Stueve A. Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. *Am J Community Psychol*. 2004; 33(1-2):37-49.
 47. Ilomäki E, Räsänen P, Viilo K, Hakko H. Suicidal behavior among adolescents with conduct disorder the role of alcohol dependence. *Psychiatry Res*. 2007;150(3)305-11.
 48. Schilling EA, Aseltine RH, Glanovsky JL, James M, Jacobs D. Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *J Adolesc Health*.2008; 44(4):335-41.
 49. WHO. Europe. The Health of children and adolescents in Europe. Copenhagen, Bucarest. World Health Organization; 2005.
 50. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV). American Psychiatric Association: Washington, DC; 1994.
 51. Bratkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder. New York. The Guilford Press; 1998.
-

52. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. American Psychiatric Association. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
 53. Elia J, Ambrosini P, Rapoport J. Drug therapy: Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 1999; 340: 780-8.
 54. Baumgaertel A, Wolraich MI, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34: 629-38.
 55. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J: The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003; 2:104–13.
 56. Szatmari P. The epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1992; 1:361–371.
 57. Canino G, Shrout PE, Stipek MB, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, Chavez L, Alegria M, Bauermeister J, Hohmann A, Ribera J, Garcia P, Martinez M. The DSM-IV Rates of Child and Adolescent Disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61:85-93.
 58. Pineda DA, Ardila A, Rosselli M, Arias BE, Henao GC, Gomez LF, Mejia SE, Miranda ML. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. *J Abnorm Child Psychol*. 1999 Dec;27(6):455-62.
 59. Pineda DA, Kamphaus RW, Mora O, Restrepo M, Puerta Ic, Palacio LG et al. Sistema de evaluación multimodal de la conducta, escala para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. *Rev Neurol*. 1999; 28:672-81.
 60. Cornejo JW, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurol*. 2005; 40 (12): 716-22.
 61. McMahon RJ, Wells KC. Conduct Problems. In Mash EJ, Brakley RA eds, *Treatment of Childhood Disorders*. 2 ed. New York: The Guilford Press; 1998. p. 111-207.
 62. Costello EJ. Child psychiatric epidemiology: implications for clinical research and practice. In Lahey BB, Kazdin AE, eds. *Adv Clin Child Psychology*. New York: Plenum Press; 1990. p. 53-90.
 63. Zimmerman M, McDermut W, Mattia JI. Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *Am J psychiatry*. 2000; 157: 1337–40.
 64. Gossop M, Stewart MS, Lehman P, Edwards C, Wilson A, Segar G. Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. *Br J Psychiatry*. 1998; 173: 166–171.
 65. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar S, Alonso J, Angermeyer MC, et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2008; 192(5): 368–75.
 66. Wang PS, Gaxiola SA, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ. Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Lancet*. 2007 September 8; 370(9590): 841–850.
 67. Sheehan, D. V, Lecubrier, Y. L, Ferrand, L, Soto, M. (2000). MINI International Neuropsychiatric Interview. Versión Español 5.0.0. Washington, USA: APA.
-

68. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59: 22-23.
69. Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *Eur Psychiatry* 1998; 13: 26-34.
70. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
71. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, et al. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *Eur Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
72. Pinninti NR, Madison H, Musser E, Rissmiller D. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *Eur Psychiatry*. 2003; 18:361-4.
73. Marin MC, Palacio SJ, Orrego BY, Aguirre AD. Descripción del estado de salud mental y estrategias de afrontamiento en víctimas de asalto a mano armada en la ciudad de Medellín. *Int J Psychol Res*. 2008; 1: 31-40.
74. Londoño NH, Muñiz O, Correa JE, Patiño CG, Jaramillo G, Raigoza J. Salud Mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá. *Rev. Colomb Psiqui*. 2005, 34: 493-505.
75. Ruíz AL. Alteraciones neuropsicológicas en pacientes con depresión mayor. *Acta Neurol Colomb*. 2009; 25:75-83.
76. Smilkestein G. The family apgar: A proposal for a family function test and its uses by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 12-31.
77. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4ta edición. Editorial McGraw Hill, 2006. 850p.
78. <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/epiDesc6.htm>. [Citado el 9 de abril de 2010].
79. Microsoft Office Excel 2003. Ink. for windows. Washington: Microsoft corporation 2003.
- 80-statgraphics
81. PASW Statistics 18.0. for Windows. Chicago: PASW inc.; 2010
82. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. [Internet] [acceso 15 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf
83. Romans-Clarkson, S. E.,Walton,V. A.,Herbison, G. P., et al (1990) Psychiatric morbidity among women in urban and rural New Zealand: psycho-social correlates. *Brit J of Psych*. 156: 84-91
84. Sundquist K; Frank GL; Sundquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depresión. *BRITISH JOURNAL OF P SYCHIATRY* (2 0 0 4), 18 4 , 2 9 3 - 2 9 8.
85. Brown, T. A., Barlow, D. H., & Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1272–1280.
86. Brown, T. A., Marten, P. A., & Barlow, D. H. (1995). Discriminant validity of the symptoms constituting the DSM-III-R and DSM-IV associated symptom criterion of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 317–328.

87. Parker DA, Harford TC. Gender-role attitudes, job competition and alcohol consumption among women and men. *Alcohol Clin Exp Res.* 1992;16(2):159-165.
88. DANE
89. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord.* 2003;73:123–131.
90. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003;73:133–146.
91. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264:2511–2518.
92. Keller MB. Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67(Suppl 1):5–7.
93. Freeman MP, Freeman SA, McElroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J Affect Disord* 2002;68:1–23.
94. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 May ; 64(5): 543–552.
95. Bedoya G, García Y, Montoya P, Rojas W, Amézquita ME. Análisis de isonimia entre poblaciones del noroeste de Colombia. *Biomédica* 2006;26:538-45.

