



CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina Comunitaria

Caso Clínico **Pedagogía** **Seguridad Social**
Salud Mental Comunitaria **Nuestro Invitado** Carta de lectores



Salud Pública

Revisión de artículo



Imagen tomada de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/C0031102015-salud_mental_tomol.pdf

Investigación



La Lección de Medicina

sobre Medicamentos

Medicina Familiar

El peregrino que toca

Bioética y Ecología

Medicinas Alternativas

Noti Comunitaria





EN ESTE NÚMERO. . .

Hemos decidido dedicar este número a la presentación de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, convencidos de que los lectores lo encontrarán sumamente útil. Felicitamos al Ministerio de Salud por este documento, aclarando que lo único que nosotros hemos hecho es presentarlo de una forma que esté más al acceso de la comunidad. Al menos, eso esperamos. Dada la extensión del mismo, nos excusamos por dedicarle toda esta Carta Comunitaria a tan interesante documento, dejando pendientes las secciones habituales para nuestro próximo número.



ESTUDIO DE SALUD MENTAL 2015

Presentación por Juan Carlos González[‡]

ESTUDIO DE SALUD MENTAL 2015	1
RECONOCIMIENTO	3
CÓMO SON LOS ENCUESTADOS	7
TRABAJO	8
SALUD MENTAL	11
SALUD MENTAL Y SUFRIMIENTO EMOCIONAL	26
VIOLENCIA	29
DE TODO ESTO Y HASTA ACÁ	33
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	37

[‡] MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



EXPOSICIÓN AL TRAUMA PSICOLÓGICO 40

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS 41

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA..... 44

CONSUMO DE PSICOACTIVOS EN ADOLESCENTES Y ADULTOS 47

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS 51

TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS 54

- Trastorno depresivo mayor 54
- Trastorno de ansiedad de separación..... 55
- Trastorno de ansiedad generalizada..... 55
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) 56
- Trastorno negativista (oposicionista u oposicional) desafiante..... 56
- Trastorno de la conducta 57

TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES 59

- Trastornos depresivos 59
- Trastorno afectivo bipolar 60
- Trastorno de ansiedad generalizada..... 60
- Trastorno de pánico 61
- Fobia social..... 61

TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS 64

- Los trastornos depresivos..... 65
- El trastorno afectivo bipolar 65
- El trastorno de ansiedad generalizada 66
- El trastorno de pánico 66
- La fobia social..... 67

SUICIDIO EN ADULTOS..... 69

CONDICIONES CRÓNICAS, PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES 73

ACCESO A SERVICIOS EN SALUD MENTAL..... 78

ESTADOS DE SALUD Y SU VALORACIÓN 81

QUÉ HACER CON ESTE ESTUDIO 84



RECONOCIMIENTO



http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

¡Qué esfuerzo!

El presente estudio ha sido un esfuerzo del Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la academia, con el fin de exponer la situación de salud mental en Colombia siguiendo parámetros internacionales que nos permitan entender mejor quiénes somos.

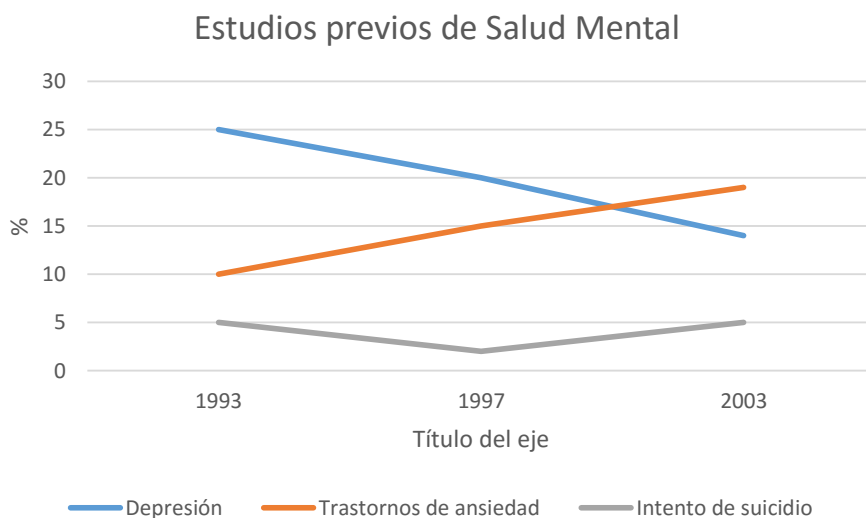
Reconocimiento



Reconocemos la calidad de la investigación, así como la magnitud de la misma. El presente resumen es una versión libre y no fue consultada. Solo busca poner en contacto a los lectores con este completo estudio, exponiendo un resumen arbitrario y no oficial, invitando a leer el documento original. Hemos elaborado algunas tablas (enumeradas independientemente de las tomadas del estudio directamente), aproximando a números enteros los datos, creyendo que así es más fácil entenderlo. Como siempre, y buscando contribuir a que se entienda mejor, se colocaron imágenes escogidas por quienes hacemos este resumen y se usaron tablas e imágenes del texto original. En algunas oportunidades incluiremos comentarios de nuestra autoría.

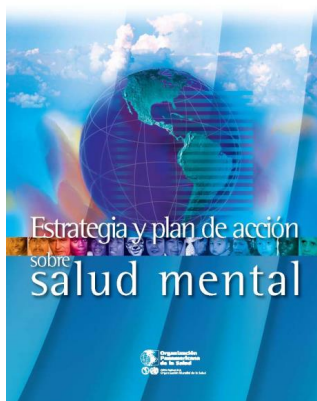


De qué se parte



El estudio revisó estudios previos que obtuvieron prevalencias usando distintos instrumentos en cada caso, lo que hace difícil la comparación.

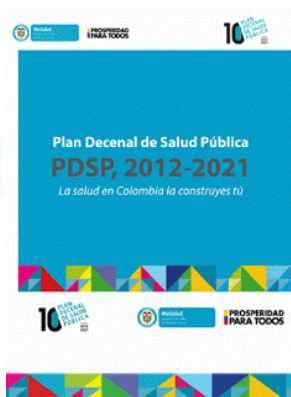
Marco referencial



<http://new.paho.org/bulletins/images/stories/Bulletins/SaludMental/enefeb10/cover%20estrategia.jpg>



<http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2014/09/ley1616-2013-218x300.jpg>

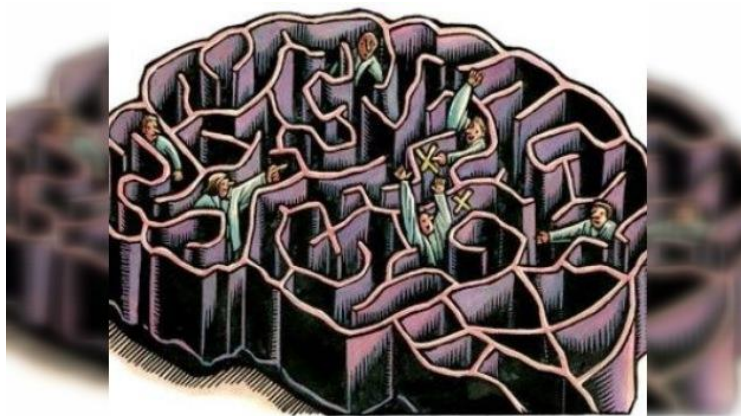


<http://1.bp.blogspot.com/-jvbw1enuq0l/Uak975ggT/AAAAAAAAAPg/UBYrXmMP7o/s320/Portada+Plan+Decenal+de+Salud+P+kC3%BAlica+2012+--+2021.gif>

El estudio tomó como referentes la promoción que desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se está haciendo, la ley 1616 del 2013 y el Plan Nacional de Salud Pública. Establece como su gran objetivo brindar información acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales y el acceso a los servicios, que permita entender la situación de nuestra población, enfatizándose hacia los determinantes sociales y la equidad.



¿Qué son los problemas mentales?



https://esp.rt.com/actualidad/public_images/1ac/1aceceb993277859289a881e093b47fa_article.jpg

Textualmente: “Un problema de salud mental afecta la forma como una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero sus manifestaciones no son suficientes para incluirlos dentro de un trastorno específico según los criterios de las clasificaciones internacionales de trastornos mentales (Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 - CIE-10 de la Organización Mundial de la salud y el DSM-V de la Asociación Psiquiátrica Americana); son más comunes, menos severas y menos persistentes en el tiempo. Se trata de síntomas como ansiedad, tristeza, insomnio, cambios en el apetito u otros sentimientos y conductas que pueden generar malestar y algunos inconvenientes, pero que no provocan un deterioro significativo en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad cotidiana. Sin embargo, con frecuencia son objeto de atención clínica ya que pueden derivar en trastornos mentales (Minsalud, 2014)”.

¿Qué son los trastornos mentales?

Textualmente: “Actualmente no existe un indicador biológico para hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de las alteraciones en este campo y se acepta que los trastornos mentales son causados por una mezcla de múltiples factores como los biológicos, las experiencias vitales adversas, factores sociales, entre otros. Sin embargo, mundialmente se aceptan dos clasificaciones de trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10 y DSM-V) que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos”.

“El diagnóstico de trastorno mental, su tratamiento y pronóstico dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones considerados como signos y síntomas, atendiendo a diferentes aspectos tales como:

1. Su duración.
2. Coexistencia (mezcla).
3. Intensidad.
4. Afectación en la funcionalidad de quien los presenta (afecta su desempeño en el trabajo, estudios u otras actividades de la vida diaria y/o su forma de relaciones con otras personas)”.



Los trastornos mentales más relevantes en el mundo son los siguientes:

- ☞ Depresión unipolar.
- ☞ Trastorno bipolar.
- ☞ Esquizofrenia.
- ☞ Epilepsia.
- ☞ Consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- ☞ Alzheimer y otras demencias.
- ☞ Trastornos por estrés postraumático.
- ☞ Trastorno obsesivo compulsivo.
- ☞ Trastorno de pánico.
- ☞ Insomnio primario (WHO, 2001).

¿Qué se pregunta en la Encuesta Nacional de Salud Mental?



<http://www.dagusto.club/wp-content/uploads/2015/05/Trabajar-por-internet-contestando-encuestas.jpg>

Textualmente: "La encuesta indaga sobre características sociodemográficas, antecedentes personales y familiares, condiciones del hogar y la vivienda; aspectos de salud mental que incluyen percepciones del individuo y del entorno, cognición social, capital social, eventos vitales y violencias; problemas de conducta; trastornos mentales en adultos y adolescentes (se midieron trastornos depresivos, suicidio, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y sólo en adultos tamizaje de personalidad) y en niños (ansiedad de separación, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo, trastorno oposicionista desafiante, déficit de atención e hiperactividad y trastorno de la conducta); adicionalmente se indagaron comorbilidades con condiciones crónicas no psiquiátricas; acceso a servicios de salud, y estados de salud. La encuesta de las personas de 12 años en adelante se llevó a cabo con el individuo seleccionado, y para los niños de 7 a 11 años, se entrevistó al cuidador principal".



CÓMO SON LOS ENCUESTADOS

¿Cómo son los hogares?



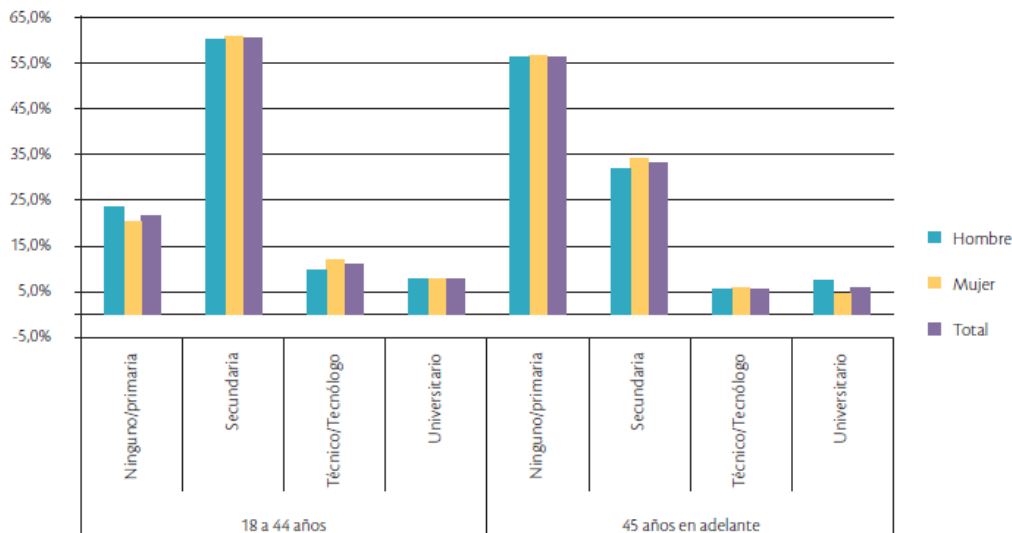
<https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcS4QwlrzOwnkoKdrfwR0D-xmmvAJ8K8wTqDoqTIC0ksBOAMPdal7w>

El 14 % de los colombianos viven en pobreza extrema, siendo mayor en el campo (casi uno de tres, en tanto que solo uno de 10 hogares es pobre en zonas urbanas) y hay más en la zona Atlántica y menos en Bogotá. En número promedio de personas por familia es de 3,5.

Estado civil por ciclo vital

1. El 96 % de los adolescentes están solteros, 4 % viven con pareja y 0,3 % se han separado.
2. El 56 % de las personas entre 18 y 44 años viven con su pareja, 8 % se han separado (viudos o divorciados), 36 % son solteros.
3. De las personas de 45 años en adelante, 55 % viven con su pareja, casi uno de tres (30 %) se han separado (divorciado o enviudado) y uno de 6 (16 %) siguen solteros.

Escolaridad



Gráfica 5.4. Estudios terminados

El 98 % de los menores de 11 años está estudiando, así como el 86 % de los adolescentes. La gráfica permite ver cómo aún estamos lejos de alcanzar estudios superiores. Las diferencias en torno al estudio de hombres y mujeres cada vez son menores.



¿Qué están haciendo los colombianos?

Tabla 5.5. Actividad principal en la última semana según grupo etario y sexo

Actividad principal según grupo etario	Hombre	Mujer	Total
	(%)	(%)	(%)
de 12 a 17 años			
Trabajando	5,6	3,2	4,3
Buscando trabajo	0,9	1,3	1,1
Estudiando	85,5	79,3	82,3
Oficios del hogar	3,9	13,6	8,9
Incapacitado permanente para trabajar	0,1	0,1	0,1
Otra actividad	4,0	2,5	3,3
de 18 a 44 años			
Trabajando	75,6	41,2	55,4
Buscando trabajo	7,5	4,7	5,9
Estudiando	8,0	7,2	7,5
Oficios del hogar	5,0	44,6	28,3
Incapacitado permanente para trabajar	0,6	0,5	0,5
Otra actividad	3,2	1,9	2,4
de 45 en adelante			
Trabajando	66,5	30,2	44,5
Buscando trabajo	3,2	1,1	1,9
Estudiando	0,1	0,5	0,4
Oficios del hogar	10,3	61,6	41,4
Incapacitado permanente para trabajar	6,4	2,3	3,9
Otra actividad	13,4	4,3	7,9

Nota: los porcentajes se aproximan a 1 decimal, por lo cual las sumas pueden no ser estrictamente 100%.

TRABAJO



<http://thumbs.dreamstime.com/z/trabajo-del-ser-humano-del-icno-icno-del-trabajo-sobre-el-fondo-blanco-43728020.jpg>

El valor en la vida de las personas

Sin duda es altísimo. A través del trabajo se nos ofrece la seguridad de la forma de vida que escojamos (o que nos toca), así como ser el escenario donde pasamos buena parte de nuestra vida. Por ende, tiene un inmenso valor en el desarrollo de la salud mental, con unas relaciones intensas.



Los trastornos mentales y la productividad

Existe una poderosa relación. Por ejemplo, la depresión, aparte del sufrimiento de quien la padece, ocasiona ausentismo laboral con su evidente repercusión. Un deprimido produce un 50 % menos de lo que potencialmente puede hacer. De ahí un aspecto a tener en cuenta para la importancia de generar ambientes laborales apropiados.

Trabajar cuando se está enfermo...



http://www.uhmasalud.com/hs-fs/hub/183362/file-1303729046-jpg/blog-files/Enferma_en_el_trabajo.jpg?t=1450200461712

Asimismo, se ha analizado el ir al sitio del trabajo cuando se está enfermo (presentismo) como un fenómeno improductivo e incluso riesgoso, por ejemplo, en eventos infecciosos que se pueden contagiar. Se ha calculado que en Colombia las personas se ausentan del trabajo por aspectos de salud entre dos y cuatro días al mes.

En los encuestados... lejos la seguridad del empleo



<http://listas.economista.es/system/items/000/023/468/medium/contrato.jpg?1386116550>

Cerca del 87 % de los encuestados eran empleados o trabajadores independientes y, amas de casa, entre el 4 y el 6 %.

En torno a la situación contractual:

1. Un poco más de la mitad (53 %) de las personas entre 18 y 44 años y 7 de 10 (72 %) de los que trabajan de 44 años en adelante, NO tienen contrato a término indefinido.



2. El 27 % de las personas entre 18 y 44 años tienen contrato a término indefinido, cifra que disminuye al 18 % en las personas de 44 o más años.
3. El 12 % de las personas entre 18 y 44 años están contratadas a término fijo y, disminuye a la mitad en los mayores de 44 años.
4. El 7 % de las personas de 18 a 44 años está contratado por prestación de servicios y, bajo la misma modalidad, algo más de la mitad de las personas de 44 o más años.

En qué trabajan

Tabla 5.8. Actividad que realiza en el trabajo para la población colombiana de 18 años en adelante

Actividad que realiza en el trabajo	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44 años						
Ejecutivo, administrador o gerente superior	*	*	6,0	4,4-8,1	3,8	2,9-4,8
Profesional	6,8	5,4-8,6	16,0	12,5-20,2	10,3	8,6-12,2
Asistencia técnica	6,1	4,4-8,5	5,4	3,8-7,5	5,8	4,6-7,5
Ventas	9,1	6,2-13,3	15,5	12,3-19,3	11,5	9,2-14,3
Asistencia de oficina y administrativa	8,2	6,2-10,7	13,6	10,8-17,0	10,2	8,5-12,2
Personal de servicios	10,3	8,4-12,6	17,8	14,9-21,1	13,1	11,5-15,0
Producción de precisión y artesanías	6,1	4,8-7,9	3,4	2,4-4,8	5,1	4,2-6,3
Operador u obrero	28,1	24,8-31,6	6,0	4,4-8,2	19,8	17,6-22,2
Comerciante	7,8	6,2-9,9	8,5	6,8-10,6	8,1	6,8-9,5
Agricultura y ganadería	7,8	6,3-9,6	*	*	5,5	4,5-6,6
Otra	6,2	4,7-8,1	*	*	6,1	4,8-7,7
45 años en adelante						
Profesional	9,1	6,7-12,3	11,3	8,5-14,9	9,8	7,9-12,1
Asistencia técnica	*	*	*	*	2,3	1,6-3,4
Ventas	8,0	6,0-10,6	16,8	12,7-22,0	10,7	8,7-13,1
Asistencia de oficina y administrativa	*	*	5,8	3,9-8,6	3,0	2,1-4,2
Personal de servicios	9,6	7,2-12,7	21,0	16,9-25,8	13,1	10,9-15,6
Producción de precisión y artesanías	9,3	6,3-13,4	8,9	6,5-12,1	9,2	6,9-12,1
Operador u obrero	24,3	20,5-28,6	*	*	20,0	16,9-23,4
Comerciante	14,1	11,0-17,8	15,0	11,8-18,9	14,4	12,0-17,1
Agricultura y ganadería	9,2	7,3-11,6	*	*	6,8	5,5-8,5

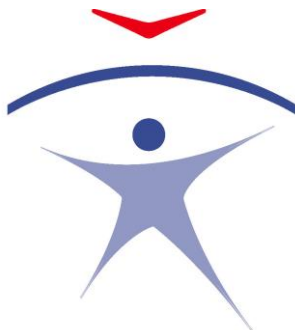
Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Nota 2: estimaciones de trabajo correspondiente a fuerza pública para personas entre 18 y 44 años, ni las de ejecutivo, administrador o gerente superior, ni fuerza pública, ni otra para las personas de 45 años en adelante no se presentan, por ser imprecisas.

Operadores u obreros son el ramo que más empleo genera (20 % en los dos grupos de edad que muestra a la tabla anterior). En general, los colombianos trabajamos más de lo contratado, ofreciendo cerca de cuatro horas más a la semana. Cerca de 1 de cada 10 trabajadores se ausenta de su trabajo por salud.



De todo esto, ¿qué?



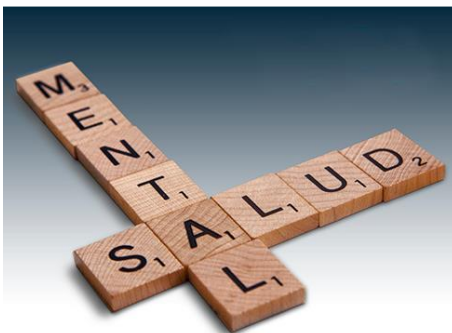
http://blog.mercosul.edu.uy/2013/04/registro-trabajos-saludables.jpg

Trabajos saludables

Se propone favorecer los entornos laborales, analizando los problemas de ausentismo, presentismo y buscando los factores desencadenantes, integrando los servicios de salud al ambiente laboral para llevar al trabajo a una concepción más digna de las personas, de su trabajo y la salud mental.

SALUD MENTAL

¿Qué se entiende por salud mental?



http://3.bp.blogspot.com/-VIDSh3Y-UMI/VVxHta3yI/AAAAAAAAAF8s/USh9j4JQMVA/s1600/salud-mental-10-oct-salud-mental.jpg

Textualmente: "Este componente contempla la salud mental en su sentido más llano, el de *sanitas*, es decir, el de **las posibilidades y recursos psicológicos y psicosociales** para el **funcionamiento dentro de las vicisitudes y sufrimientos cotidianos actuales y los referidos al curso vital**, para **afrentar situaciones** de gran tensión emocional; diferenciándola de los problemas y trastornos psiquiátricos con los cuales generalmente es suplantada".

La Ley 1616 de 2013

Define la salud mental como un "estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del **comportamiento y la interacción** de manera tal que **permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales** para **transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones** significativas y para contribuir a la comunidad".



Un estar bien individual y colectivo



<http://akifrases.com/frases/imagenes/frase-estar-en-paz-consigo-mismo-es-el-medio-mas-seguro-de-comenzar-a-estarlo-con-los-demais-fray-luis-de-leon-145768.jpg>

De eso trata la salud mental: de estar bien consigo mismo y los demás. Aspectos como la madurez, la felicidad, la normalidad, el autocontrol, el amor, la laboriosidad, la honestidad, la trascendencia, la resiliencia, entre otros, tienen mucho que ver con la evidente repercusión que tendrá en la convivencia con los demás.

¿Con qué se relaciona la salud mental?



<http://saludpasion.com/wp-content/2010/01/salubrimental.jpg>

Tabla 5.14. Significado de salud mental en la población colombiana de 18 a 44 años

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Tener buena salud física, comer, dormir, descansar	47,0	44,8-49,3	46,9	45,0-48,8	47,0	45,5-48,4
Sentirse bien, feliz, en paz con uno mismo	36,2	34-38,4	42,2	40,3-44,1	39,7	38,3-41,1
Superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir	35,1	32,9-37,3	40,7	38,8-42,6	38,4	36,9-39,8
No preocuparse, no estresarse, no sufrir	32,5	30,4-34,6	32,3	30,5-34,1	32,3	31-33,7
Ser productivo, trabajar, estudiar	28,8	26,8-30,9	28,6	26,9-30,3	28,7	27,3- 30,0
Pensar, reflexionar, aprender de la vida	22,5	20,6-24,4	22	20,5-23,7	22,2	21-23,5
Tener todas las comodidades, que no le falte nada	17,4	15,7-19,1	18,3	16,8-19,8	17,9	16,8-19,1
Llevarse bien con los demás, querer y que lo quieran	14,3	12,8-16,0	14,4	13,1-15,8	14,4	13,4-15,4
Divertirse, gozar, disfrutar, vivir la vida	14,0	12,5-15,7	9,7	8,7-10,9	11,5	10,6-12,5
No meterse con nadie y que nadie se meta con uno	11,5	10,1-13,0	10,9	9,7-12,1	11,1	10,2-12,1
Poder hacer siempre lo que se quiere	4,6	3,8-5,7	4,2	3,5-5,0	4,4	3,8-5,0

Nota: si una columna no suma 100%, corresponde al caso en que las opciones de respuesta a la pregunta origen de los datos no eran mutuamente excluyentes.



Tabla 5.15. Significado de salud mental en la población colombiana de 45 años en adelante

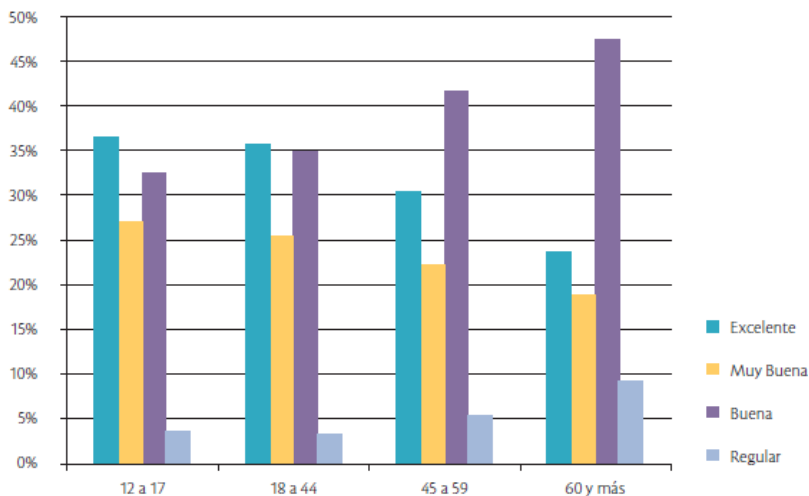
	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Tener buena salud física, comer, dormir, descansar	46,3	43,8-48,9	45,5	43,5-47,6	45,8	44,2-47,4
Sentirse bien, feliz, en paz con uno mismo	39,5	37,1-42,1	42,7	40,6-44,7	41,4	39,9-43,0
Superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir	32,7	30,3-35,1	35,1	33,1-37,1	34,1	32,6-35,7
No preocuparse, no estresarse, no sufrir	29,8	27,5-32,2	31,8	29,9-33,8	31,0	29,5-32,5
Ser productivo, trabajar, estudiar	24,5	22,4-26,8	19,1	17,6-20,8	21,2	20,0-22,6
Tener todas las comodidades, que no le falte nada	22,6	20,5-24,8	19,8	18,2-21,5	20,9	19,6-22,2
Llevarse bien con los demás, querer y que lo quieran	16,2	14,4-18,1	20,8	19,2-22,5	19,0	17,8-20,3
Pensar, reflexionar, aprender de la vida	15,9	14,1-17,9	17,0	15,5-18,6	16,6	15,4-17,8
No meterse con nadie y que nadie se meta con uno	14,4	12,7-16,3	16,1	14,6-17,7	15,4	14,3-16,6
Divertirse, gozar, disfrutar, vivir la vida	9,0	7,6-10,6	10,1	8,9-11,4	9,6	8,7-10,6
Poder hacer siempre lo que se quiere	7,2	6-8,64	5,6	4,7-6,6	6,2	5,5-7,0

Nota: si una columna no suma 100%, corresponde al caso en que las opciones de respuesta a la pregunta origen de los datos no eran mutuamente excluyentes.

En este estudio principalmente con:

1. Tener buena salud física, comer, dormir y descansar.
2. Sentirse feliz y en paz consigo mismo.
3. Superar dificultades y seguir adelante con ganas.
4. No preocuparse, no estresarse, no sufrir.

Cómo se percibe la salud mental por edades



Gráfica 5.7. Percepción del estado de salud mental en la población colombiana de 12 años en adelante

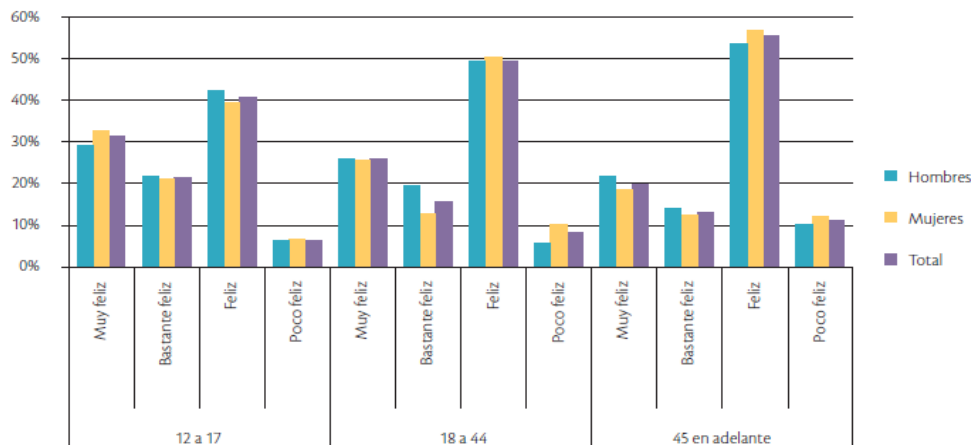
Los padres y cuidadores de niños entre 7 y 11 años perciben con salud mental excelente a la mitad de los niños; como muy buena, un 31 % y buena 18 %. El nivel educativo parece incrementar las percepciones positivas. Entre los 18 y 44 años, los casados se perciben mejor que los solteros, situación que se modifica entre los 44 y más años, donde los separados se perciben mejor. La pobreza no parece modificar la percepción de salud mental. El paso de los años determina una disminución de la buena percepción e incremento de la percepción regular.



La felicidad



<https://principioeconcomenzo.files.wordpress.com/2013/02/felicidad-bienestar-ser-feliz-secreto-de-felicidad-ser-feliz-estar-bien-sintra-bien-equilibrio-como-ser-feliz-claves-de-felicidad.jpg>



Gráfica 5.8. Sentimiento de felicidad en población colombiana de 12 años en adelante

Se observa que la percepción decrece con la edad siendo más notorio en las mujeres. La población, en general, se percibe un poco más feliz ("Muy feliz") en la zona centro y algo menos (del mismo ítem) en la zona Atlántico.

Relaciones niños y cuidadores



<http://www.servi-hogar.com/wp-content/uploads/2011/11/485520.jpg>

El 68 % afirma llevarse muy bien, 2 de 3 dicen disfrutar mucho la compañía de los niños y el 94 % refiere sentir orgullo por el niño. Las personas pobres bajan los porcentajes. 2 de 3 adultos narran cuentos a los niños; los más pobres, pelean más en frente de los niños y existe una mejor relación (según las variables) en la zona Atlántica (la más alta) que en Bogotá (la más baja). Asimismo, se mantiene esa diferencia en lo concerniente a ser más pacientes con los niños.



Las relaciones con los demás



Tabla 1. Porcentaje de satisfacción de relaciones según grupos etarios de población colombiana (Tabla elaborada sin decimales)

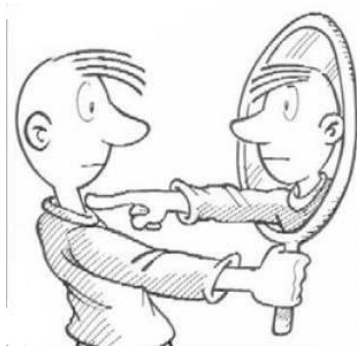
RELACIONES	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 años en adelante
Relaciones con Familia			
Muy satisfecho	44	41	37
Satisfecho	50	53	55
Poco satisfecho		6	7
Relaciones con pareja			
Muy satisfecho	34	39	36
Satisfecho	58	55	56
Poco satisfecho		5	6
Relaciones con amigos			
Muy satisfecho	20	17	14
Satisfecho	72	73	77
Poco satisfecho		9	8
Relaciones con compañeros de trabajo			
Muy satisfecho		16	16
Satisfecho	75	77	77
Poco satisfecho		6	5
Relaciones con compañeros de estudio			
Muy satisfecho	17	21	26
Satisfecho	72	72	71
Poco satisfecho	11	6	
Relaciones con jefes o maestros			
Muy satisfecho	14	19	17
Satisfecho	72	72	74
Poco satisfecho	13	8	7
Relaciones con vecinos			
Muy satisfecho	9	9	10
Satisfecho	65	73	77
Poco satisfecho	23	16	11
Insatisfecho		3	2

Salvo el grupo de 12 a 17 años en donde la relación con la pareja es distinta estadísticamente entre hombre y mujer, los demás grupos y relaciones son similares estadísticamente de acuerdo al sexo. Las personas en condición de pobreza tienen relaciones con porcentajes más bajos. Lo rural versus la urbano, igual. La zona Atlántico tiene porcentajes mayores y Bogotá más bajos.



Comentario de quienes hacemos el resumen: Pareciera que a lo largo de los ciclos vitales, la capacidad de relacionarnos se traslada del círculo más personal (familia y amigos) y pasa a uno más exterior (la percepción muy satisfecha disminuye en la familia y con los amigos y se aumenta con compañeros de trabajo e incluso en relaciones con el jefe y con vecinos). ¿Por qué? ¿Será que la intensidad de esas relaciones más íntimas nos va agotando y sostenemos mejor esas relaciones más distantes?

Formas de ser



En un alto porcentaje las personas tienen autopercepciones deseables, aprecian la vida a pesar de las dificultades, saben disfrutar lo cotidiano, pueden ayudar a los que sufren y saben reírse de sí mismos. Otros aspectos son:

Tabla 2. Porcentaje de percepciones subjetivo relacionales por grupos etarios en población colombiana

LÍNEA SUBJETIVO RELACIONAL	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 años en adelante
Si no logro lo que quiero, insisto, no importa el precio	80	78	80
Si las cosas se ponen feas o difíciles, prefiero olvidarlas	81	79	84
Uno debe resignarse y aceptar las cosas como vienen	67	55	64
Pienso que cada cual debe solucionar su propios problemas	63	59	67
La gente puede hacer lo que quiera, pero yo solo me relaciono con gente parecida a mí	43	36	52
Las únicas personas que me interesan son las de mi familia	37	27	32
La vida me ha vuelto tan duro, que a mí ya no me duele nada	16	21	28
Si alguien me busca pelea, la encuentra	30	23	20

No se observaron diferencias estadísticas por sexo y los pobres tuvieron porcentajes superiores. En Bogotá los porcentajes fueron menores que en el resto de zonas.

Comentario de quienes hacemos el resumen: ¿Cómo interpretar estos hallazgos? ¿Qué implicará insistir en lo que queremos sin importar el precio, pero que, si se ponen difíciles las cosas, procuramos olvidarlas?... ¿será que se trata de un mal fenómeno de adaptación? De hecho 2 de cada 3 no creen que podamos pedir ayuda, que estamos solos y 1 de cada 3 cree que solo importa la familia. Resulta evidente que, a medida que pasa el tiempo, nos volvemos más escépticos (la vida me ha dado tan duro, que ya no creo en nada) y tal parece que con el tiempo, disminuye nuestra agresividad. Vale la pena conocer el cuestionario e identificar cómo se propone la interpretación de las respuestas.



La paz



https://image.freepik.com/iconos-gratis/simbolo-de-la-paz_318-60179.jpg

La paz está asociada con la convivencia social en un 68 %; con el desarrollo social en un 47 %, y en un 34 % con ausencia de violencia. No existe diferencia entre sexos.

Cognición social y reconocimiento de otros



http://www.portalthuarpe.com.ar/medhime20/Talleres/TALLERES%20CUIM/Taller%2011/T1101Cognicion/Navegable/images/hiperactividad_cognitiva.png

“Estudia cómo comprendemos, recordamos y predecimos la conducta social de otras personas”. Se refiere a aspectos distintos a los relacionales, donde se modula la conducta humana social e implica memoria inmediata, planeación, organización de información para toma de decisiones y motivación (funciones ejecutivas).

La cognición social, ¿qué es?

“Es entonces la disciplina que estudia cómo comprendemos, recordamos y predecimos la conducta de otras personas; cómo elaboramos juicios e inferencias a partir de lo que percibimos en los demás, y cómo tomamos decisiones con base en esa información. Además, permite identificar cómo son influenciados dichos procesos por la presencia de los otros (de forma implícita o explícita), nuestra motivación y nuestro estado emocional en cada situación concreta”.



Función ejecutiva



http://www.ibaconsulting.com/services/images/business_planning.jpg

Son procesos mentales reguladores del comportamiento humano, necesarios para la ejecución de actividades, que van desde la intención, dirigida a una meta, y que exigen una constancia (cortical). Implica planear y ejecutar el plan. Asimismo, implica reconocer el logro o el fracaso.

Con qué se asocian estas funciones

Sin duda con la genética, con las experiencias tempranas y claro, con la cultura, lo que sumado, condiciona el actuar y que, con base en las respuestas, se va moldeando.

Cambios en estos aspectos pueden aparecer como espectros de alteraciones mentales, como trastornos autistas, afectivos, o alteraciones de la personalidad.

¿Cómo se mide?

Existen test que miden la capacidad de inhibir respuestas automáticas, cambios reversibles de conducta, abstracciones, y memoria de trabajo. En este estudio se usaron el reconocimiento facial a los estados emocionales y la empatía por el dolor intencional y accidental.

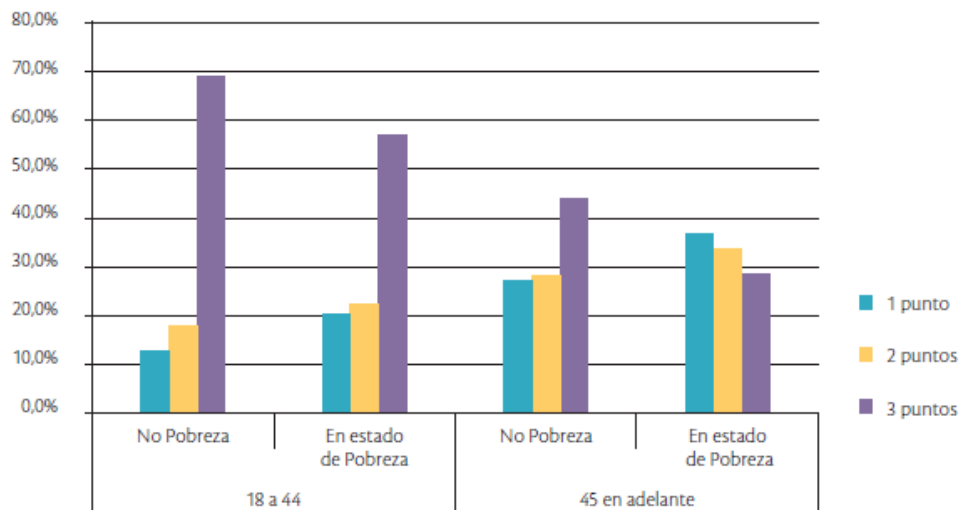
Tabla 5.18. Subpruebas agrupadas en las diferentes funciones evaluadas en el IFS-Ineco

Funciones ejecutivas	Subpruebas (nombre en la base de datos)
Respuestas de inhibición y posibilidad de cambio de procesamiento de respuestas (<i>set-shifting</i> *)	<ul style="list-style-type: none"> • Programación motora (series motoras) • Instrucciones conflictivas • Control inhibitorio motor • Control inhibitorio verbal
Abstracción	Interpretaciones refranes (refrán)
Memoria de trabajo	Recuerdo de dígitos en orden inverso (repetición de dígitos hacia atrás)

*Set-shifting: expresión a menudo utilizada en inglés, y se refiere a una habilidad para cambiar procesamientos durante tareas cognitivas particulares: por ejemplo invertir instrucciones u operaciones mentales en respuesta a la necesidad de un cambio de metas o experiencias del entorno.

Series motoras

Respuestas de inhibición y posibilidad de cambio de procesamiento de respuestas. Los resultados indican que para la población colombiana mayor de 18 años las funciones de coordinación y secuenciación de respuestas motoras simples (series motoras) fueron la instrucción con mayor dificultad (repita esta serie de movimientos... si doy dos golpes absténgase de golpear y si doy un golpe, golpee conmigo”).



Gráfica 5.10. Series motoras en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y situación de pobreza

La gráfica pone de manifiesto los resultados, siendo el mejor puntaje el más alto (3 puntos). La escolaridad más alta tiene relación con el mayor puntaje. Asimismo, pruebas como instrucciones conflictivas, control inhibitorio, son más altos en aquellos que han alcanzado mayor nivel educativo entre 18 y 44 años.

Abstracción

*Al mal tiempo,
buena cara*



<http://ejemplosde.com.mx/wp-content/uploads/2011/04/Refr%C3%A1n-1.jpg>

Se evalúa a través de completar refranes e interpretarlos. El 63 % de la población lo hace, siendo el estudio y la pobreza factores determinantes. En cuanto a la memoria de trabajo (mantener un orden mental) lo hacen mejor las personas de 18 a 44 años y universitarias y que no son pobres.



Empatía



<http://devocionalescristianos.org/wp-content/uploads/2012/10/la-compasion-de-Dios.jpg>

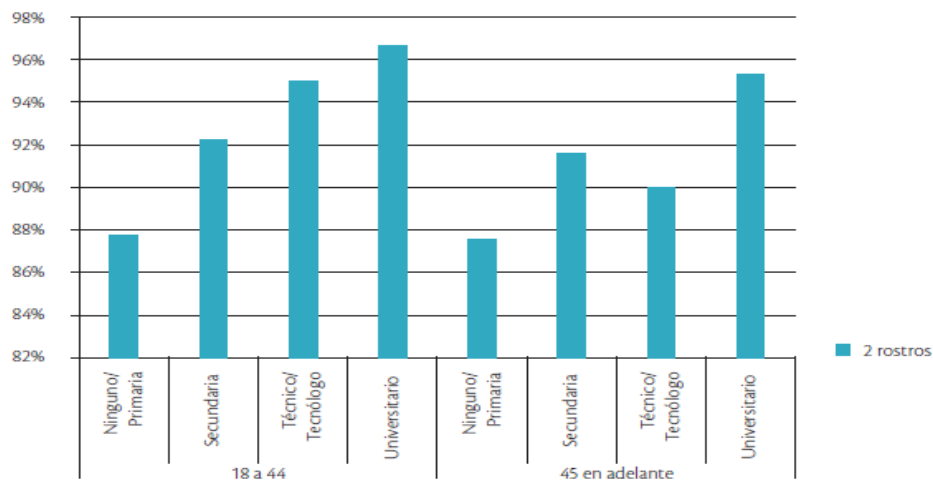
Se mide a través de situaciones de daño, intencionales y accidentales y se evalúa la respuesta del encuestado, así como el castigo que debería recibir el responsable según la acción.

Tabla 5.23. Aspectos afectivos percibidos por la población colombiana de 18 años en adelante

	Tristeza sentida hacia el lastimado				Malestar generado por la situación			
	Intencional		Accidental		Intencional		Accidental	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Nada	17,0	14,7-19,5	17,9	15,4-20,6	15,1	12,9-17,6	20,0	17,4-22,9
Poco	28,9	26,1-31,9	31,5	28,6-34,6	27,6	24,8-30,7	29,6	26,5-32,9
Moderado	29,7	26,9-32,6	33,5	30,3-36,9	29,1	26,4-31,8	34,1	31,1-37,3
Mucho	24,5	22,0-27,0	17,1	15,0-19,5	28,2	25,5-31,0	16,2	14,1-18,6

Reconocimiento de emociones

Se mide poniendo rostros e identificando la emoción que transmiten (tristeza, miedo, alegría, asco, neutros y sorpresa). De acuerdo con los resultados, tenemos dificultad para reconocer el miedo o la tristeza. El estudio pone de manifiesto que la mayoría creemos que el castigo guarda proporción con la gravedad de lo ocasionado, más que con la intencionalidad de quien lo ocasiona. Solo la mitad siente tristeza por la persona lastimada.



Gráfica 5.21. Reconocimiento de los rostros de alegría en población colombiana de 18 años en adelante según nivel educativo alcanzado

Apoyos

Se refiere a los intercambios entre los miembros de una red de relaciones. Se entregan apoyos o transferencias y pueden ser:

- Materiales (dinero, comida, alojamiento).
- Instrumentales (cuidado, labores de hogar, transporte).
- Emocionales (afecto, compañía, reconocimientos, escucha).
- Cognitivos (experiencias, consejos, información).

Capital social



<http://solealatinamerica.files.wordpress.com/2014/08/capital-social.jpg?w=750>

Tiene dos enfoques:

- Uno individual, centrado en la persona y orientado a los apoyos que puede recibir.



- Otro colectivo, referido al abordaje de “todos” hacia los problemas de interés de políticas públicas. Aquí entra el concepto de relaciones del individuo con organizaciones de interés público, denominándose **cohesión social** y contempla aspectos como de comportamientos procívicos.

Preocupante es que el capital social se ha venido disminuyendo desde el 2005 hasta el 2011, con descenso de la mutualidad y la solidaridad, con debilitamiento de la sociedad civil y pérdida del sentido de la comunidad.

Concepción de familia



http://www.abcdelbebe.com/sites/abcdelbebe.com/files/familia_0.jpg

Se distinguen dos: la consanguínea (vínculo de sangre) y la de residencia (comparte hogar). Se analizan bajo dos aspectos: parentesco (unipersonal, nuclear, extenso) y funcionalidad (conyugalidad, reproducción y supervivencia). Lo cierto es que el sistema relacional de la familia tiene una dinámica propia y en constante cambio, relacionándose con distintos sistemas sociales. Por ejemplo, están creciendo las mujeres como cabezas de familia y disminuyendo el número de miembros de la familia, así como una disminución de los apoyos según avanza el ciclo vital.

El capital social se establece entre las personas con las que se mantiene el vínculo más fuerte (presencial y cotidiano). Las mujeres tienen una mayor exigencia en tal sentido.

La familia, si bien es promotora de la salud mental, también lo puede ser de tensiones y trastornos mentales. Un ejemplo es cómo casi el 40 % de los cuidadores de personas con demencia desarrollan depresión y ansiedad crónica.

Apoyo en dificultades por grupo de edad

No se observan diferencias significativas entre los hombres y las mujeres, salvo en lo referido a la religión donde las mujeres los perciben en todos los grupos de edad, más que los hombres. Los pobres perciben menos apoyo. La percepción de recibir apoyo cuando se necesita, se va disminuyendo en la medida que pasan los años. La familia es el principal apoyo.



Tabla 3. Porcentaje de apoyo percibido en los distintos grupos de edad de la población colombiana, 2015

APOYO	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 o más años
Apoyo con dificultades y problemas				
Siempre	36	27	26	26
Casi siempre	18	15	15	13
Algunas veces	37	47	43	29
Nunca	9	14	16	22
Apoyo con gastos en imprevistos y catástrofes				
Siempre	43	24	26	26
Casi siempre	17	17	14	14
Algunas veces	33	49	46	43
Nunca	7	10	14	18
Persona a quien pide ayuda				
Miembros de la familia	94	81	77	84
Amigos	19	21	17	17
Vecinos		6		10
Pareja		32	34	24
Compañero de trabajo		6	5	
Mucha importancia de la religión en la vida	64	68	77	80

Comentario de quienes hacemos el resumen: Interesantes es observar cómo el paso de los años hace que se vaya disminuyendo la percepción de ayuda. Cuanto más jóvenes, percibimos más fácil el obtener ayuda (y cuanto más pasan los años creemos menos probable que nos ayuden). La familia es nuestra principal fuente de apoyo.

Resultados del APGAR Familiar

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

M.E.P.

<https://miespacioresiliente.files.wordpress.com/2015/01/apgar-familiar-adultos.png>



Tabla 4. Porcentaje de percepción del APGAR familiar en los distintos grupos de edad de la población colombiana, 2015

RESULTADOS DEL APGAR FAMILIAR	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 59 años
Algún grado de disfunción	31	34	34
Disfunción leve	20	19	18
Disfunción moderada	7	10	9
Disfunción severa		5	7

La tabla muestra los porcentajes de la percepción de la disfunción familiar. Quiere ello decir que los porcentajes faltantes son de buena y muy buena función familiar. Una vez más, en la pobreza se refleja un mayor grado de disfunción familiar. No existe diferencia estadística entre las mujeres y los hombres.

Malos para participación y poca confianza



<http://conceptodefinicion.de/wp-content/uploads/2015/08/participacion.jpg>

Más de la mitad de los colombianos de todas las edades NO participan en ningún tipo de actividad comunitaria. De los que lo hacen, las mujeres lo hacen menos. Si la escolaridad sube, la participación también.

Tabla 5. Porcentaje de participación y confianza por grupos etarios en población colombiana

PARTICIPACIÓN Y CONFIANZA	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 o más años
No participa en grupos	54	65	61	60
Permite que alguien de su familia participe en beneficio de la comunidad	40	40	44	44
Tiene confianza en la mayoría de sus vecinos	53	50	60	67
Cree que le devolverían la billetera si la perdiera	28	30	29	28

Las mujeres participan menos que los hombres y el nivel de escolaridad la aumenta. Los pobres tienen más confianza en sus vecinos.

Comentario de quienes hacemos el resumen: Reconociendo que nos hace falta poder revisar cómo estas percepciones están en otras partes, nos parece preocupante que la tendencia es a participar menos en lo colectivo. ¿Será reflejo de que no creemos en la fuerza de unirnos? Sin duda es otro tema interesante a profundizar pues, parte de la solución de los problemas sociales que nos agobian, está en unirnos colectivamente para enfrentarlos.



Percepciones de discriminación



Tabla 6. Porcentaje de rechazo y discriminación por grupos etarios en población colombiana

DISCRIMINACIÓN	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 o más años
Ha percibido rechazo	12	20	21	15
En dónde:				
En la familia		26		
En la escuela	68	26		
En el trabajo		25	34	31
En la calle		25	19	
En el vecindario		10		
Por qué lo han discriminado				
Etnia o raza		11		
Estrato socioeconómico		21	27	
Otro motivo	45	40	34	32

Salvo en el rechazo de la familia, siendo más alta la percepción en la mujer del grupo de 18 a 44 años y, en el hombre en la percepción del trabajo en el grupo de mayores de 60 años, no se observan diferencias entre sexos en las demás variables.

Las principales causas para discriminación son la discapacidad física, la pobreza y la etnia. El trabajo, colegio y la familia misma son los espacios donde se hace evidente.

A quién no queremos de vecino



El mayor rechazo es hacia las personas con adicciones, seguido hacia desmovilizados y personas con enfermedades infectocontagiosas. Religiones diferentes, ser de otros países o diferencias sexuales no generan tanto rechazo.



SALUD MENTAL Y SUFRIMIENTO EMOCIONAL



De qué estamos hablando

Se refiere a la forma como las personas afrontan las situaciones que sus vidas les deparan. Existen momentos difíciles esperados (por así decirlo, normales en la vida) y otros inesperados, y unos y otros desencadenan sufrimiento y la necesidad de adaptarse. Evidentemente existen situaciones, unas vitales (matrimonio, empleo) y otras adversas (abandono o muerte), las que, si se presentan en los momentos más tempranos de la vida de las personas, podrán dejar huellas más profundas en su desarrollo mental.

Situaciones adversas

Sin duda lo malo referido a la familia y en la infancia es muy relevante. La ausencia de padres, particularmente, el maltrato o el abuso y la exposición a la violencia de conflictos armados, impacta muchísimo a quienes los padecen.

Tabla 5.30. Eventos vitales según sexo. Estudio Salud mental Medellín 2011-2012

Evento vital	Total (%)	F (%)	M (%)
La muerte de un amigo cercano o de un familiar de segundo grado (tíos, primos o abuelos)	14,8	14,3	15,5
Crisis financiera grave o problemas económicos importantes	14,7	14,6	14,8
Ha estado desempleado o buscando trabajo durante más de un mes, sin éxito	14,4	12,7	16,7
Alguna enfermedad o herida grave en algún familiar cercano	11,1	11,9	10,1
Alguna enfermedad, herida o agresión grave	7,1	5,2	9,7
La ruptura de una relación muy estrecha con alguien muy cercano	5,4	5,7	5,0
La muerte de un familiar de primer grado (pareja, padres, hermanos o hijos)	5,1	5,7	4,2
Problemas serios en su relación con un amigo cercano, vecino o familiar	4,9	5,3	4,3
El divorcio o separación de su pareja por problemas de convivencia	4,1	3,7	4,5
Pérdida o robo de algo que considera de mucho valor	4,1	3,3	5,2
Ha sido despedido de su trabajo	2,5	2,3	2,9
Problemas con la policía o legales de otro tipo	1,3	0,6	2,3
Alguna otra circunstancia que le haya sucedido	0,9	0,9	0,8

Fuente: a partir de Galvis Y, editor. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín 2011-2012. Medellín: Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad CES, Secretaría de Salud de Medellín; 2012.



Un reflejo: lo que ponemos a hacer a los niños



<http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/s2682s/p069.gif>

El Estudio de Salud Mental de Medellín 2011 y 2012, pone en evidencia cómo a cerca del 12 % de los niños se le asignan tareas peligrosas, se les deja solos en un 7 %, se les priva de elementos necesarios en un 4 % (se les hace pasar hambre) y a un 7 % no se les ofrece los tratamientos médicos cuando los necesitan. Otra vez, a la mujer se le expone más que los hombres.

Hogares separados



http://www.abc.es/Media/201409/13/Fotolia_53026732_Subscription_Monthly_M_xoptimizadax-478x270.jpg

En las separaciones, el padre es el ausente del hogar en 2 de 3 casos y, asimismo, 2 de 3 de los hijos mantiene relaciones personales con el progenitor ausente. El 60 % de los padres separados ayuda a sus hijos, en tanto que el 80 % de las madres lo hace. Cuanto más pobres, menos apoyo.



Cambios importantes en los ciclos vitales

Tabla 5.32. Eventos críticos en los últimos 12 meses

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
12 a 17 años						
Su familia ha tenido algún problema grave en los últimos 12 meses	11,5	9,2-14,2	14,2	11,7-17,1	12,8	11,1-14,8
Ha tenido algún problema serio de salud o un accidente	6,6	4,9-8,9	6,1	4,5-8,2	6,4	5,2-7,8
Se ha enfermado o muerto algún miembro de su familia o alguien muy cercano a usted	25,2	21,9-28,7	25,2	22,1-28,6	25,2	22,9-27,6
Ha tenido un cambio importante en su vida	26,5	23,3-30,0	33,1	29,6-36,8	29,8	27,4-32,4
Adultos (18 a 44 años)						
Se ha divorciado o separado	7,9	6,8-9,3	12,3	11,0-13,6	10,5	9,6-11,4
Ha perdido el trabajo o se ha jubilado	11,8	10,4-13,4	7,4	6,5-8,5	9,3	8,5-10,2
Ha tenido problemas económicos graves	24,8	22,8-26,8	24,7	23,1-26,4	24,7	23,5-26,0
Su familia ha tenido algún problema grave en los últimos 12 meses	13,1	11,6-14,7	13,8	12,5-15,2	13,5	12,5-14,5
Ha tenido algún problema serio de salud o un accidente	7,9	6,8-9,2	7,9	6,9-9,0	7,9	7,2-8,8
Se ha enfermado o muerto algún miembro de su familia o alguien muy cercano a usted	21,1	19,3-23,0	26,1	24,4-27,8	24,0	22,8-25,3
Ha tenido un cambio importante en su vida	30,3	28,2-32,4	33,6	31,8-35,4	32,2	30,9-33,6
45 años en adelante						
Se ha divorciado o separado	10,7	9,2-12,4	8,6	7,5-9,9	9,4	8,5-10,4
Ha perdido el trabajo o se ha jubilado	9,9	8,5-11,6	5,1	4,3-6,1	7,0	6,2-7,9
Ha tenido problemas económicos graves	24,8	22,7-27,1	24,4	22,6-26,2	24,5	23,2-26,0
Su familia ha tenido algún problema grave en los últimos 12 meses	10,3	8,9-11,9	12,9	11,6-14,4	11,9	10,9-13,0
Ha tenido algún problema serio de salud o un accidente	15,4	13,6-17,4	13,8	12,5-15,3	14,5	13,4-15,6
Se ha muerto su esposo(a), su pareja o su compañero(a) sentimental	1,8	1,2-2,6	2,4	1,8-3,1	2,1	1,7-2,7
Se ha enfermado o muerto algún miembro de su familia o alguien muy cercano a usted	25,9	23,7-28,2	26,0	24,3-27,9	26,0	24,6-27,4
Ha tenido un cambio importante en su vida	16,0	14,2-18,0	16,5	15,0-18,1	16,3	15,2-17,5

Nota: no se presenta la información "Se ha muerto su esposo(a), su pareja o su compañero(a) sentimental", porque los estimadores son imprecisos.

Cómo fue la infancia en torno a la familia



<http://orinda.uar.com/psicopedagogia/imagenes/La%20Infancia.jpg>



Tabla 7. Porcentaje de eventos críticos en la infancia en los distintos grupos de edad de la población colombiana, 2015

EVENTOS CRÍTICOS EN INFANCIA	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 59 años
Vivió con sus padres	54	60	63
Expresión afectiva continua (siempre)	76	69	62
Expresión afectiva continua (a veces)	9	11	14
Le permitían jugar y divertirse (siempre)	80	73	61
Le permitían jugar y divertirse (casi nunca)	3	7	6
Identificación de maltrato (nunca)	72	60	48
No le impusieron asumir el cuidado de hermanos u otros	73	66	54
No le tocaba trabajar para ayudar a la familia	92	77	59
Vivió muchas dificultades (nunca)	81	72	48
Tenía para comer en el hogar (siempre)	88	79	72
Vivió temporalmente en la calle	2,5	3,1	2,5
Sufrió accidente o enfermedad grave	17	16	14

Como se observa, la infancia ha sido más protegida en la medida que el tiempo pasa. Cerca de 1 de 3 en todas las edades mencionó haber tenido una pérdida cercana. Sin embargo, un poco más de la mitad de las personas no ha vivido con sus dos padres.

Comentario de quienes hacemos el resumen: Tal parece que se expresa más el afecto en los grupos más jóvenes, asimismo, resulta evidente que se está protegiendo más la infancia en dichos grupos. De seguro esta protección es el resultado de los cambios en el país (estamos mejorando).

VIOLENCIA

Definición



<https://akantilado.files.wordpress.com/2011/08/violencia.jpg>

Según la OMS es “el uso intencional de la fuerza física o el poder, real o por amenaza, contra la persona misma, contra otra persona, o contra un grupo o comunidad que puede resultar en o tiene alta probabilidad de resultar en muerte, lesión, daño psicológico, problemas de desarrollo o deprivaciones”.



Clasificaciones

1. Autoinfligida.
 - 1.1. Conducta suicida.
 - 1.2. Maltrato autoinfligido.
2. Interpersonal.
 - 2.1. Intrafamiliar.
 - 2.2. Ejercida contra otro miembro de la comunidad.
3. Colectiva.
 - 3.1. Social (crimen, pandillas, etc.).
 - 3.2. Política (asociada a conflictos armados).
 - 3.3. Económica (imposibilidad de acceso a condiciones mínimas de subsistencia).

Otra clasificación es por la naturaleza del acto violento, como física, sexual y psicológica.

Factores asociados



https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRa2Hu2IjhZyTCoTFF_T_af468u_p-yrtHszDvB2wwJrV4jxdJw

Muchos factores pueden influir en la violencia. Por ejemplo, y desde lo económico, el incremento del cociente de Gini (más puntaje, más desigualdad) se correlaciona con un incremento de 1,5 % en la tasa de homicidios, 2,6 % en robos, con tendencia a incrementarse si la desigualdad tiende a mantenerse. Claro, la falta de acceso a la educación, el desplazamiento y el exceso demográfico tienden a reproducir violencia.

¡La familia!

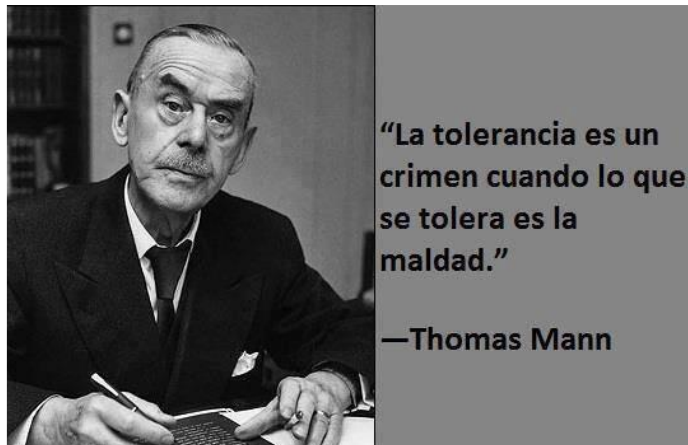
¡Qué factor tan importante! Cuando en ella se replican modelos perversos no solo se vive con máxima intensidad sino que tiende a reproducirse.

Lo cierto

Más de un millón de personas mueren anualmente por esta causa (la violencia) y muchos más sufren sus consecuencias. Se calcula que un 15 % del PIB de Latinoamérica se invierte para atender casos de violencia. A Colombia le cuesta un 4 % del PIB la violencia intrafamiliar. Existe una clara relación entre violencia y deterioro franco de la salud mental.



Una consecuencia terrible



<http://1.bp.blogspot.com/-jXQjrglhGEI/U11ReVauQnI/AAAAAAAAOUk/JOsMGAvsXAY/s1600/indiferenciaaa.png>

Un fenómeno que se está presenciando en Colombia es la deshumanización en torno a la violencia. Por ejemplo dado que el desplazamiento en zonas de guerra ocurre en escenarios distantes de donde conviven la mayoría, se empieza a percibir como algo muy lejano y a sentir muy poco hacia este fenómeno. Se ha denominado la banalidad del desplazamiento.

Lo cierto es que se calcula que un 10 % de la población se ha visto en situación de desplazamiento por el conflicto, que 1 de 3 colombianos tiene comportamientos violentos, que 1 de 4 considera válida la venganza violenta y, que cerca de un 8 % de la población, ha “jugado” a la guerra.

Tabla 5.33. Incidencia de eventos violentos no interpersonales según Informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para el año 2013 (84)

Eventos violentos	Tasa × 100.000 habitantes
Homicidios	30,33
Violencia interpersonal física (persona de la comunidad distinta a la familia)	337,00
Violencia familiar	144,80
Violencia sexual	44,01

Violencia intrafamiliar

Se empezó a reconocer desde la década de los años setenta en Colombia. Se ha calculado que puede estar presente en cerca de la mitad de los hogares y se expresa como:

- Violencia conyugal (presente en un 66 %).
- Violencia infantil (presente en un 14 %).
- Violencia contra ancianos (2 %).



http://www.noticiasidias.com/imagenes/7426-siete-años-el-dilema-de-la-violencia-contra-la-mujer_7426.jpg

Distribución

El hombre genera más la violencia que la mujer. En la zona del Pacífico los niños usan más patrones violentos (39 %) que en Bogotá (27 %) donde existe más violencia intrafamiliar que en el Pacífico.

Tabla 8. Porcentaje de exposición a violencia en los distintos grupos de edad de la población colombiana, 2015

VARIABLE	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 59 años
EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA			
Experiencia de violencia intrafamiliar		8	6
Violencia psicológica		56	70
Violencia física		70	76
Violencia sexual		25	26
Desplazamiento (última vez)	13	14	12
COMPORTEMIENTOS			
Aceptación de retaliación como medio de enseñanza		11	6
Aceptación de violencia como medio de enseñanza		30	22
Aceptación de violencia como medio para conseguir respeto o mediar problemas		4	5
Violencia física entre padres durante la infancia		18	21
Aceptación de agresión física entre compañeros de escuela		18	13
Aceptación de agresión física de los profesores de escuela		7	13
Experiencia de violencia escolar		21	20

El 29 % de los jóvenes entre 7 y 11 años ha estado expuesto a algún evento traumático. Para la tabla no fue posible conseguir el resto de los datos en la población adolescente, aun así, las cifras de los encuestados son notorias.

En la población de 7 a 11 años, un 11 % ha estado expuesto al desplazamiento. 1 de 3 presenta comportamientos violentos y un 2 % tiene comportamientos de retaliación violenta. 1 de 6 practica juegos violentos y un 8 % participa en juegos relacionados con la guerra. La zona Pacífica es donde más se ve y Bogotá donde menos.



DE TODO ESTO Y HASTA ACÁ



<http://m1.paperblog.com/f/67/672736/actitud-mental-positiva-L-578Ps9.jpeg>

Los colombianos tendemos a evaluar muy bien nuestra salud mental. La escolaridad mejora tal percepción positiva. La pobreza disminuye la percepción de estar muy bien. En general, la percepción de felicidad tiende a disminuirse con los años. En los pobres, las mujeres tienden a sentirse menos felices que los hombres. La religión empieza a volverse más importante en proporción a los años.



https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQmFl_td2GwEpkfYvUGBY8zb7y5OZJ9su09HaPo8Kd3bExYnTU

En general, los adultos establecen buenas relaciones con los niños. La zona Atlántica tiende a relacionarse mejor que la de Bogotá. Sin embargo, al ver las cifras de comportamientos violentos, se considera que los colombianos pensamos más con el deseo y así lo expresamos. Tenemos cierto retraso en las funciones de planeación (cognitivas complejas), tal vez por la relación con la escolaridad y la pobreza. En torno a los juicios morales, al parecer tenemos cierta dificultad para diferenciar lo accidental de lo intencional. No somos buenos expresando miedo, asco o tristeza.

De los apoyos

Resulta evidente cómo van cambiando en la medida que pasan los años. La familia es el principal y más poderoso apoyo en todas las edades. De ahí la importancia de intervenir en los casos de disfunción severa, pues es mucho lo que el ser humano pierde cuando pierde a su familia.



<http://www.clubcoccole.com/wp-content/uploads/apoyo-familiar.jpg>

Resulta muy evidente cómo los colombianos participamos poco, lo que refleja una pérdida de capital social importante, siendo el período crítico de 2003 a 2011.

El principal rechazo es hacia los drogadictos, tal vez por las situaciones colaterales que con ellos se generan (robos, enfermedades, etc.).

En torno a eventos críticos en infancia

Resulta evidente cómo la dinámica familiar está cambiando. Solo la mitad de los colombianos mantienen su hogar original. Los padres varones son los grandes ausentes, la muerte de alguien cercano está presente en la infancia, y las niñas con más frecuencia de se ven obligadas a asumir roles de adulto en torno al cuidado.

La pobreza



http://pool.hesperian.org/w/images/thumb/7/7f/WWHND10_Ch1_Page_6-1.png/400px-WWHND10_Ch1_Page_6-1.png

Se ha confirmado su repercusión e impacto, haciendo notorio las diferencias cuando no existe.



Algo valioso



<https://userscontent2.emaze.com/images/604d2d11-efc3-43ad-84f0-b2347df003fc/e46dfda8-8ef2-4f47-adcd-d1129673e15f.jpg>

Este trabajo se ha elaborado con base en el Plan Nacional de Salud Pública y ha querido abordar determinantes sociales, lo que por cierto ha quedado bien manifiesto hasta ahora en lo atinente a la pobreza.

Los colombianos somos inmediatistas y se aprecia la vida a pesar de las dificultades. En torno a funciones cognitivas así como en aspectos sociales, los más jóvenes parecen marcar mejores resultados. El estudio marca notorias diferencias en cuanto a lo cognitivo en los jóvenes y claro, con la escolaridad. En los jóvenes la alegría es la emoción que se percibe más y las negativas tienden a identificarse menos. Los apoyos disminuyen conforme pasan los años. Tenemos retraso en la participación y las mujeres son más excluidas que los hombres.

Aspectos para pensar



<http://1.bp.blogspot.com/-QFAk9m2Zywo/UuNfOjGrzBI/AAAAAAAAAIs/QWdQqJqVz4/s1600/hum1.png>

Analizan los autores que existe en los encuestados ante los propósitos que se imponen, “un esfuerzo por responder pensando con el deseo para adecuarse a las características esperadas y deseables en las interacciones con los otros, alternativa que puede actuar también para acomodarse ante las realidades difíciles. Pero, esas representaciones ideales se resquebrajan por distintas vías, la primera con los intentos por transformar la situación y obtener lo que se pretende sin importar las consecuencias y a todo costo; la segunda, inmovilizando las posibilidades de cambiar el pensamiento y la acción, estableciendo una distancia emocional a través de la resignación, el olvido y la indiferencia. El desconocimiento de estas fracturas limita el examen crítico de las posibilidades y limitaciones propias, y de las transformaciones individuales y colectivas requeridas”.



Recomendaciones

la mejor inversión...



http://apoyo.saludestudiantil.ucc.c/contendos/7780_saludmental_campana.jpg

- ✎ Incluir la salud mental en la vida de los colombianos.
- ✎ No hay duda de que si se quiere ampliar la salud como bienestar biopsicosocial, hemos de incluir todos estos aspectos en todos los planes y se debe comenzar en la infancia.
- ✎ Se debe hacer esfuerzos para que los colombianos nos volvamos incluyentes, es decir, que adquiramos la habilidad de pensar en los otros.
- ✎ Se debe entrar a intervenir en torno a la violencia (máximo depredador social y potencialmente prevenible).
- ✎ Se deberán profundizar muchos aspectos de la encuesta, pero sin duda este esfuerzo ofrece un muy buen punto de arranque.



PROBLEMAS DE SALUD MENTAL



http://noticias.universia.pr/pr/images/universia/s/sa/sal/salud_mental_universiapr.jpg

De qué estamos hablando cuando nos referimos a un problema de salud mental

Se describe así, cuando existen manifestaciones que no alcanzan a ser un trastorno psiquiátrico, siendo más bien, problemas que potencialmente se pueden corregir.

En los niños



<http://www.antena3.com/clipping/2012/04/16/00290/31.jpg>

¿Cómo sospechar en los niños problemas de salud mental?

Por la presencia de manifestaciones que de una u otra forma alteran su cotidianidad o sus capacidades de afrontamiento. Manifestaciones como lenguaje anormal, pesadillas, comportamientos no esperados (robar) o ser asustadizo, pueden ser expresiones de algún grado de sufrimiento del niño. Con tal fin se está usando un cuestionario especial (el RQC, Cuestionario de Síntomas para Niños).



Hallazgos

Tabla 9. Porcentaje de manifestaciones del cuestionario RQC hallados en el 2015 y previo (en desplazados) en niños de 7 a 11 años de población colombiana

SÍNTOMAS EN NIÑOS	2015	Previo
Lenguaje anormal	20	19
Dormir mal	6	13
Caídas al suelo sin razón	3	9
Dolores de cabeza	10	36
Haber huído de la casa		3
Haber robado cosas de la casa	2	5
Asustarse o ponerse nervioso sin razón	12	34
Parecer retardado para aprender	7	21
Jugar poco con otros niños	10	28
Orinarse o defecar en la ropa	2	6

La tabla pone de manifiesto la prevalencia de las manifestaciones encontradas y las halladas en estudios previos en población desplazada.

Este estudio expone, asimismo, que:

- Al menos el 44 % de los niños entre 7 a 11 años presentan alguna manifestación.
- Dos o más manifestaciones el 17 %.
- Tres o más el 7 %.

Lo anterior es importante pues cuantas más manifestaciones, la probabilidad de presentar un trastorno mental más adelante se incrementa.

Dificultades para aprender



Asimismo, otra manifestación es la dificultad para aprender en los niños. Dificultades para leer y entender están presentes en un 21 %; para aprender matemáticas en un 19 % y, para fijar o mantener la atención, en un 16 %. Si las tres manifestaciones están presentes, la posibilidad de que el niño presente algún retardo mental se incrementa. La prevalencia de esta afección es de 1,6 %.



Otras manifestaciones

Tabla 5.42. Otros síntomas mentales en población infantil de 7 a 11 años según sexo en Colombia

Otros síntomas	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Problemas para aprender matemáticas	17,7	15,0-20,8	21,1	18,1-24,4	19,4	17,3-21,6
Problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse	17,1	14,5-20,1	14,7	12,0-17,8	15,9	14,0-18,0
Problemas para aprender a leer o escribir	15,6	12,8-18,8	10,6	8,6-13,0	13,1	11,3-15,0
Quejas repetidas de dolores de estómago, extremidades, de mareos, ganas de vomitar u otras dolencias sin explicación médica	8,3	6,5-10,6	9,1	7,2-11,6	8,73	7,33-10,4
Comer en exceso	9,7	7,7-12,1	6,6	4,9-8,9	8,2	6,8-9,7
Comer muy poco	6,7	5,1-8,81	9,3	7,2-11,9	8,04	6,67-9,66
Dificultad para seguir normas, límites o respetar figuras de autoridad	10,0	7,9-12,5	5,9	4,5-7,7	7,9	6,6-9,4
Haber sido víctima de abusos o maltrato, físico o psicológico, por compañeros de la escuela	7,1	5,5-9,1	6,2	4,7-8,3	6,7	5,5-8,0
Molestar o agredir repetidamente a otros niño	7,8	5,9-10,1	*	*	5,3	4,2-6,8
Dificultad en hacer amigos de su misma edad	4,4	3,1-6,2	4,8	3,3-6,8	4,6	3,5-5,9
Permanecer solo	*	*	*	*	4,5	3,3-6
Negarse a ir a la escuela	5,7	4,1-7,9	2,7	1,9-3,9	4,2	3,3-5,4
Cambio de institución escolar más de 3 veces	*	*	*	*	3,1	2,3-4,2
Comportamientos extraños	*	*	*	*	2,0	1,3-2,9

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un CVE mayor al 20%.

La tabla pone en evidencia otras manifestaciones. Como se observa, se indaga sobre cómo se come para ver si se puede empezar a identificar trastornos en la forma de comer, aspecto importante dado el incremento que se ha venido presentando hoy en día; asimismo, preguntas que sirvan para ver más adelante la presencia de trastornos fóbicos o acerca de acoso escolar o de futuros trastornos de ansiedad.

Consumo de sustancias psicoactivas



http://www.vanguardia.com/sites/default/files/imagecache/Noticia_600x400/foto_grandes_400x300_noticia/2012/12/17/web_j60330002_bi8_1P.jpg

Aceptando que hacen falta más estudios en general, el informe reconoce la ausencia de estudios en menores de 11 años. En 2011 se encontró que la prevalencia de haber probado sustancias psicoactivas en población de 11 y 12 años en 2011 era así:



- Alcohol: 20 %.
- Cigarrillo: 3 %.
- Cualquier sustancia ilícita: 3 %.
 - Pegantes o solventes: 1,3 %.
 - Marihuana: 1,2 %.
 - Dick: 0,8 %.
 - Cocaína: 0,4 %.
 - Bazuco y éxtasis, 0,3 % respectivamente.
 - Tranquilizantes: 0,1 %.

EXPOSICIÓN AL TRAUMA PSICOLÓGICO



<http://cdn01.am.infobae.com/adjuntos/163/imagenes/013/283/0013283139.jpg>

En torno a exposiciones de los niños a eventos traumáticos

Una vez más, las situaciones traumáticas dejan huellas. Por supuesto que los trastornos de estrés postraumático se presentan con mucha frecuencia. Al respecto, se indagó por manifestaciones que pueden desembocar en tal situación en el desarrollo del niño.

El conflicto

En la década pasada se expuso al menos a 2 millones de niños a ser víctimas, cuatro millones heridos y al menos un millón quedó separado de algún miembro de su familia. Lo cierto es que se considera que al menos el 70 % de los niños expuestos al conflicto armado necesitan ayuda psicológica. Se ha calculado que casi 1 de cada 4 niños expuestos al conflicto queda con trastornos de estrés postraumático.

Prevalencia

Entre los niños de 7 a 11 años, al menos 1 de 8 ha estado expuesto a un evento traumático.



Tabla 5.48. Prevalencia de síntomas en población infantil entre 7 y 11 años en Colombia

Síntomas presentes en los últimos 12 meses	%	Total IC95 %
Estar más prevenido o alerta frente a lo que ocurre a su alrededor	20,0	15,5-25,5
Pensamientos o imágenes molestas acerca del evento	14,1	10,4-19,4
Evitar hablar o expresar sentimientos acerca del evento	12,7	8,9-17,7
Reaccionar con molestia, temeroso, irritable, triste, bravo o con culpa, cuando alguien o algo le recuerda el evento	12,3	8,8-17
Tener ataques de ira o pataletas a causa de situaciones sin importancia o sin ninguna provocación	11,2	7,7-15,9
Sueños malos o pesadillas más a menudo	10,6	7,4-15
Evitar actividades, personas o lugares que le recuerden el evento	10,5	7,3-15
Tener problemas para concentrarse	10,3	6,9-14,9
Se sobresalta o se siente nervioso con facilidad	8,8	6-12,9

La tabla permite observar las manifestaciones más frecuentes producto de la exposición al trauma psicológico. Cuantas más manifestaciones estén presentes, mayor la posibilidad de tener un trauma postestrés.

Hacia dónde dirigir esfuerzos

Dadas las consecuencias y huellas que pueden quedar de la exposición traumática, y dado el alto número de niños expuestos, los esfuerzos pueden encaminarse a preparar a personal no solo sanitario, sino también a maestros para que den orientación mental. Integrar esfuerzos de distintos sectores parece ser el único camino lógico a seguir. ¡Ojo!... preparar mejor al personal sanitario, preparar a los maestros e integrarlos es la propuesta y, ello es, hacer Atención Primaria en Salud.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS



<http://cdn3.uvnimg.com/dims4/default/4205328/2147483647/resize/792x%3E/quality/95/?url=http%3A%2F%2Fcdn1.uvnimg.com%2F41%2F05%2F29b004814d03b7c45040fbd87e5%2F031f2ae20148480aba2b516bc77949fa>

De qué estamos hablando

Ciertamente la adolescencia es una etapa en la cual, por los cambios que se presentan, surgen diversas manifestaciones que pueden clasificarse como problemas de salud mental (sin ser trastornos). En la adultez, el factor económico se vuelve relevante. Por supuesto que como haya sido la infancia será clave en la forma de reaccionar ante la vida en estas edades.



¿Cómo se evaluó?



<http://1.bp.blogspot.com/-Rqc2hinVhZk/VWRP9ysahq/AAAAAAAAAPQ/nzMORPUr120/s1600/encuesta.jpg>

Se utilizó el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ) diseñado por la OMS, instrumento ideal de tamizaje. Tiene un bloque de preguntas para identificar ansiedad y depresión; otro para ver psicopatías y uno más para identificar epilepsia.

Hallazgos

Tabla 10. Porcentaje de presencia de manifestaciones indicadoras de enfermedad mental en los distintos grupos de edad de la población colombiana, 2015

SRQ COMO INDICADOR DE ENFERMEDAD MENTAL	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 59 años
SRQ positivo para algún trastorno	12	10	11
SRQ ansiedad			
Ningún síntoma	47	49	45
Número bajo de síntomas	37	31	32
Número medio de síntomas	12	12	14
Número alto de síntomas	4	5	10
SRQ depresión			
Ningún síntoma	80	80	
Número bajo de síntomas	16	16	72
Número medio de síntomas	4	4	19
Número alto de síntomas			9
SRQ psicosis			
Uno de dos síntomas indicador de proceso positivo	10	7	7
SRQ epilepsia			
Un síntoma indicador o sugestivo	2	1	1

Es interesante es ver cómo tan solo uno de cada 10 colombianos (del 10 al 12 %) está por completo libre de síntomas. Casi la mitad de los colombianos están libres de la ansiedad y la depresión aumenta a partir de los 44 años. En los datos sombreados con color azul se encontraron mayores prevalencias en los hombres.



Los síntomas



http://cdn.vidaysalud.com/wp-content/uploads/iStock_000004902238XSmall_Juan-Estey.jpg

Tabla 11. Porcentaje de frecuencias de manifestaciones mentales en la adolescencia y adultez en la población colombiana

SÍNTOMAS MENTALES	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 59 años
Sufre dolor de cabeza frecuente	21	24	18
Tiene poco apetito	13	10	9
Duerme mal	7	13	20
Se asusta con facilidad	25	23	24
Sufre de temblor en las manos	6	6	7
Se siente nervioso, tenso, aburrido	14	15	17
Sufre de mala digestión	5	10	10
Tiene problemas para pensar con claridad	9	8	11
Se siente triste	10	14	19
Llora con frecuencia	10	10	12
Tiene dificultades para disfrutar las actividades diarias	5	5	10
Tiene dificultades para la toma de decisiones	13	10	10
Tiene dificultades para hacer su trabajo	4	3	9
Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida	2	2	4
Ha perdido el interés por las cosas	10	8	10
Siente que es una persona inútil	3	2	4
Ha tenido la idea de acabar con su vida	6	7	7
Se siente cansado todo el tiempo	6	7	14
Tiene sensaciones desagradables en su estómago	4	7	9
Se cansa con facilidad	13	12	24
Siente que alguien quiere herirlo de alguna forma	16	23	20
Usted es mucho más importante de lo que los demás piensan	47	51	45
Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos	6	3	4
Oye voces sin saber de dónde vienen y que los demás no pueden oír	6	6	4
Ha tenido convulsiones o ataques	2	1	1



En general, las mujeres tienen más altas prevalencias que los hombres (en las variables, de la tabla anterior, con datos en rosado). Al parecer, con los años el sueño se va alterando y transformando en un indicador de problemas mentales, la tristeza se va incrementando, el cansancio empieza a invadirnos. Las manifestaciones psicóticas y la epilepsia tienden a ser más o menos iguales a lo largo de los años.

Comentario de quienes hacemos el resumen: Los porcentajes muestran que cuantos más años, más probable es tener algunos síntomas mentales. Una explicación probable es que con los años se presentan más dificultades. Quien escribe este comentario, pensaba que cuantos más años, más experiencia y, por ende, más tolerancia y capacidad para enfrentar, pero parece que lo que sucede es que el paso de los años en vez de fortalecernos, nos deja más debilitados.

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA



http://www.washingtonhispanic.com/notas_fotos/7292_20110223130605.jpg

Qué son los trastornos de conducta alimentaria (TCA)

Textualmente: "Son patologías complejas y multideterminadas que se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso y la forma del cuerpo o una franca distorsión de la imagen corporal, acompañados de restricción voluntaria de la ingesta o la presencia de episodios de atracones de comida que causan un gran sufrimiento y afectación de la salud y la calidad de vida".

Son...

"Básicamente son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracones de alimentación y las formas incompletas o atípicas".

Su historia

"Los TCA suelen aparecer preferencialmente durante la adolescencia y afectan predominantemente a las mujeres; no obstante, la aparición prepuberal en mujeres en edad media o en hombres ha cobrado cada vez más importancia clínica y epidemiológica".



Los tipos



<http://mundoasistencial.com/mundoasistencial/wp-content/uploads/2012/12/anorexia1.jpg>

“La característica central de la anorexia nerviosa es la búsqueda deliberada de pérdida de peso con dietas restrictivas y evitación de alimentos que conducen a un peso por debajo de lo esperado para la talla y la edad”.



<http://cuidadoinfantil.net/wp-content/uploads/anorexia-y-bulimia.jpg>

“En la bulimia nerviosa, la persona, además de restringir, hace episodios de atracones de comida ingiriendo grandes cantidades de alimentos calóricos en poco tiempo con sensación de pérdida de control y, usualmente, comportamientos compensatorios posteriores como inducción del vómito, abuso de laxantes o diuréticos o ejercicio”.

Lo clave

“Ambos tipos de trastornos comparten el temor obsesivo a engordar, los pacientes perciben una imagen corporal distorsionada, esto es, un cuerpo más voluminoso que el que realmente poseen y una preocupación constante por el contenido calórico de los alimentos. Incursionan en dietas extremas que eventualmente fracasan y dan paso a las conductas compensatorias como las purgas y el ejercicio compulsivo; sin embargo, los pacientes con BN suelen tener peso normal o sobrepeso”.



La paradoja

“En el trastorno por atracones de alimentación, el individuo realiza atracones frecuentemente pero no compensa restringiéndose o purgándose, por lo cual el comportamiento conduce a un aumento en el riesgo de obesidad si se mantiene en el tiempo”.

Interesante

Si bien siempre se ha creído que son las mujeres las más expuestas, los datos empiezan a hacer notar que en los hombres (especialmente jóvenes) las prevalencias son cercanas a la mujer.

Impacto



http://www.infirmus.es/wp-content/uploads/2012/10/Fotolia_28836331_anorexia-nerviosa.jpg

Se ha calculado la mortalidad de 5,1 muertes por 100 000 personas. De ellas 1 de cada 5 muere suicidándose. Se está notando un incremento de casos entre los adolescentes, aunque las cifras más altas aún están en los adultos jóvenes (20 a 30 años). Respecto a la tasa de recuperación, a cinco años es de 69 % para la anorexia y de 55 % para la bulimia.

Hallazgos

Tabla 12. Porcentaje de alteraciones de conducta alimentaria en los distintos grupos de edad de la población colombiana, 2015

PROBLEMAS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años
Prevalencia de cualquier problema	9	9
Conductas de dietas	3	3
Malestar con el acto de comer	2	2
Atracones	6	6

Como se observa, las prevalencias no cambian mayormente y no se encontró diferencia entre sexos. Clave, y este estudio lo confirma, es dejar de creer que los TCA son propios de adolescentes mujeres y de estratos altos. Es de todos los estratos y tanto hombres como mujeres.



CONSUMO DE PSICOACTIVOS EN ADOLESCENTES Y ADULTOS



http://azu1.facilísimo.com/ima/i/2/9/ef/am_79218_5615863_291270.jpg

Para reflexionar

Resulta muy evidente el fácil acceso a las sustancias psicoactivas, y muy notorias las repercusiones de los trastornos derivados del abuso. El presente estudio quiso establecer cuáles son las prevalencias en tal sentido. Ciertamente, y a nivel mundial, el problema del abuso es de grandes proporciones. Prueba de ello es el cálculo que se hace de que se requiere el 0,4 % del PIB mundial para cubrir el tratamiento y cerca del 1,6 % para enfrentar al crimen derivado del consumo.

Nuestra situación

En salud, el alcohol y el cigarrillo son nuestro problema. La OMS calculó que cerca del 11 % de la población de 10 a 24 años fuma, un 12 % de la población de 25 a 39 años y un 13 % de la población de ahí en adelante.

Tabla 13. Porcentaje de consumo de tabaco y alcohol en los distintos grupos de edad de la población colombiana, 2015

PREVALENCIA DE CONSUMO	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 59 años
Prevalencia de consumo de cigarrillo			
Consumo en la vida	6	16	21
Continúan consumiendo	57	68	54
Consumo el último año	3	11	12
Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas			
Consumo en la vida	20	46	33
Continúan consumiendo	85	88	76
Consumo el último año	18	43	27

En general, todos los consumos son mayores en los hombres. En la tabla anterior, el "consumo en la vida" indica las personas que lo han probado; "continúan consumiendo" hace referencia a esas mismas personas y, el "consumo del último año" muestra el contacto más frecuente.

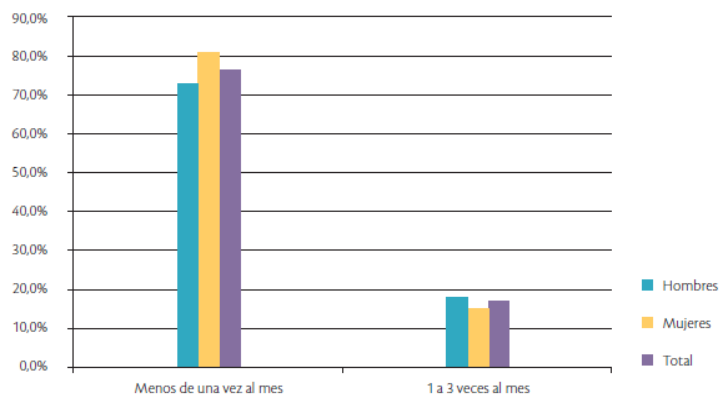


Gráfico 5.36. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes entre 12 y 17 años

Nota: en el estimador de 1 a 3 veces al mes en mujeres el CVE es de 25,4.

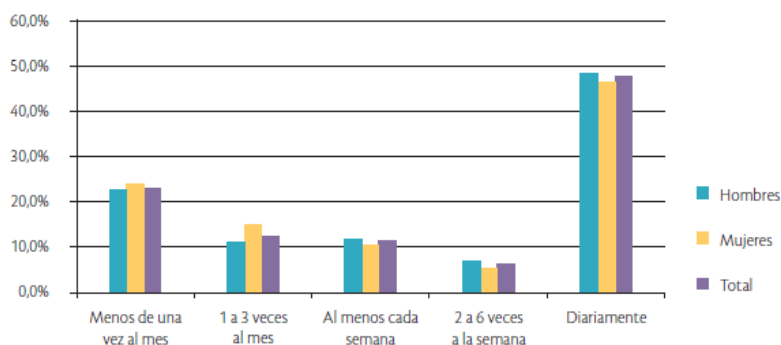


Gráfico 5.38. Frecuencia de consumo de cigarrillo en personas entre 18 y 44 años

Nota: en los estimadores para mujeres de al menos cada semana el CVE es 25,6, en 2 a 6 veces a la semana el CVE es de 33,2.

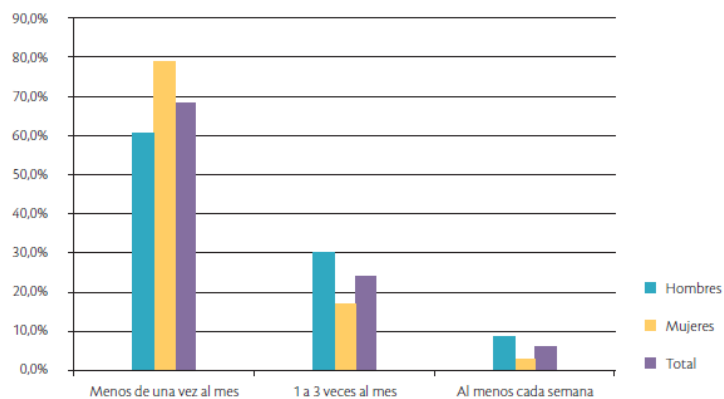


Gráfico 5.40. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas entre 18 y 44 años

Nota: en los estimadores para mujeres de al menos cada semana el CVE es de 22,1.

Las gráficas permiten observar el patrón de consumo.



Las sustancias ilegales



http://st-listas.20minutos.es/images/2012-07/338047/ist_640px.jpg?1344844478

De lejos son mucho más bajas las prevalencias comparadas con las del consumo de alcohol y tabaco. Un 4 % de los adolescentes refiere haber probado la marihuana. Un 6 % de las personas de 18 a 44 años la ha probado y un 1,3 % ha probado la cocaína. En los mayores de 44 años, un 2,6 % dice haber probado la marihuana y cerca de un 1 % haber probado cocaína y bazuco respectivamente.

El problema del abuso del alcohol



<http://fotos02.diariodemallorca.es/2015/03/15/646x260/alcohol-1.jpg>

Los efectos fisiológicos y psicológicos que puede generar el abuso del alcohol se han clasificado como (citados textualmente a continuación):



1. *Consumo de riesgo*: se refiere al uso inadecuado y persistente de alcohol, donde se evidencia riesgo para presentar algún efecto adverso sobre la salud.
2. *Consumo perjudicial*: presencia de consecuencias para la salud física y también para la salud mental.
3. *Intoxicación aguda*: alteraciones encontradas en el lenguaje, la marcha, la memoria y el estado de conciencia secundarias al consumo reciente de bebidas alcohólicas.
4. *Tolerancia*: hace referencia a la necesidad que tiene el individuo de consumir cantidades cada vez mayores para conseguir el efecto deseado.
5. *Dependencia al alcohol*: enmarca fenómenos de la conducta, cognitivos y fisiológicos donde el sujeto invierte mucho tiempo en las actividades relacionadas con el consumo.
6. *Abstinencia*: se produce cuando hay una interrupción abrupta o disminución significativa en el consumo de alcohol, presentada en individuos con patrones crónicos de consumo.

¿Quiénes tienen riesgo de padecer del abuso del alcohol?

Casi todo aquel que tenga algún problema de salud mental corre el riesgo de desarrollar problemas con el alcohol. La relación con la depresión ha sido particularmente estudiada.

El abuso de alcohol aparte de los problemas psicosociales, genera numerosos y graves problemas de salud, siendo el símbolo la cirrosis hepática. Se calcula que anualmente el alcohol es responsable de 3,3 millones de muertes (5,9 % de la mortalidad mundial) y representa el 0,7 % de años de discapacidad y 0,5 % de años de vida perdidos en la humanidad.

En Colombia, en el estudio de 2003, se calculó una prevalencia de abuso del 6,7 % y de dependencia del 2,3 %.

Este estudio

Tabla 14. Porcentajes de consumo excesivo de alcohol en los distintos grupos de edad de la población colombiana, 2015

PREVALENCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON CONSUMO DE ALCOHOL	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 59 años
Consumo excesivo	5	22	12
Consumo riesgo de abuso	3	12	6

Como se observa, tenemos un problema serio con el alcohol.



CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS



<http://www.grupomedicodurango.com/wp-content/uploads/Estres-postraumatico-300x210.png>

Exposiciones a eventos traumáticos

Tabla 15. Porcentaje de exposición a eventos críticos en los distintos grupos de edad de la población colombiana, 2015

EVENTOS TRAUMÁTICOS	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 59 años
Por lo menos un evento traumático	29	40	41
Tipo de experiencia traumática			
Accidente de tránsito	14	19	18
Conflicto armado		8	8
Ahogamiento	2	2	3
Robo o atraco	11	11	10
Ataque de un animal	3	2	2
Enfermedad grave o potencialmente mortal	4	4	4
Alguna otra experiencia estresante	4	1	1
Violencia intrafamiliar		8	6
Otra violencia no familiar		4	3
Explosión o incendio		1	2
Gravedad de la experiencia traumática			
Reporte de fallecimiento de alguna persona por el evento	33	39	44
Percepción de trauma psicológico	88	29	31
Percepción de trauma psicológico expuesto al conflicto		46	51

Los accidentes de tránsito, los robos o atracos y la exposición al conflicto armado son las causas más frecuentes de experiencias traumáticas en la población en todas las edades. Algunas casillas están desocupadas pues no se encontraron los datos en el informe. Casi 4 de cada 6 eventos catastróficos dejan muertos y la percepción de quedar “marcado” de quienes lo padecen, es importante.



<http://www.psicoglobal.com/img/ayuda/estres-postraumatico.jpg>

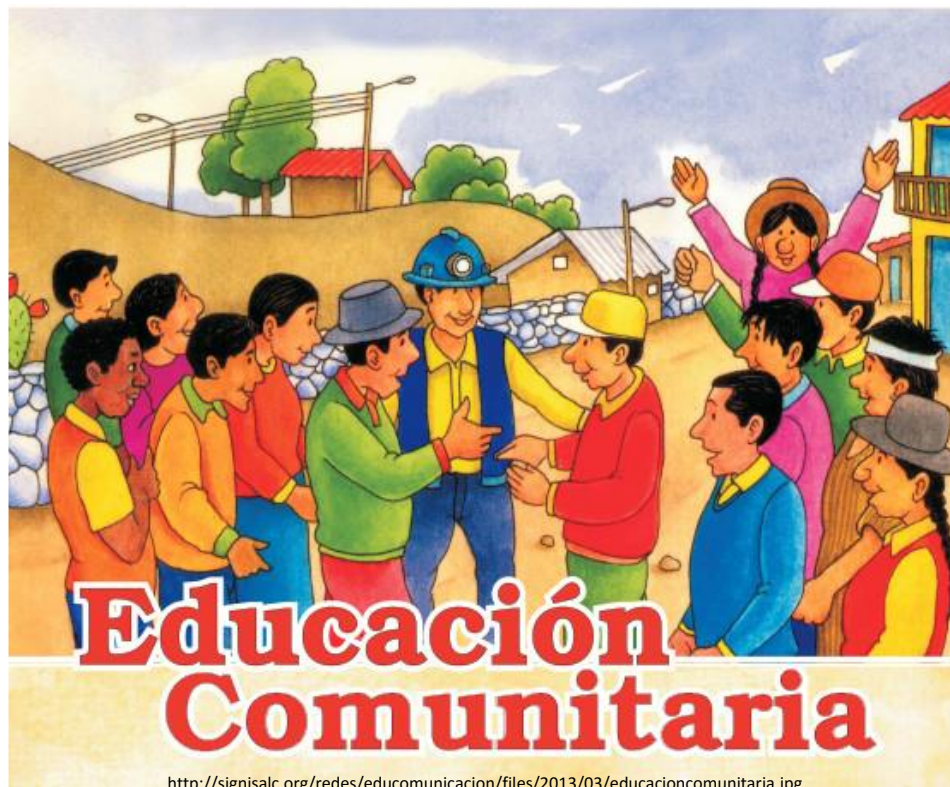
Tabla 16. Porcentaje de síntomas relacionados con eventos traumáticos en los distintos grupos de edad de la población colombiana, 2015

SÍNTOMAS PRESENTES DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	De 12 a 17 años	De 18 a 44 años	De 45 a 59 años
Recuerdos, pensamientos o imágenes inquietantes	19	24	21
Evitar pensar o hablar o tener sentimientos relacionados con el evento	16	20	13
Sentirse muy molesto cuando alguien le recuerda el evento	13	19	16
Tener problemas concentrándose	13	8	6
Sueños perturbadores	12	13	10
Sentirse alarmado o al acecho	11	14	10
Tener problemas para quedarse dormido o despertándose en las noches	11	8	9
Tener la sensación o actuar como si el evento estuviera reproduciéndose	10	10	9
Sentirse alejado o distante de otras personas	10	11	9
Sentirse irritable o tener ataques de ira	9	6	4
Evitar situaciones que le recuerden el evento	9	18	12
Perder el interés en actividades que disfrutaba previamente	8	8	6
Sentirse nervioso o sobresaltarse con facilidad	8	10	10
Reacciones físicas como palpitaciones, dificultad para respirar o sudoración cuando recuerda el evento	7		8
Tener problemas recordando partes importantes del evento	7	9	7
Sentir como si su vida se fuera acabar de repente	7	6	5
Sentirse emocionalmente bloqueado		6	5

La tabla muestra las manifestaciones más frecuentes de las personas expuestas. A través de ellas se puede percibir el grado tan importante de alteración mental que desencadenan. La zona Pacífica y Bogotá constituyen las zonas de mayor prevalencia. Se ha calculado en un 3 % la probabilidad de tener trastornos de evento postraumático en la población mayor de 18 años.



Recomendaciones



No existe duda de que la comunidad debe tomar conciencia de la salud mental. Ahí está la base de un buen vivir social, ¿cierto? Por ende, desarrollar programas que aborden este aspecto y que lleguen a toda la comunidad es clave. Otros aspectos a proponer:

- En adolescentes es muy importante hacer tamizajes que permitan detectar tempranamente alteraciones (prevención secundaria), esperando que ello de pie a intervenciones tempranas y así evitar las repercusiones cuando lleguen a adultos.
- Es clave combatir el consumo de alcohol y tabaco, hacerlo con mensajes que lleguen a la infancia y construir programas permanentes en contra del abuso.
- Se hace necesario preparar al personal sanitario para que en su actuar ofrezca más apoyo psicosocial.



TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS



De qué estamos hablando

La verdad es que las patologías mentales entre 1 y 10 años son un campo relativamente nuevo, pues no se había investigado suficientemente esta etapa de la vida con la enfermedad mental.

¿Cuáles son las patologías?

Son:

- ☞ El trastorno depresivo mayor.
- ☞ El trastorno de ansiedad de separación.
- ☞ El trastorno de ansiedad generalizada.
- ☞ El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- ☞ El trastorno negativista (oposicional).
- ☞ Los trastornos de la conducta.

Las claves

☞ Trastorno depresivo mayor



<http://fotos2013.cloud.noticias24.com/depresion2407text1.jpg>

Textualmente: En población infantil se presenta cuando hay ánimo triste, pérdida del interés en las actividades diarias, pensamiento de culpa, desesperanza y síntomas somáticos. En esta población, los trastornos depresivos se evidencian con irritabilidad en vez de tristeza, asociada a pérdida de interés en realizar actividades en el exterior o en jugar con otros infantes, deterioro del desempeño escolar, disminución de la autoestima, miedo al rechazo por otros niños, aislamiento social, síntomas físicos, entre otros.



Trastorno de ansiedad de separación

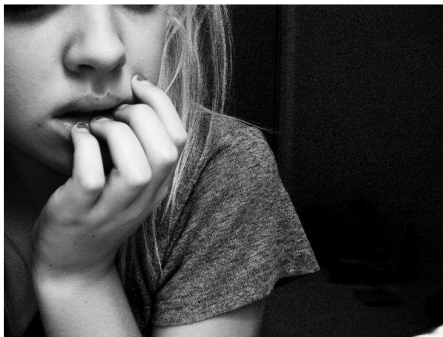


http://www.lacted.com/images/ansiedad_de_separacion.jpg

Textualmente: Se caracteriza por la ansiedad excesiva e inapropiada para el grado de desarrollo del individuo en relación con la separación de sus figuras de referencia. Se manifiesta como una preocupación persistente frente a la pérdida de estas figuras de apego y genera conductas que buscan evitar la posible separación. Resulta importante aclarar que cierto grado de displacer por la no presencia de las figuras de apego es esperable dentro del desarrollo normal del niño (6 meses-3 años). Este debe resolverse cuando la figura de apego reaparece o con la posibilidad de simbolizarla en su ausencia. Se considera patológica si interfiere con la vida de relación, los aprendizajes, cuando hay somatización o da lugar a fobias escolares.

Las características de la ansiedad y su magnitud permiten determinar distintos tipos de trastorno, la ausencia de estas manifestaciones esperables en un niño pequeño puede indicar autismo o trastornos tempranos del vínculo o si no se da la separación necesaria en el proceso de individualización, indica una configuración simbiótica.

Trastorno de ansiedad generalizada



<http://k33.kn3.net/taringa/B/B/C/E/2/3/jonnavaja/06D.gif>

“Se caracteriza por una preocupación constante, que abarca una gama tan amplia de actividades o situaciones, en la que ninguna de ellas se destaca. En los niños y niñas, las situaciones que generan ansiedad son: el rendimiento escolar, su salud, el cumplimiento de sus obligaciones o su buen actuar. A esta preocupación se asocian síntomas como inquietud, cansancio, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, entre otras. Y cuadros somáticos, en el 70 % de los casos, donde predominan las palpitaciones, la sudoración, la disnea, la cefalea y el dolor abdominal difuso, por lo cual la consulta es a pediatría. Es poco frecuente que se presenten conductas evitativas; sin embargo, puede haber excepciones”.



Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)



<http://www.juguetes.es/wp-content/uploads/2011/08/Deficit-atencion.png>

“Es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, que interfieren con el adecuado desempeño del niño o adolescente en las áreas académica, social y familiar. Se encuentra en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como trastorno hiperactivo. Las dos clasificaciones incluyen a los niños que presentan alteraciones en la atención, hiperactividad e impulsividad. Sin embargo, para el diagnóstico del trastorno hiperactivo en el CIE-10 es necesaria la presencia de un número mínimo de síntomas en las tres dimensiones sintomáticas (inatención, hiperactividad e impulsividad)”.

“Entre tanto, en el TDAH del DSM-5, el trastorno es concebido en las dimensiones sintomáticas de inatención e impulsividad y de hiperactividad, y permite hacer el diagnóstico con un mínimo de síntomas en cada una de estas dimensiones. En este sentido, existen tres subtipos del trastorno: uno de predominio inatento, uno de predominio hiperactivo/impulsivo y otro mixto. También el TDAH se ha relacionado con dificultades ejecutivas como planeación, inhibición, memoria de trabajo y control cognitivo”.

Trastorno negativista (oposicionista u oposicional) desafiante



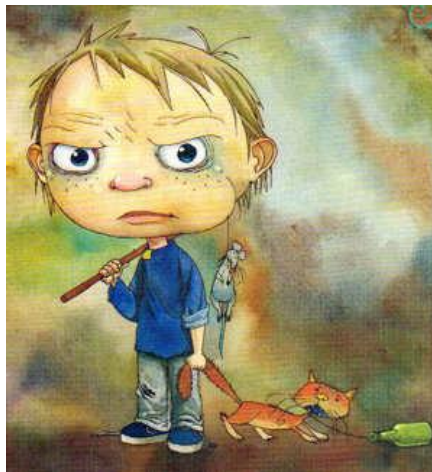
<http://www.infocoponline.es/im/250309tn.jpg>

“Se caracteriza por la presencia de un patrón anormal de comportamientos que incluyen enfado o irritabilidad, actitud desafiante o contestataria (discusiones) o vengativa, también se describen comportamientos negativistas (de desobediencia), agresivos y hostiles; pero no hay irrespeto a las



normas, ni la vulneración de los derechos de los demás (a diferencia del trastorno de la conducta). Los niños y adolescentes con este trastorno exhiben a los adultos un patrón de conductas recurrentes negativistas, de argumentación, de oposición y desafío. La desobediencia, las conductas vengativas y la hostilidad hacia las figuras de autoridad generan problemas en la funcionalidad social, familiar y académica. Este es el trastorno del comportamiento más frecuente en niños y adolescentes y es una de las principales causas de consulta a servicios médicos en niños y adolescentes. Los síntomas usualmente inician al finalizar la edad preescolar e inicios de la escolar, aunque el rango de edad está entre los 7 y los 13 años”.

Trastorno de la conducta



<http://2.bp.blogspot.com/-hH06n9HM6A/ThyNZZOdtxI/AAAAAAAAALwY/PrMq6v1o440/s1600/Adolescencia+antisocial+1.jpg>

“Se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente del comportamiento en el que se violan los derechos de las otras personas o las normas sociales. Dentro de las conductas presentes se encuentran: la agresión a personas o animales, la destrucción de la propiedad, el robo o la fraudulencia y otras violaciones graves a las normas. Se puede observar en estos niños que los comportamientos agresivos son la consecuencia *dinámica de una serie de eventos que confluyen en escenarios de relación... donde establecen reacciones de los sucesos antes que deducciones*, como lo afirman en sus conclusiones Salazar y cols”.

Y ¿qué factores predisponen estos trastornos?

Sin duda la familia, en donde la presencia de trastornos mentales hace que sea más probable que se “repitan”; por ejemplo, la depresión, la disfunción familiar severa, el maltrato, en fin...



Tabla 5.88. Factores asociados a trastornos mentales en población infantil

Trastornos	Factores Asociados
Depresivos (7,26-28)	<ul style="list-style-type: none"> Historia familiar de depresión Enfermedades no psiquiátricas o mentales Obesidad Dependencia psicológica Antecedentes de intento de suicidio Baja autoestima Pensamientos negativos Disminución de la actividad física Pobreza Eventos traumáticos (abuso sexual o físico) Duelo por muerte de pariente Antecedente de depresión en padres Aislamiento social
Ansiedad por separación (12,29)	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes en los padres o cuidador de algún tipo de trastorno de ansiedad o depresión Eventos traumáticos (duelos por muerte, enfermedad o cambios en estructura familiar) Vivencia de abandono e intrusión en relación con las necesidades de separación del niño y la actitud de los cuidadores
Trastornos de ansiedad (30)	<ul style="list-style-type: none"> Depresión materna Cormorbilidad médica Disfunción familiar
Hiperactividad con déficit de atención (31,32)	<ul style="list-style-type: none"> Factores genéticos, ambientales y psicosociales Exposición al cigarrillo y alcohol durante embarazo Problemas perinatales
Negativista desafiante (33,34)	<ul style="list-style-type: none"> Dificultades con pautas de crianza Tensión o conflictos de familia Factores biológicos: antecedentes familiares de depresión, ansiedad o del aprendizaje Habitar en contextos con: <ul style="list-style-type: none"> Alto índice de criminalidad y delincuencia Problemas económicos Hacinamiento
De conducta (18)	<ul style="list-style-type: none"> Historia de maltrato Alteración en relación parental Débil establecimiento de normas Complicaciones perinatales Déficit en habilidades verbales y de comunicación Disfunción ejecutiva

La tabla pone de manifiesto algunos factores de riesgo para cada padecimiento.

Prevalencias

Tabla 5.92. Prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 12 meses evaluados en población infantil entre 7 y 11 años por sexo, en Colombia

Trastornos mentales últimos 12 meses	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Cualquier trastorno depresivo	0,2*	47,9	0,1-0,5	0,01*	100	0,0-0,1	0,1*	45,6	0,0-0,3
Depresivo mayor	0,2*	47,9	0,1-0,5	0,01*	100	0,0-0,1	0,1*	45,6	0,0-0,3
Cualquier trastorno de ansiedad	1,6*	23,9	1,0-2,6	2,3*	37,4	1,1-4,8	2,0*	24,3	1,2-3,2
Ansiedad de separación	1,6*	24,3	1,0-2,5	2,0*	42,9	0,9-4,6	1,8*	26,4	1,1-3,0
Ansiedad generalizada	0,5*	46,9	0,2-1,3	0,3*	40,9	0,1-0,7	0,4*	32,8	0,2-0,8
Cualquier trastorno de comienzo habitual en la infancia	2,9*	23,8	1,8-4,6	3,6*	21,9	2,3-5,5	3,2	16,1	2,4-4,4
TDAH cualquier tipo	2,6*	24,4	1,6-4,2	3,3*	23,0	2,1-5,2	3,0	16,8	2,1-4,1
TDAH tipo inatento	0,7*	66,5	0,2-2,6	1,4*	45,7	0,6-3,4	1,1*	37,7	0,5-2,2
TDAH tipo hiperactivo	1,6*	26,3	1,0-2,7	1,8*	24,8	1,1-2,9	1,7*	18,0	1,2-2,4
TDAH tipo combinado	0,3*	47,1	0,1-0,8	0,2*	58,4	0,1-0,6	0,3*	36,7	0,1-0,5
Negativista desafiante	0,6*	39,0	0,3-1,3	0,3*	53,0	0,1-0,8	0,4*	31,5	0,2-0,8
De la conducta	0,4*	72,4	0,1-1,7	+			++	72,5	0,1-0,9
Prevalencia de cualquier trastorno	3,8	16,8	2,8-5,35,6*	20,4		3,7-8,3	4,7	14,0	3,6-6,2

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: no se encontraron casos para distimia.

Como se observa, la prevalencia en un año (así se construyeron las tablas) no es tan alta. No se observó que la pobreza establezca diferencias en los resultados. Tampoco en torno a la zona urbana y rural. En cambio, sí se vio aumento de prevalencias en población infantil escolarizada al compararlo con la que no lo está.



TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES



¿Qué se entiende por trastorno mental?

Es una distorsión del pensamiento, de las percepciones, de las emociones y el comportamiento que altera la relación con el medio de quien la padece. Se expresan a través de síntomas y afectan y limitan el desenvolvimiento (el compartir con otros) de quien lo padece.

En la adolescencia y como consecuencia de los cambios puberales, se producen cambios que generan conflictos, de ahí que diagnosticar un trastorno mental es más difícil.

¿Cuáles son los trastornos de este grupo de edad?

Son:

- ☞ La depresión mayor y menor.
- ☞ Distimia.
- ☞ Los trastornos afectivos bipolares.
- ☞ El trastorno de pánico.
- ☞ El trastorno de ansiedad generalizada.
- ☞ La fobia social.

☞ Trastornos depresivos



http://www.agencianova.com/data/fotos2/21737_depresion.jpg

Textualmente: "En adolescentes tiene características generales similares que en los adultos; sin embargo, dentro de la presentación clínica del trastorno depresivo en los adolescentes aparecen síntomas como conductas negativistas, disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor, agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones, es posible que tengan



pensamientos relativos al suicidio. Es frecuente que el trastorno depresivo esté asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención o trastornos de ansiedad”.

Trastorno afectivo bipolar



http://www.sermadridnorte.com/multimedia/imagenes/noticias_11364_640x480.jpg

“Inicia en la adolescencia, y se ha descrito que alrededor del 60 % de las personas con trastorno afectivo bipolar tipo I presentan los primeros episodios antes de los 18 años. El diagnóstico de esta enfermedad durante la adolescencia presenta grandes retos, debido a los cambios biológicos, mentales, psicológicos y sociales que están presentando; en general, se retrasa el momento del diagnóstico por las similitudes entre los síntomas de este y otras patologías, tales como el TDAH o con los cambios en el comportamiento propios de esta etapa de la vida. Al igual que en la población adulta, la principal característica de esta enfermedad mental es el cambio o viraje de estados de ánimo desde un ánimo depresivo hasta un estado eufórico. Dentro de la presentación clínica es más frecuente que en los episodios de manía haya irritabilidad, conductas agresivas y menor reconocimiento de síntomas; por el contrario, presentan menos alteración en el patrón de sueño, menos fuga de ideas e ideas de grandeza al compararlos con los adultos, y dentro del trastorno es más frecuente que sean cicladores rápidos”.

Trastorno de ansiedad generalizada



“Al igual que en los adultos, se entiende como una ansiedad excesiva y persistente ante muchas situaciones, asociado a síntomas vegetativos y de hiperactivación. Es frecuente que en adolescentes haya una necesidad constante de seguridad, irritabilidad y una percepción negativa de sí mismo”.



✂ Trastorno de pánico



<http://www.solopsicologia.com/wp-content/uploads/sintomas-de-los-ataques-de-panico.jpg>

“Cuenta con características clínicas similares que en los adultos; sin embargo, en este grupo poblacional se destaca como una condición acompañada por dificultades psicosociales y académicas. Se ha descrito que hasta el 90 % de los adolescentes con trastorno de pánico van a presentar comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, entre los que se han encontrado trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social y agorafobia. Asimismo, se encuentra comorbilidad con trastornos somatomorfos, abuso de sustancias y trastorno afectivo bipolar en aproximadamente el 50 % de estos pacientes”.

✂ Fobia social



<http://www.consultasexual.com.mx/IMAGENES/Fobia.jpg>

“También cuenta con características similares que en los adultos; al tiempo que puede limitarse a ciertos escenarios o extenderse de manera tal que el individuo únicamente tolere estar rodeado por miembros de su familia (fobia social generalizada)”.



Factores predisponentes

Tabla 5.97. Factores asociados a trastornos mentales en adolescentes

Trastorno	Factores asociados
Trastornos depresivos (89)	<ul style="list-style-type: none"> Factores genéticos Historia de trastorno afectivo en los padres Sexo femenino Edad pospuberal Antecedentes síntomas depresivos Antecedentes abuso físico y sexual en la infancia Afectividad negativa Pensamiento de tipo rumiativo Conflictos conyugales Desestructuración familiar Acoso o humillación Abuso emocional Consumo de tóxicos
Trastorno afectivo bipolar (103-105)	<ul style="list-style-type: none"> Factores genéticos Antecedente de trastorno de ansiedad Antecedente trastorno por déficit de atención o hiperactividad Antecedente de consumo de sustancias psicoactivas
Cualquier trastorno de ansiedad (29,106)	<ul style="list-style-type: none"> Sexo femenino Bajo nivel educativo Bajo nivel socioeconómico Antecedentes familiares de algún trastorno de ansiedad Experiencias traumáticas en la niñez Sobreprotección de pares
Fobia social (65)	<ul style="list-style-type: none"> Baja autoestima Miedo a la crítica Persistencia de episodios depresivos Comportamientos disruptivos Consumo de sustancias psicoactivas Trastornos de la alimentación

Las prevalencias

Tabla 5.100. Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adolescentes de la población colombiana en toda la vida

Prevalencia de trastornos mentales en adultos	Hombre			Mujer			Total		
	%	CVE	IC95%	%	CVE	IC95%	%	CVE	IC95%
Depresión mayor	1,0*	38,3	0,5-2,2	2,9*	26,1	1,7-4,8	2,0*	21,8	1,3-3,0
Depresión menor	0,2*	66,8	0,1-0,9	0,6*	37,7	0,3-1,2	0,4*	33,1	0,2-0,8
Distimia	0,1*	81,1	0,0-0,6	0,3*	99,9	0,0-2,0	0,2*	75,7	0,0-0,9
Cualquier trastorno depresivo	1,4*	32,1	0,7-2,6	3,4*	22,7	2,2-5,3	2,4	18,7	1,7-3,5
Trastorno bipolar I	0,6*	46,0	0,3-1,5	0,2*	78,7	0,0-0,9	0,4*	39,8	0,2-0,9
Trastorno bipolar II y otros bipolares no clasif.	0,2*	62,7	0,1-0,7	+	+	+	0,1*	62,7	0,0-0,4
Cualquier trastorno afectivo	2,1*	25,2	1,3-3,5	3,6*	21,9	2,4-5,6	2,9	16,7	2,1-4,0
Fobia social	3,0*	22,1	1,9-4,5	6,6	16,5	4,8-9,1	4,8	13,3	3,7-6,2
Trastorno de pánico	+	+	+	0,2*	75,8	0,1-1,0	0,1*	75,8	0,0-0,5
Trastorno de ansiedad generalizada	0,0*	100	0,0-0,2	0,6*	49,7	0,2-1,5	0,3*	47,9	0,1-0,8
Cualquier trastorno de ansiedad	3,0*	22,1	1,9-4,5	7,1	15,7	5,2-9,6	5,0	12,9	3,9-6,5
Cualquier trastorno mental	4,6	17,2	3,3-6,5	9,7	13,4	7,4-12,5	7,2	10,7	5,8-8,9

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

La zona Atlántica presenta prevalencias más bajas. Los pobres presentan prevalencias más altas, aunque no significativas estadísticamente en las prevalencias del último año y detectados en últimos 30 días. Igual se observó más en zona urbana, pero no existe precisión estadística (muchas variaciones).



SUICIDIO EN ADOLESCENTES



https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRydPpy5YfpaTV2ZJABdvn0paoBAZ4IBBxAX-crvPYx_v3uHfcpFg

Conducta suicida

Se trata de un proceso que, de manera progresiva, tiende hacia el suicidio. Se inicia con pensamientos, sigue con planes y culmina con el intento, hasta llegar al suicidio consumado.

Relacionado

Con los trastornos disociales, con los trastornos de conducta alimentaria, abuso de sustancias y el déficit de atención. Sin embargo, el trastorno depresivo con mucho es el mayor riesgo. Hogares con padres ansiosos, con disfunción severa y donde se haya vivido el suicidio, establecen más riesgo. Los hombres lo consuman más, las mujeres lo intentan más.

Lo cierto



<http://www.jujuyvalida.com.ar/wp-content/uploads/2012/05/suicidio.jpg>

Es que se trata de un problema de salud pública y está entre las tres primeras causas de muerte en jóvenes en el mundo. 9 de 10 jóvenes que se suicidaron tenían una alteración mental, la cual de haberse diagnosticado, habría podido ayudar a prevenir este acto. Lamentablemente muchos jóvenes que lo intentan no reciben el tratamiento adecuado lo cual determina que 1 de 10 que lo intentan, lo consumen en menos de 10 años.

La prevalencia

Tabla 5.110. Conducta suicida en adolescentes

Conducta suicida	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC95%	%	CVE	IC95%	%	CVE	IC95%
Ideación suicida	5,7*	22,7	3,7-8,9	7,4	16,7	5,3-10,2	6,6	13,6	5,0-8,6
Plan suicida	1,0*	57,1	0,3-2,9	2,5*	34,1	1,3-4,9	1,8*	29,3	1,0-3,1
Intento de suicidio	2,1*	43,8	0,9-4,9	2,9*	31,5	1,5-5,3	2,5*	25,8	1,5-4,1
Intento suicida en los adolescentes que han planeado	36,3*	33,2	16,9-61,6	38,5*	23,3	22,8-56,9	37,6	19,3	24,6-52,6

Nota: los indicadores con (*) indican CVE mayores a 20, por lo que deben ser interpretados con precaución.

Como se observa en la tabla, no existe diferencia estadística por sexo.



TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS



https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQ2aLv_Wie7Qq2oJrvvdTLk9aemCrtmY01KNvIz2to8Yi5MxfWX

La definición

Compuesta por los mismos elementos de cualquier trastorno, a saber:

1. **Alteración** de:
 - 1.1. Pensamiento.
 - 1.2. Percepciones.
 - 1.3. Emociones.
 - 1.4. Comportamiento.
 - 1.5. Relaciones con el medio.
2. **Que provocan** limitación en el desenvolvimiento:
 - 2.1. Social.
 - 2.2. Familiar.
 - 2.3. Laboral.
 - 2.4. Personal.

¿Cuáles son?

Entre los grupos de enfermedades se encuentran:

- ✎ Los trastornos depresivos.
- ✎ Los trastornos de ansiedad.
- ✎ El trastorno afectivo bipolar.
- ✎ La esquizofrenia.
- ✎ Otras psicosis.
- ✎ Las demencias.
- ✎ La discapacidad intelectual.
- ✎ Los trastornos del desarrollo como el autismo y otros.



Los trastornos depresivos



Textualmente: "Se caracterizan por la presentación de episodios de longitud temporal variable, según el tipo de trastorno, en los que el sujeto experimenta ánimo triste y pérdida de interés en las actividades que antes eran placenteras la mayor parte del tiempo. Estos síntomas suelen acompañarse de síntomas somáticos como las alteraciones en el apetito y en el sueño; síntomas cognitivos como la falta de concentración, pérdida de confianza en sí mismo, ideas negativas hacia el futuro, de culpa o de suicidio, entre otros. Estas condiciones alteran las actividades usuales del individuo, porque disminuyen su funcionalidad y la gravedad depende de la cantidad, la magnitud de síntomas y el grado de compromiso funcional".

El trastorno afectivo bipolar



"Se identifica por la presencia de episodios de cambios en el afecto que pueden fluctuar desde el tipo depresivo a manía o tener episodios en los que se presentan ambos tipos de síntomas, pasando por estados intermedios de estos y en muchos casos regresando al estado afectivo basal del sujeto. Dependiendo de las características de los episodios, el trastorno se clasifica en distintos tipos. Los más frecuentes son el I y el II".

El tipo I: "Es el clásico, que consiste en virajes entre episodios de depresión y de manía, los cuales pueden estar o no asociados con síntomas psicóticos".

El tipo II: "Se caracteriza por presentar episodios de hipomanía, que se diferencian de la manía por tener menos compromiso en la funcionalidad de los pacientes y sin presencia de episodios psicóticos, pero deben ir precedidos o seguidos de al menos un episodio de depresión mayor".

"Adicionalmente, existen otros tipos que no cumplen los criterios para ser clasificados en ninguno de los grupos anteriores pero presentan alteraciones en el estado del ánimo de carácter expansivo".



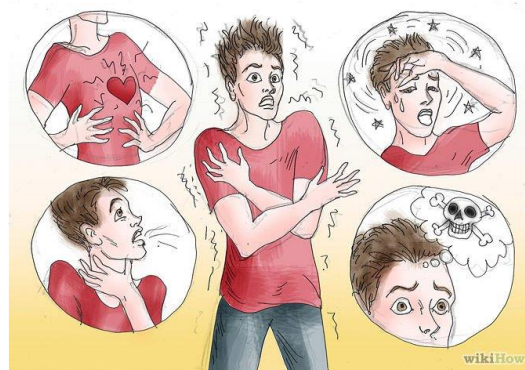
El trastorno de ansiedad generalizada



<http://www.estheraguire.es/wp-content/uploads/2012/11/ansiedad-1600x1200.jpg>

“Se manifiesta con la presencia de ansiedad global y persistente, que no está limitada a circunstancias particulares. Los síntomas más frecuentes son la presencia de preocupación excesiva ante muchas circunstancias, síntomas de hiperactivación (incluida inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño) y de manera fluctuante síntomas neurovegetativos como sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. Estos síntomas causan un malestar significativo y un deterioro marcado en el funcionamiento global de los pacientes”.

El trastorno de pánico



<https://k30.kn3.net/forums/3/B/0/F/J/C/Anomguy/2/353.jpg>

“Se define por la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico o angustia); no está limitado a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares, aparece en circunstancias en las que no hay peligro real y se acompaña de síntomas neurovegetativos como palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, sudoración, mareo o vértigo, y sensación de irrealidad asociados a cogniciones catastróficas como temor a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar de 10 a 15 minutos y los síntomas en las crisis se hacen tan intensos que los pacientes suelen experimentar temor a presentar nuevas crisis y debe haber un cambio significativo del comportamiento como consecuencia de las crisis. Generalmente, el curso del trastorno es crónico y fluctuante, y tiene una elevada limitación funcional. La prevalencia es mayor en mujeres en comparación con los hombres en una proporción 2:1, aproximadamente”.

 **La fobia social**



<http://depsicologia.com/wp-content/uploads/fobiasocial.jpg>

“Consiste en temor a ser juzgado por otras personas. Esto lleva a evitar situaciones que requieran diferentes tipos de interacción con otros. Suele acompañarse de baja autoestima, miedo a ser criticado, miedo a ruborizarse, temblor, náuseas o necesidad imperiosa de micción en los momentos en que se relaciona con otras personas. Los síntomas pueden desembocar en una crisis de pánico. Existe una amplia gama de conductas de evitación en la cual en los casos más severos puede haber aislamiento social. Para el diagnóstico se requiere: síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos; manifestaciones de la ansiedad, y no secundarias a otros síntomas (ideas delirantes u obsesivas). Esta ansiedad se limita a situaciones sociales concretas y determinadas y la situación fóbica es evitada cuando es posible”.

Factores asociados

Tabla 5.111. Factores de riesgo de los trastornos mentales

Trastornos/grupo de trastornos/episodios	Factores de riesgo o asociados
Depresión (136,137)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo femenino • Historia personal de episodios depresivos • Historia familiar de depresión • Desempleo • Separación conyugal • Eventos vitales estresantes • Abuso y dependencia de sustancias • Consultas a menudo al sistema de salud • Enfermedades médicas crónicas especialmente, cuando hay compromiso de la funcionalidad: <ul style="list-style-type: none"> – Enfermedad cardiovascular – Diabetes – Enfermedades que producen dolor crónico – Trastornos neurológicos



Trastornos/grupo de trastornos/episodios	Factores de riesgo o asociados
Depresión (136,137)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades médicas graves • Otros trastornos psiquiátricos: <ul style="list-style-type: none"> – Trastornos de ansiedad – Trastornos de personalidad • Épocas de cambios hormonales: embarazo y menopausia • Historia de intentos de suicidio • Sedentarismo • Alteraciones cognitivas
Trastornos bipolares (103,138,139)	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar del trastorno: <ul style="list-style-type: none"> – Gemelos monocigóticos – Padres que tienen el trastorno – Gemelos dicigóticos • Antecedente de un episodio traumático • Vivir en áreas de escasos recursos • Haber sido maltratado en la infancia
Trastorno de ansiedad generalizada (132,140)	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de otro trastorno de ansiedad • Antecedente de episodios depresivos • Patologías médicas crónicas • Consumo de sustancias psicoactivas
Trastorno de pánico (141,142)	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de cualquier tipo de trastorno afectivo • Antecedente de otros trastornos de ansiedad asociados a una reducida capacidad de afrontamiento • Episodio de pánico subclínicos en el último año • Alcoholismo • Trastornos de personalidad (en especial los pertenecientes al grupo C) • Historia familiar de trastorno mental • Presencia de conflictos interpersonales (factores desencadenantes) • La viudez, las separaciones o divorcios (desencadenantes) • Enfermedades físicas (desencadenantes)
Fobia social (2)	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de rasgos de temperamento con tendencia a la inhibición del comportamiento • Miedo a la evaluación negativa • Maltrato infantil • Factores genéticos (parientes de primer grado con el trastorno) • Factores fisiológicos

La tabla muestra con qué factores de riesgo se relacionan los trastornos mentales mencionados. Los trastornos mentales constituyen la primera causa de años vividos con discapacidad, siendo la depresión una de las principales e incluso de mortalidad por la comorbilidad que la acompaña (enfermedad coronaria).

Prevalencia

Tabla 5.115. Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adultos de la población colombiana en toda la vida por sexo

Prevalencias trastornos mentales en adultos	Hombre			Mujer			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Depresión mayor	3,2	15,0	2,4-4,2	5,4	8,5	4,6-6,4	4,3	7,7	3,7-5,0
Depresión menor	1,1*	31,4	0,6-2,0	1,0*	23,9	0,6-1,5	1,0	19,9	0,7-1,5
Distimia	0,4*	43,0	0,2-0,9	0,5*	28,5	0,3-0,9	0,5*	24,7	0,3-0,7
Cualquier trastorno depresivo	4,4	13,5	3,4-5,7	6,4	8,0	5,5-7,5	5,4	7,2	4,7-6,2
Trastorno bipolar I	1,9*	20,3	1,3-2,9	0,6	19,8	0,4-0,9	1,3	16,1	0,9-1,7
Trastorno bipolar II	0,3*	34,0	0,1-0,5	0,1*	59,8	0,0-0,3	0,2*	29,6	0,1-0,3
Cualquier trastorno afectivo	6,3	10,9	5,1-7,8	7,1	7,4	6,1-8,2	6,7	6,4	5,9-7,6
Fobia social	2,3	14,5	1,8-3,1	3,1	11,0	2,5-3,8	2,7	8,9	2,3-3,2
Trastorno de pánico	0,1*	44,4	0,1-0,3	0,3*	25,3	0,2-0,4	0,2*	22,3	0,1-0,3
Trastorno de ansiedad generalizada	0,7*	21,8	0,4-1,0	1,9	18,5	1,3-2,8	1,3	14,9	1,0-1,7
Cualquier trastorno de ansiedad	2,9	12,4	2,3-3,7	4,9	9,7	4,1-5,9	3,9	7,7	3,4-4,6
Cualquier trastorno mental	8,2	9,0	6,9-9,8	10,1	6,1	8,9-11,4	9,1	5,3	8,2-10,1

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

Como se observa no existen diferencias estadísticas por sexo. La zona Atlántica presenta una prevalencia más baja que las demás. La pobreza y las comparaciones urbano versus rural no establecieron diferencias estadísticas.



SUICIDIO EN ADULTOS



http://www.heraldodemexico.com/sites/default/files/noticias/2015/01/09/seguridad_3.jpg

De qué estamos hablando

Sin duda de un importante factor de mortalidad. Se calcula que para el 2020 se suicidarán 1,5 millones de personas en un año. La soledad, ser mayor de 45 años y tener mala salud física, son factores relacionados. Claro, si se tiene una enfermedad mental, las cifras se disparan. Lo hacen más los hombres que las mujeres. Las tasas en Colombia se han mantenido en alrededor de 4 por 100 000.

Prevalencia

Tabla 5.125. Prevalencia de pensamiento, planes e intentos suicidas según sexo para adultos mayores de 18 años en la población colombiana

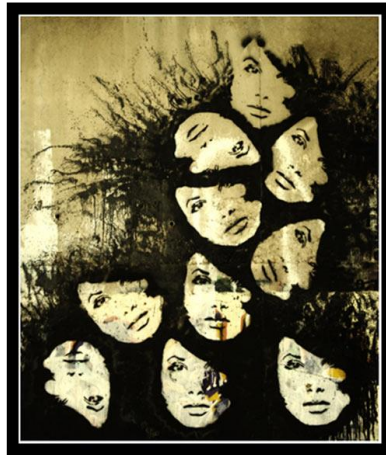
Conducta suicida	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Ideación suicida	5,53	10,2	4,52-6,74	7,55	7,1	6,56-8,68	6,55	6	5,83-7,36
Plan suicida	2,0*	20,4	1,3-3,0	2,71	13,7	2,07-3,54	2,36	11,7	1,87-2,96
Intento de suicidio	1,87	14,6	1,41-2,49	3,25	12,4	2,55-4,14	2,57	9,6	2,13-3,1
Adultos con plan suicida (respecto a adultos con ideación suicida)	36	15,2	26,1-47,3	35,9	10,5	28,9-43,6	35,9	8,8	30-42,4
Adultos con intento suicida (respecto a adultos con ideación suicida)	33,9	13,4	25,6-43,3	43	8,8	35,8-50,6	39,2	7,6	33,5-45,2

Notiz: estimaciones marcadas con asterisco (*) son Imprecisas y puede carecer de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20 %.

Como se observa no existe diferencia estadística por sexo. La zona Atlántica tiene prevalencias más bajas que las demás (las que son similares entre sí). No parece existir diferencia (estadística) entre lo urbano y lo rural. Tampoco por situación de pobreza.



TAMIZAJE DE LA PERSONALIDAD



¿Qué se entiende por personalidad?

Textualmente: "La personalidad se puede entender como las características individuales relacionadas con el patrón de pensamiento, sentimientos y comportamientos en una variedad de contextos a través del ciclo vital".

El asunto

En la medida en que una persona tenga predominantemente unos tipos de rasgos, que estos sean inflexibles, generen limitaciones en su experiencia y desenvolvimiento en su medio, y se manifiesten en varias situaciones, se considera que la persona pueda tener un trastorno de personalidad.

Estos se asocian con dificultades evidentes en la autorregulación emocional y los individuos que los presentan tienen **patrones maladaptativos** en diferentes dominios como:

- Los sentimientos.
- Las conductas.
- Alteraciones en las relaciones interpersonales.
- El control de impulsos.

En este sentido, existe un componente persistente que se desvía de las expectativas de la cultura del individuo y tiende a ser estable con larga duración.

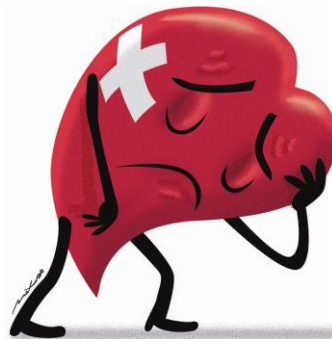
Tipos de alteración

La agrupación de los trastornos de personalidad se ha definido en tres, según la similitud en las características que se presentan en cada uno:

1. El grupo A: conformado por los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico que se caracterizan por ser raros y excéntricos.
2. El grupo B: conformado por los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista que se caracterizan por ser emocionales, erráticos y dramáticos.
3. El grupo C: conformado por los trastornos evitativo y dependiente u obsesivo compulsivo que se caracterizan por ser ansiosos.



CONDICIONES CRÓNICAS, PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES



A qué se refiere

A la asociación entre problemas de salud crónicos y trastornos de salud mental. Esta relación es bidireccional y está claramente demostrada.

En los niños

Condiciones como el asma, la fibrosis quística, la diabetes, la obesidad, las discapacidades en el desarrollo mental están relacionadas con trastornos mentales. ¿Por qué se ven más limitados que sus pares? Tal vez los cuidadores incurren en una sobreprotección, aunque resulta evidente que por las condiciones físicas pueden tener algunas limitaciones.

¿Cómo se midió?

A través de la percepción de los cuidadores. Lo cierto es que se calcula que al menos un 15 % de los niños tiene alguna enfermedad crónica y de ellos al menos 1 de cada 3 presentan un trastorno mental.

En los adolescentes con enfermedades crónicas

Tabla 5.140. Prevalencia de enfermedades crónicas y tratamiento en adolescentes

Enfermedad crónica	Diagnóstico						Reciben tratamiento	
	Hombre		Mujer		Total		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Dermatitis	7,2	5,4-9,4	11,2	8,9-13,9	9,2	7,7-10,9	58,5	49,3-67,1
Enfermedad renal	*	*	*	*	2,2	1,5-3,1	71,8	51,6-85,8
Enfermedad pulmonar	6,5	4,8-8,7	4,4	3,1-6,3	5,5	4,4-6,8	61,4	49,5-72,2
Enfermedad gastrointestinal	*	*	*	*	3,2	2,3-4,3	45,8	36,4-55,5
Enfermedad mental	*	*	*	*	3,2	2,3-4,3	43,0	28,1-59,3
Enfermedad hematológica	*	*	*	*	*	*	63,2	39,7-81,8
Acné	4,7	3,4-6,7	*	*	3,8	2,9-5,0	54,3	40,1-67,8
Epilepsia o convulsiones; enfermedad osteomuscular; diabetes mellitus; enfermedad neoplásica; enfermedad tiroidea	*	*	*	*	*	*	*	*
Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m ²)	19,8	16,9-23,0	16,9	14,3-19,8	18,3	16,4-20,5		

Nota: los indicadores con (*) indican CVE mayores a 20 y no se presentan por su imprecisión.



<http://www.migueljara.com/wp-content/uploads/2015/10/10accutan2.jpg>

La tabla muestra las enfermedades crónicas más frecuentes en la adolescencia. El 7 % refiere franca limitación por la condición crónica. Poco más de 1 de cada 4 de los que padecen enfermedad crónica, presentó algún trastorno mental en último año.



En los adultos



<http://www.adrformacion.com/udsimg/atencionpp/1/deprimido.jpg>

Según la OMS existen 97 condiciones clasificadas como crónicas, siendo las más reconocidas, la enfermedad coronaria, la falla cardiaca, el EPOC, la diabetes, la enfermedad renal crónica. Ciertamente cuatro factores son altamente prevenibles y combatirían una buena cantidad de enfermedades crónicas en el adulto. Estos son:

1. El consumo de tabaco.
2. El consumo perjudicial de alcohol.
3. El bajo consumo de frutas.
4. La inactividad física.

Como se observa, se trata de combatir conductas y comportamientos malsanos.

Lo cierto

Es que la asociación es clara y muy evidente.

Tabla 5.143. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en enfermedades crónicas (209)

Patología	Comorbilidad (%)	
	Depresión	Ansiedad
Falla cardiaca	25	12-45
Enfermedad coronaria	15-20	5,3
Asma	20-50	45
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	42	44
Artritis reumatoidea	45	29,7
Cáncer	6-38	20,5
Fibromialgia	18	71
Diabetes	9-26	5,9
Enfermedad cerebrovascular	14-19	4-28
Enfermedad renal crónica	27	45

La tabla pone de manifiesto esa relación estrecha entre la depresión y la ansiedad con las enfermedades crónicas.



¿Cuáles son las condiciones crónicas encontradas?

Tabla 5.145. Prevalencia de enfermedades crónicas reportadas y tratamiento en personas entre 18 y 44 años en Colombia

Enfermedad crónica	Diagnóstico						Reciben tratamiento	
	Hombre		Mujer		Total		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
HTA	4,7	3,8-5,7	6,8	5,9-7,8	5,9	5,3-6,6	53,4	47,5-59,3
Diabetes mellitus	2,1	1,5-2,8	3,0	2,4-3,8	2,6	2,2-3,1	58,3	49,1-67,1
Enfermedad neoplásica	*	**	1,2	0,8-1,6	0,8	0,6-1,1	72,9	57,1-84,5
Enfermedad renal	1,6	1,1-2,3	1,7	1,3-2,3	1,7	1,3-2,1	61,6	50,1-71,9
Enfermedad tiroidea	*	**	2,9	2,3-3,6	2,1	1,7-2,5	74,7	64,9-82,5
Enfermedad pulmonar	2,8	2,1-3,7	3,7	3,0-4,5	3,3	2,8-3,9	57,9	49,7-65,8
Enfermedad cardíaca	1,5	1,0-2,1	1,8	1,3-2,3	1,7	1,3-2,1	39,9	29,6-51,3
Enfermedad gastrointestinal	2,6	1,9-3,5	5,4	4,6-6,4	4,3	3,7-5,0	51,7	48,0-55,3
Enfermedad mental	2,0	1,4-2,7	2,7	2,1-3,4	2,4	2,0-2,9	49,7	40,5-58,9
Enfermedad reumatológica	*	**	2,0	1,6-2,6	1,7	1,4-2,1	41,2	30,9-52,2
Enfermedad hepática	0,8	0,5-1,4	*	**	0,7	0,5-1,0	43,8	28,2-60,6
Enfermedad cerebrovascular	*	**	*	**	*	**	87,1	57,9-97,1
Dolor crónico	1,7	1,2-2,5	3,8	3,1-4,6	2,9	2,5-3,5	51,6	42,9-60,2
Epilepsia	*	**	*	**	0,8	0,6-1,1	75,1	57,7-87,0
Otra enfermedad crónica	*	**	2,2	1,7-2,9	1,7	1,4-2,2	58,8	56,2-61,4
Obesidad (IMC >30 kg/m ²)	9,0	7,7-10,4	11,5	10,4-12,8	10,5	9,6-11,4		

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Claro, las limitaciones van directamente proporcionales a la cantidad de situaciones crónicas que se presenten.

La relación

Tabla 5.147. Prevalencia de trastornos mentales en personas entre 18 y 44 años en personas con enfermedades crónicas

Número de enfermedades crónicas	En los últimos 12 meses					
	Algún trastorno del afecto		Algún trastorno de ansiedad		Algún trastorno	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Una	3,8	2,9-5,1	2,7	1,9-3,8	5,9	4,6-7,4
Dos	*	*	*	*	10,3	7,5-13,9
Tres o más	*	*	*	*	16,8	11,2-24,4
Por lo menos una enfermedad que limita las actividades	16,0	11,6-21,7	13	8,96-18,4	21,4	16,3-27,6

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Nota 2: no se presentan los estimados de las personas con 2 enfermedades crónicas ni algún trastorno del afecto por ser imprecisas.

Nota 3: trastornos del afecto incluyen depresión mayor, depresión menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipos I y II y otros trastornos afectivos bipolares. Los trastornos de ansiedad incluyen fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico. Cualquier trastorno incluye las personas que tuvieron por lo menos uno de los anteriores.

Nota 4: el indicador de por lo menos una enfermedad que limita las actividades no incluye a las personas que solo tuvieron obesidad.

La tabla permite observar la relación y cómo se incrementa propiamente al número de enfermedades crónicas (más enfermedades más trastornos mentales).

A más años, más enfermedades crónicas y, por ende, más porcentaje de trastorno mental.



Cambios en Colombia

Aprovechando este espacio, vale la pena mencionar que la situación de Colombia está cambiando y sin duda está en un proceso de mejorar.



<http://200.photobucket.com/albums/a33/manuel/colombia.jpg>

La siguiente tabla lo pone de manifiesto:

Tabla 5.153. Coyuntura Nacional, 2003-2013

Variable	Unidad de medida	1993	2003	2014	Fuente
PIB per cápita real	Millones de pesos colombianos	1582,6	2261,3	7720,0	Banco Mundial (230)
Crecimiento PIB anual	Porcentaje anual	2,37	3,92	4,55	Banco Mundial (231)
Inversión, entrada neta de capital	Porcentaje del PIB	1,72	1,82	4,25	Banco Mundial (232)
Inflación (precios al consumidor)	Porcentaje anual	22,44	7,13	2,88	Banco Mundial (233)
Desempleo total	Porcentaje de la población activa total (estimación modelada de la OIT)	12,5	14,1	10,5	Banco Mundial (234)
Incidencia de la pobreza monetaria extrema	Porcentaje (nivel nacional)	-	15,7	8,1	DANE (235,236)
Incidencia de la pobreza monetaria	Porcentaje (nivel nacional)	-	48,0	28,5	DANE (235,236)
Muertes producto de la guerra	Cantidad de personas	195	1200 (2002) 500 (2003)	140 (2013)	Banco Mundial (237)
Desigualdad	Coficiente Gini	-	-	0,538	DANE (236)
Homicidios	Casos nacionales totales	-	33.206 (238)	12.626	Forensis, 2014 (239)
Tasa de alfabetización	Porcentaje de personas de 15 años o más	81	93	-	Banco Mundial (240)
Suicidios	Casos	-	1938	1878	Forensis, 2003 (238)
Flujo migratorio	Total salidas de colombianos	-	1.777.220 no regresaron = 116.273 personas	3.910.856 (241) 2.571.968 millones (motivo turismo) No regresaron: 174.194 personas (241)	Migración Colombia (242)
Flujo migratorio	Total Ingreso extranjeros	-	624.909 (242)	2.051.918 (241)	Migración Colombia
Conflicto armado	No víctimas notificadas (RUV)	-	1.261.803 millones	187.452 miles personas	UIARIV(243)
Desplazamiento forzado	Total nacional (RUV)	-	777.008 personas	181.736 personas	UIARIV (243)
Secuestro	Casos asociados a conflicto armado (RUV)	-	7814 personas	383 personas	UIARIV (243)
Desaparición forzada	Total nacional (RUV)	-	25.231 personas	492 personas	UIARIV (243)



El análisis que hacen los autores es que de 2003 a 2013 el país ha cambiado para bien como lo muestran esos indicadores. Así las cifras en este estudio pongan de manifiesto la inmensidad del problema mental, los autores sostienen que estamos mejor y de seguro que vamos a estar mejor con el fin del conflicto (proceso de paz en la actualidad).

Recomendaciones

El reto grande para la infancia es intervenir lo diagnosticado con el fin de impedir el avance y las secuelas de los trastornos mentales. ¿Cómo hacerlo? Lo que sea implica hacer partícipes a los maestros y colegios. Incrementar el acceso a los servicios de salud es también muy importante. Preparar mejor al recurso humano es una tarea necesaria, de lo contrario el asunto puede desbordar al país. Lo propio en cuanto a los adolescentes. Unir escuelas y servicios, incluso con las familias, tal como lo promueve la Atención Primaria en Salud, resulta fundamental y tal vez el camino más lógico.

Reconocer e intervenir

Resulta muy evidente la necesidad de incrementar la detección de los problemas mentales, claro, siempre y cuando se tengan los planes de contención. Repetimos: capacitar a la comunidad, capacitar al personal de salud y capacitar a los padres, se hace necesario para poder abordar estos trastornos. No sobra insistir en la preparación del personal de salud, motivando la creación de guías y protocolos. Saber qué hacer resulta clave.



http://aps.cisas.org.ni/files/imagecache/nodo_ultimo//images/informacion_salud_2008_0.jpg

En salud mental (como en todo) resulta clave crear la integración de los distintos sectores. Unir colegios y servicios de salud, trabajo y servicios de salud y en todos ellos, unir a la comunidad con la salud, es la respuesta lógica para poder transformar las realidades. ¡Eso es hacer Atención Primaria en Salud!



ACCESO A SERVICIOS EN SALUD MENTAL



<http://2.bp.blogspot.com/-6bF1EFisMrs/UR--sCgL8el/AAAAAAAAAb4/EM5SI24m7VY/s1600/P1120576.JPG>

Los elementos del derecho a la salud

Según la OMS para hacer real el derecho a la salud se requiere de:

1. Disponibilidad de servicios.
2. Aceptabilidad de los mismos.
3. Calidad de los servicios.
4. Accesibilidad.

La accesibilidad se mide por la disponibilidad, la organización y el financiamiento.

El acceso

Resulta clave y su enemigo natural son las de nominadas barreras, entendidas como todo aquello que impide que de alguna forma el que lo necesita pueda acudir.

Nuestro Sistema de Salud

Está en evolución y desde 2011 a través de la ley 1438 se promueve la atención integral de la salud mental. Prueba de ello es la oferta de los servicios ambulatorios para psicoterapia o de hospitalización.

Un problema a cambiar

Nuestra población no ha hecho el uso de los servicios como debería. Muchas veces por estigmatización, otras por desconocimiento y, la mayoría, porque no se diagnostican suficientemente bien los trastornos mentales.

Bueno... y si se necesita una cita ¿en cuánto nos la dan?

Hoy por hoy el promedio está en ocho días hábiles. Claro, esto desestimula un poco, pero de seguro si la comunidad se organiza y presiona, los servicios pueden mejorar. Por cierto en 9 de cada 10 casos se hace la entrega de medicamentos como es debido. Claro, lo justo es que sea en todos los casos.



<http://static1.squarespace.com/static/559f0e8be4b0deea8e8e051/t/55e23036e4b00445ea1c1f8d/1440886840335/villagevalley1.jpg>

Algunas cifras sobre acceso

Tabla 17. Porcentaje de indicadores de acceso a servicios de salud mental en la población colombiana, 2015

INDICADOR DE ACCESO EN PORCENTAJE	%
Problemas de salud mental alguna vez en su vida	5
Problemas de salud mental en el último año	36
Percepción de problemas mentales en adultos	12
Solicitud de atención por problema de salud mental en el último año	34
Recibieron algún tipo de atención luego de ser solicitada	89
Recurso buscado para atención en salud mental	
IPS	96
Porcentaje de pago por parte de entidades del SGSSS (EPS)	92
Porcentaje de no consulta por creer que no era necesario	
Porcentaje de acceso a servicios de salud en adultos con trastornos mentales	95
Acceso a medicamentos en los últimos 30 días	98
Acceso a psicoterapia por psicología	53
Causas de no asistencia	
Descuido	24
Porcentaje de mejoría con la atención	
Mejor y mejorando	94
Porcentaje de hospitalización	16

Como se observa, 1 de 3 colombianos presentó un problema de salud en el último año. De ese total tan solo el 50 % buscaron los servicios de salud. De los que acudieron, 9 de 10 la recibieron. Las IPS atendieron al 96 % de la población, y las EPS respondieron por 9 de 10. Casi todos tuvieron acceso a los medicamentos y tan solo la mitad pudo acudir a psicoterapia. 1 de cada 4 que necesitaba el servicio no acudió por descuido y 9 de 10 refirieron que la atención los mejoró. Un poco más de 1 de cada 6 requirieron hospitalización.



Conclusiones

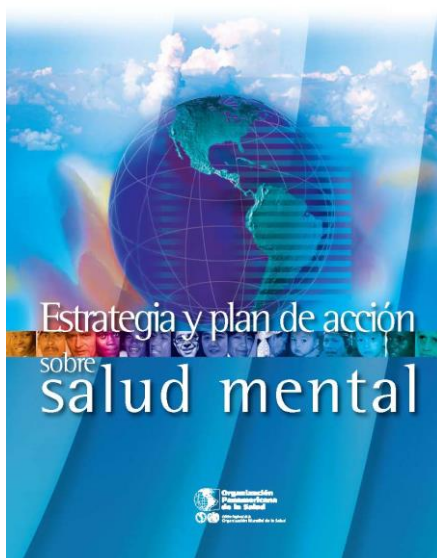


<http://muyinteresanteparati.com/wp-content/uploads/2015/10/salud-mental-2.jpg>

1. Existe una brecha entre la percepción de un problema de salud mental y acudir a pedir ayuda. Implica lo anterior la necesidad de promover la salud mental y la ayuda que se puede ofrecer al interior de la comunidad.
2. En promedio, la incapacidad por salud mental es de ocho días.
3. Quien padece de trastornos de salud mental, solicita en promedio cuatro atenciones por año.
4. La prevalencia perceptiva de alteración mental en un año es:
 - 4.1. Tres de 100 niños.
 - 4.2. La mitad de los adolescentes.
 - 4.3. Uno de tres adultos.
5. De todos ellos, tan solo la mitad busca ayuda.
 - 5.1. El 90 % de quienes la piden la reciben.
 - 5.2. El promedio de tiempo para acceder al servicio (llegar al sitio) es de 16 horas.
 - 5.3. Los que no buscan ayuda (la mitad) no creen que sea necesaria.
6. La ayuda en salud mental es a través de IPS y profesionales en un 90 % de los casos.
7. Las EPS responden en 8 de cada 10 casos.
8. La psicoterapia es la atención que más se recibe en el 60 % de los casos.
 - 8.1. El 90 % de los casos de niños que no reciben atención es porque no existe el servicio para ellos.
9. De los que reciben los servicios 7 de cada 10 dicen mejorar.
10. Requieren hospitalización psiquiátrica:
 - 10.1. 5 % de los niños.
 - 10.2. 15 % de los adultos.



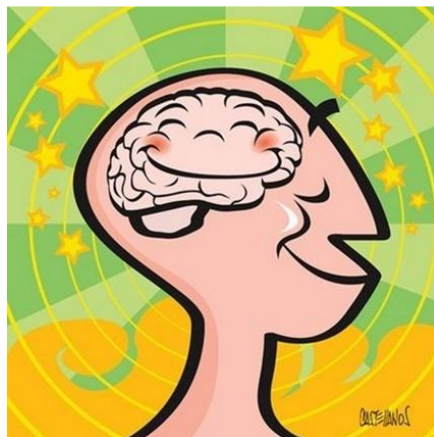
Recomendaciones



<http://new.who.org/bulletin/images/stories/Bulletin/SaludMental/mental2012aengla.pdf>

- Promover más los servicios de salud.
- Formar más los equipos de APS en salud mental
- Fortalecer el acceso.

ESTADOS DE SALUD Y SU VALORACIÓN



http://depsicologia.com/wp-content/uploads/Optimista_thumb.jpg

De qué estamos hablando

De la aplicación de un instrumento (EQSD-3L) que mide a través de cinco dimensiones las percepciones de las personas y que se pretende desarrollar en el mundo con el fin de poder analizar distintas situaciones.



¿Qué mide?

Tabla 7.1. Dimensiones y posibles respuestas que se obtienen con el EQ5D

Movilidad	(1) No tengo problemas para caminar
	(2) Tengo algunos problemas para caminar
	(3) Tengo que estar en cama
Cuidado personal	(1) No tengo problemas para el cuidado personal
	(2) Tengo algunos problemas para bañarme o vestirme
	(3) Soy incapaz de bañarme o vestirme
Actividades cotidianas	(1) No tengo problemas para realizar actividades cotidianas
	(2) Tengo algunos problemas realizar actividades cotidianas
	(3) Soy incapaz de realizar actividades cotidianas
Dolor/malestar	(1) No tengo dolor ni malestar
	(2) Tengo moderado dolor o malestar
	(3) Tengo mucho dolor o malestar
Angustia/depresión	(1) No estoy angustiado/a ni deprimido/a
	(2) Estoy moderadamente angustiado/a o deprimido/a
	(3) Estoy muy angustiado/a o deprimido/a

Como se observa, mide los cinco aspectos y, a través de una puntuación que se da a las respuestas, se hace el diagnóstico.

Prevalencias colombianas

Tabla 18. Porcentaje de frecuencias de manifestaciones del cuestionario EQDS en población colombiana, 2015

ESTADO DE SALUD	%
Movilidad	
1. No tengo problemas al caminar	88,5
2. Tengo algunos problemas	11,1
3. Tengo que estar en cama	0,4
Cuidado personal	
1. No tengo problemas con el cuidado personal	97
2. Tengo algunos problemas con el cuidado personal	2,7
3. Soy incapaz de bañarme o vestirme	
Actividades cotidianas	
1. No tengo problemas para mis actividades cotidianas	92,6
2. Tengo algunos problemas para mis actividades cotidianas	6,9
3. Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	0,4
Dolor o malestar	
1. No tengo dolor o malestar	77,1
2. Tengo moderado dolor o malestar	22,5
3. Tengo mucho dolor o malestar	1,5
Angustia o depresión	
1. No estoy angustiado o deprimido	86,9
2. Estoy moderadamente angustiado o deprimido	12
3. Estoy angustiado o deprimido	1,1



Hallazgos



<http://m1.paperblog.com/f/67/672736/actitud-mental-positiva-L-578Ps9.jpeg>

1. La mayoría de los colombianos (2 de 3) refieren sentirse bien (salud completa según los resultados de la encuesta).
2. El 95 % de la población está enmarcada sin mayores limitaciones.
3. 1 de 5 colombianos presenta dolor moderado. Un poco más la mujer que el hombre.
4. Asimismo, 1 de 6 presenta depresión o ansiedad moderada. Los hombres algo más que las mujeres.
5. Cuantos más años, se va alterando la percepción.
6. La pobreza y el bajo nivel educativo hacen bajar la percepción.

Recomendaciones

¿CUIDAS
DE TU
SALUD
MENTAL?



http://2.bp.blogspot.com/_7a51uuVke0/UJVsraqvYTI/AAAAAAAAAAB_8/f18BEGK380U/s320/diasaludmental+copia.png

Promover la salud mental

1. Se propone promover la salud mental, la convivencia ciudadana y la calidad de vida:



- 1.1. Abriendo espacios para la salud mental.
- 1.2. Movilizando a la comunidad contra la violencia.
- 1.3. Promoviendo el conocimiento acerca de la salud mental.

2. Incentivar la prevención:

- 2.1. Formando al persona de salud.
- 2.2. Creando guías.
- 2.3. Identificando casos.
- 2.4. Desarrollando educación comunitaria.
- 2.5. Desarrollando la participación comunitaria contra el abuso de drogas.

3. Acciones intersectoriales:

- 3.1. Capacitando educadores.
- 3.2. Crear planes de integración en y para la comunidad.
- 3.3. Promover entornos laborables saludables.

4. Acciones integrales:

- 4.1. Detectando.
- 4.2. Capacitando al personal.
- 4.3. Con guías y protocolos.
- 4.4. Promover la gestión del conocimiento.

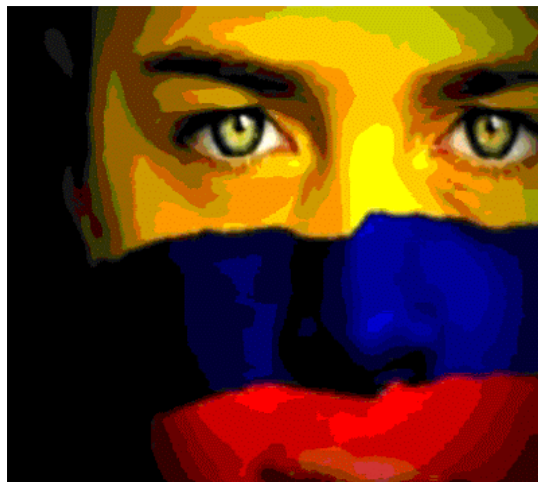
5. Crear rutas integradoras en la comunidad:

- 5.1. Acciones frente la falta de acceso.
- 5.2. Evaluar la calidad de los servicios.

QUÉ HACER CON ESTE ESTUDIO

Creemos (quienes hacemos el resumen) que vale la pena construir grupos de análisis y entrar a hacer revisiones y propuestas. Resulta muy evidente que se deben incrementar las intervenciones pues nuestras prevalencias de alteraciones mentales son altas. Asimismo, incentivar la cohesión social y familiar, resulta clave, pues la familia es el apoyo más constante que tienen los colombianos. Pero debemos incrementar la convivencia con los demás. Es de esperar que el desplazamiento disminuya con el proceso de paz... ¡Esto es clave para la salud mental!

El estudio deja ver cómo la pobreza, entre sus consecuencias, afecta de manera importante la salud mental. Razón de más para propender por la Atención Primaria en Salud como una forma de buscar equilibrar esta desigualdad.



http://1.bp.blogspot.com/_F91feBa12dU/SraqWy4d3VI/AAAAAAAAAF4/qx5bThLMid8/s400/Colombia_Es_Pasion.gif

Esperamos haber resumido y expuesto este magnífico estudio de forma entendible. Invitamos a los lectores a que lean el original y reiteramos que nuestra intención solo ha sido contribuir con la divulgación.

