



Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Salud Pública
República de Colombia



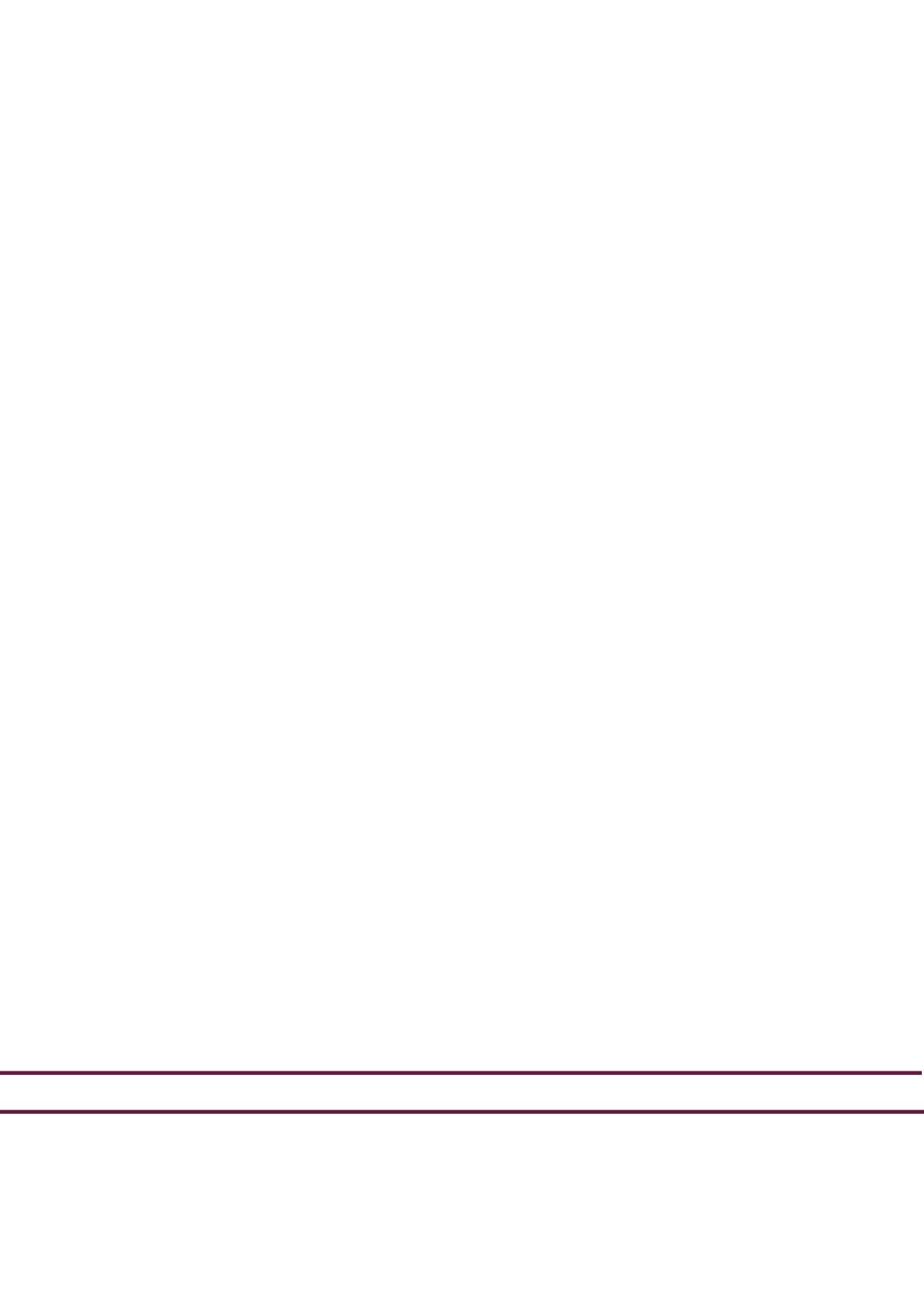
UNODC
Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

Situación de salud mental del adolescente

Estudio Nacional de Salud Mental Colombia

The Who World Mental Health Survey Consortium





Situación de salud mental del adolescente

Estudio Nacional de Salud Mental Colombia

The Who World Mental Health Survey Consortium



Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Salud Pública
República de Colombia



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

ISBN 978-958-8674-04-9

SITUACIÓN DE SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE
ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL, COLOMBIA

Editora
Yolanda Torres de Galvis

Grupo de investigación en salud mental – Universidad CES
Yolanda Torres de Galvis
Dedys Yajaira Berbesí Fernández
José Bareño Silva
Liliana Patricia Montoya Vélez

Ministerio de la Protección Social

Diseño e impresión: L. Vieco e Hijas Ltda.
Impresión noviembre 2010

Queda prohibida la reproducción parcial o total
de este documento, por cualquier medio escrito
o visual, sin previa autorización del Ministerio de
la Protección Social.



MAURICIO SANTAMARÍA SALAMANCA
MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

JAVIER HUMBERTO GAMBOA BENAVIDEZ
VICEMINISTRO TÉCNICO

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
VICEMINISTRA DE SALUD Y BIENESTAR

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ
VICEMINISTRO DE RELACIONES LABORALES

GERARDO BURGOS BERNAL
SECRETARIO GENERAL

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ
DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA

ALDEMAR PARRA ESPITIA
COORDINADOR GRUPO DE SALUD MENTAL Y DROGAS



DIRECTOR

JOSE A. POSADA VILLA

INVESTIGADORES:

YOLANDA TORRES DE GALVIS

ND. EPIDEMIÓLOGA – MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA Dra. HC
Jefe Grupo Salud Mental - Facultad de Medicina CES

DEDSY YAJAIRA BERBESI FERNÁNDEZ

ENFERMERA MG. EPIDEMIOLOGÍA
Grupo Observatorio Salud Pública - Facultad de Medicina CES

JOSE BAREÑO SILVA

MD. ESPECIALISTA EN ESTADÍSTICA. MG. EPIDEMIOLOGÍA
Grupo Observatorio Salud Pública - Facultad de Medicina CES

LILIANA PATRICIA MONTOYA VELEZ

GERENTE EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN. MG EPIDEMIOLOGÍA
Grupo Salud Mental - Facultad de Medicina CES

COLABORADORES:

JOSE MIGUEL COTES TORRES

INGENIERO. Ph.D

GLORIA MARIA SIERRA HINCAPIE

GERENTE EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN

MARÍA WITTER ESTRADA MONSALVE

ASISTENTE ADMINISTRATIVA

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 15 |
| Antecedentes | 15 |
| Objetivos | 15 |
| Metodología | 16 |
| Principales hallazgos | 16 |
| | |
| 1. INTRODUCCIÓN | 23 |
| | |
| 2. ESTADO DEL ARTE SOBRE LA SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE | 31 |
| 2.1 Datos generales sobre el comportamiento del problema | 32 |
| 2.2 Trastornos de la conducta | 34 |
| 2.3 Trastornos de ansiedad | 34 |
| 2.3.1 El trastorno de ansiedad generalizada | 36 |
| 2.3.2 Trastorno de angustia con agorafobia | 36 |
| 2.3.3 Fobia específica | 38 |
| 2.3.4 Fobia social | 38 |
| 2.3.5 Trastorno de ansiedad de separación | 39 |
| 2.3.6 El Trastorno de estrés postraumático | 40 |
| 2.4 Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia | 44 |
| 2.4.1 El trastorno por hiperactividad o déficit de atención (TDAH) | 44 |
| 2.5 Trastorno de la conducta - trastorno disocial | 51 |
| 2.6 Los trastornos de la alimentación | 54 |
| 2.7 Trastornos por consumo de sustancias | 56 |
| 2.7.1. Dependencia de sustancias | 56 |
| 2.8 Trastornos del estado de ánimo | 62 |
| 2.8.1 Trastorno depresivo mayor | 62 |

| | |
|---|-----|
| 3. DISEÑO METODOLÓGICO | 71 |
| 3.1 Universo y muestra | 71 |
| 3.2 Instrumento de recolección | 72 |
| 3.3 Procesamiento y análisis de la información | 75 |
| 4. CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL ADOLESCENTE EN COLOMBIA | |
| 4.1 Características de la población de estudio | 79 |
| 4.1.1 Variables socio demográficas | 79 |
| 4.1.2 Variables sobre la composición y funcionamiento familiar | 84 |
| 4.1.3 Comportamientos de indicadores de espiritualidad | 93 |
| 4.1.4 Eventos vitales | 95 |
| 4.1.5 Relaciones sexuales y embarazo en adolescentes | 97 |
| 4.1.6 Experiencias de maltrato familiar | 98 |
| 4.1.7 Morbilidad sentida en los Adolescentes | 100 |
| 5. PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LOS ADOLESCENTES EN COLOMBIA | 105 |
| 5.1 Trastornos de ansiedad | 106 |
| 5.2 Trastornos afectivos | 113 |
| 5.3 Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia | 117 |
| 5.4 Trastornos por uso de sustancias | 120 |
| 5.5 Trastornos de la alimentación | 125 |
| 5.6 Cualquier trastorno | 126 |
| 5.7 Edad de inicio para trastornos psiquiátricos seleccionados | 131 |
| 6. FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE DEPRESIÓN E INDICADORES DE SUICIDIO | |
| 6.1 Aspectos generales | 139 |
| 6.2 Resultados sobre depresión | 140 |
| 6.3 Resultados de suicidio | 145 |
| 7. CONCLUSIONES | 157 |
| 8. RECOMENDACIONES | 159 |
| AGRADECIMIENTOS | 164 |
| BIBLIOGRAFÍA | 167 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|--------------------|---|-----|
| Gráfico 1. | Distribución según sexo | 79 |
| Gráfico 2. | Distribución según edad y sexo | 80 |
| Gráfico 3. | Distribución de Adolescentes según último año escolaridad | 80 |
| Gráfico 4. | Distribución según dedicación estudio-trabajo | 81 |
| Gráfico 5. | Proporción de adolescentes con trabajo temporal de medio tiempo | 82 |
| Gráfico 6. | Proporción de adolescentes con trabajo durante el año escolar | 82 |
| Gráfico 7. | ¿Qué tan lejos espera usted llegar en el colegio o la escuela? | 83 |
| Gráfico 8. | Alguna vez estuvo suspendido del colegio | 84 |
| Gráfico 9. | ¿La mayoría de mis profesores me tratan justamente? | 84 |
| Gráfico 10. | ¿Quién fue la figura paterna durante la mayor parte de su niñez? | 85 |
| Gráfico 11. | ¿Quién fue la figura materna durante la mayor parte de su niñez? | 85 |
| Gráfico 12. | Trabajo remunerado del padre en la niñez | 86 |
| Gráfico 13. | Percepción de las finanzas familiares | 86 |
| Gráfico 14. | ¿En el último año, alguna vez pasó hambre y no comió porque no tenía dinero para pagar la comida? | 87 |
| Gráfico 15. | Relación con los hermanos/as | 89 |
| Gráfico 16. | Información sobre el padre | 89 |
| Gráfico 17. | Información sobre la madre | 90 |
| Gráfico 18. | Frecuencia de asistencia a servicios religiosos | 93 |
| Gráfico 19. | Importancia dada a las creencias espirituales | 94 |
| Gráfico 20. | Búsqueda de consuelo por medios espirituales | 95 |
| Gráfico 21. | ¿Ha tenido relaciones sexuales? | 97 |
| Gráfico 22. | ¿Ha tenido un hijo? | 98 |
| Gráfico 23. | Percepción de salud mental | 101 |
| Gráfico 24. | Trastornos de ansiedad | 112 |
| Gráfico 25. | Comportamiento del indicadores de prevalencia para el total de la población para trastornos Afectivos | 117 |
| Gráfico 26. | Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia | 120 |
| Gráfico 27. | Trastornos por uso de sustancias | 125 |
| Gráfico 28. | Cualquier trastorno. Prevalencia de vida | 129 |
| Gráfico 29. | Cualquier trastorno. Prevalencia anual | 130 |
| Gráfico 30. | Cualquier trastorno. Prevalencia 30 días | 130 |
| Gráfico 31. | Edad de inicio. Agorafobia | 131 |

| | | |
|--------------------|---|-----|
| Gráfico 32. | Edad de inicio. Trastorno de angustia con agorafobia | 131 |
| Gráfico 33. | Edad de inicio. Trastorno estrés postraumático | 132 |
| Gráfico 34. | Edad de inicio. Trastorno ansiedad por separación | 132 |
| Gráfico 35. | Edad de inicio. Trastorno manía | 133 |
| Gráfico 36. | Edad de inicio. Trastorno disocial | 133 |
| Gráfico 37. | Edad de inicio. Trastorno déficit de atención | 134 |
| Gráfico 38. | Edad de inicio. Trastorno hiperactividad | 134 |
| Gráfico 39. | Edad de inicio. Trastorno negativista desafiante | 135 |
| Gráfico 40. | Factores asociados a la depresión mayor en los últimos 12 meses | 143 |
| Gráfico 41. | Factores de protección para depresión mayor en los últimos 12 meses | 144 |
| Gráfico 42. | Ha pensado seriamente la posibilidad de suicidarse | 145 |
| Gráfico 43. | Edad de inicio de la presentación de ideación suicida | 145 |
| Gráfico 44. | Cuantos años tenía la primera vez que hizo un plan para suicidarse | 146 |
| Gráfico 45. | Cuantos años tenía la primera vez que intento suicidarse | 146 |
| Gráfico 46. | Factores asociados al intento de suicidio en los últimos 12 meses | 151 |
| Gráfico 47. | Factores de protección para intento de suicidio en los últimos 12 meses | 153 |

LISTA DE TABLAS

| | | |
|------------------|---|-----|
| Tabla 1. | Prevalencia anual de trastornos mentales | 20 |
| Tabla 2. | Prevalencia anual estimada para trastornos mentales y estimación del número de casos por índice de corrección intercensal | 21 |
| Tabla 3. | Distribución según edad y sexo | 79 |
| Tabla 4. | Distribución de adolescentes según último año de escolaridad | 81 |
| Tabla 5. | ¿Qué tan lejos espera usted llegar en el colegio o la escuela? | 83 |
| Tabla 6. | Percepción de sobre las finanzas familiares | 87 |
| Tabla 7. | Antecedentes de los hermanos | 88 |
| Tabla 8. | Cohesión familiar | 91 |
| Tabla 9. | Frecuencia de asistencia a servicios religiosos | 94 |
| Tabla 10. | Importancia dada a las creencias religiosas | 94 |
| Tabla 11. | Búsqueda de consuelo por medios espirituales | 95 |
| Tabla 12. | Eventos vitales | 96 |
| Tabla 13. | Indicadores de maltrato que afectan a los adolescentes | 98 |
| Tabla 14. | Morbilidad sentida por depresión según tamización | 100 |
| Tabla 15. | Morbilidad sentida por déficit de atención/trastorno de hiperactividad, según tamización | 100 |
| Tabla 16. | Morbilidad sentida por estrés, según tamización | 101 |
| Tabla 17. | Indicadores de prevalencia para trastorno de angustia con agorafobia por cien según sexo y razón hombre/mujer | 107 |
| Tabla 18. | Indicadores de prevalencia para trastorno de angustia con agorafobia por cien según edad | 108 |
| Tabla 19. | Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según sexo y razón hombre/mujer | 108 |
| Tabla 20. | Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según edad | 109 |
| Tabla 21. | Indicadores de prevalencia para agorafobia por cien según sexo y razón hombre/mujer | 109 |
| Tabla 22. | Indicadores de prevalencia para agorafobia por cien según edad | 110 |
| Tabla 23. | Indicadores de prevalencia para trastorno por estrés postraumático por cien según sexo y razón hombre/mujer | 110 |
| Tabla 24. | Indicadores de prevalencia para trastorno por estrés postraumático por cien según edad | 110 |
| Tabla 25. | Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo y razón hombre/mujer | 111 |

| | | |
|------------------|--|-----|
| Tabla 26. | Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según edad | 111 |
| Tabla 27. | Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer | 111 |
| Tabla 28. | Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según edad | 112 |
| Tabla 29. | Indicadores de prevalencia para depresión mayor por cien según sexo y razón hombre/mujer | 113 |
| Tabla 30. | Indicadores de prevalencia para depresión mayor por cien según edad | 114 |
| Tabla 31. | Indicadores de prevalencia para distimia por cien según sexo y razón hombre/mujer | 114 |
| Tabla 32. | Indicadores de prevalencia para distimia por cien según edad | 115 |
| Tabla 33. | Indicadores de prevalencia para bipolar I y II por cien según sexo y razón hombre/mujer | 115 |
| Tabla 34. | Indicadores de prevalencia para bipolar I y II por cien según edad | 115 |
| Tabla 35. | Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según sexo y razón hombre/mujer | 116 |
| Tabla 36. | Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según edad | 116 |
| Tabla 37. | Indicadores de prevalencia para trastorno negativista desafiante por cien según sexo y razón hombre/mujer | 117 |
| Tabla 38. | Indicadores de prevalencia para trastorno negativista desafiante por cien según edad | 118 |
| Tabla 39. | Indicadores de prevalencia para trastorno de conducta por cien según sexo y razón hombre/mujer | 118 |
| Tabla 40. | Indicadores de prevalencia para trastornos de conducta por cien según edad | 119 |
| Tabla 41. | Indicadores de prevalencia para cualquier trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer | 119 |
| Tabla 42. | Indicadores de prevalencia para cualquier trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia por cien según edad | 119 |
| Tabla 43. | Indicadores de prevalencia para abuso de alcohol por cien según sexo y razón hombre/mujer | 120 |
| Tabla 44. | Indicadores de prevalencia para abuso de alcohol por cien según edad | 121 |
| Tabla 45. | Indicadores de prevalencia para abuso de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer | 121 |
| Tabla 46. | Indicadores de prevalencia para abuso de drogas por cien según edad | 122 |
| Tabla 47. | Indicadores de prevalencia para dependencia de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer | 122 |
| Tabla 48. | Indicadores de prevalencia para dependencia de drogas por cien según edad | 122 |

| | | |
|------------------|---|-----|
| Tabla 49. | Indicadores de prevalencia para abuso de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer | 123 |
| Tabla 50. | Indicadores de prevalencia para dependencia de tabaco por cien según edad | 123 |
| Tabla 51. | Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por sustancias por cien según sexo y razón hombre/mujer | 124 |
| Tabla 52. | Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por sustancias por cien según edad | 124 |
| Tabla 53. | Indicadores de prevalencia para bulimia nerviosa por cien según sexo y razón hombre/mujer | 125 |
| Tabla 54. | Indicadores de prevalencia para bulimia nerviosa por cien según edad | 126 |
| Tabla 55. | Indicadores de prevalencia para anorexia nerviosa por cien según sexo y razón hombre/mujer | 126 |
| Tabla 56. | Indicadores de prevalencia para anorexia nerviosa por cien según edad | 126 |
| Tabla 57. | Indicadores de prevalencia de vida por cien según sexo y razón hombre/mujer | 127 |
| Tabla 58. | Indicadores de prevalencia 12 meses para uno o más trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer | 127 |
| Tabla 59. | Indicadores de prevalencia 30 días para uno o más trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer | 128 |
| Tabla 60. | Indicadores de prevalencia de vida para uno o más trastornos por cien según edad | 128 |
| Tabla 61. | Indicadores de prevalencia últimos 12 meses para uno o más trastornos por cien según edad | 129 |
| Tabla 62. | Indicadores de prevalencia últimos 30 días para uno o más trastornos por cien según edad | 130 |
| Tabla 63. | Prevalencia de vida y en el último año de depresión mayor | 141 |
| Tabla 64. | Antecedentes familiares asociados a depresión mayor en la vida y en el último año | 141 |
| Tabla 65. | Antecedentes de maltrato asociados a depresión mayor en la vida y en el último año | 142 |
| Tabla 66. | Consumo de sustancias y su asociación con depresión mayor en la vida y en el último año | 142 |
| Tabla 67. | Factores de protección asociados a depresión mayor en la vida y en el último año | 144 |
| Tabla 68. | Prevalencia de vida y en el último año de indicadores de suicidio | 147 |
| Tabla 69. | Antecedentes familiares como factores asociados a indicadores de suicidio en los últimos 12 meses | 148 |
| Tabla 70. | Antecedentes de maltrato como factores asociados a los indicadores de suicidio en los últimos 12 meses | 148 |

| | | |
|------------------|--|-----|
| Tabla 71. | Consumo de sustancias como factores asociados al suicidio en los últimos 12 meses | 149 |
| Tabla 72. | Otros factores de riesgo asociados a indicadores de intento de suicidio durante los últimos 12 meses | 150 |
| Tabla 73. | Factores de protección asociados a los indicadores de suicidio en la vida | 152 |
| Tabla 74. | Factores de protección asociados a los indicadores de suicidio en los últimos 12 meses | 152 |

*“Nuestra juventud es decadente e indisciplinada,
Los jóvenes ya no escuchan los consejos de los ancianos,
el fin de los tiempos está cerca”.*

Anónimo de Caldea 2000AC

Antecedentes

El Ministerio de Protección Social de Colombia es consciente, de que las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan entre 10% y 15% de los niños, las niñas y los adolescentes(1). En América Latina y el Caribe, según algunos estudios seleccionados, la prevalencia puntual (en el momento de la investigación) de cualquier trastorno varía de 12,7% a 15%(2). Y que además estas son las primeras manifestaciones de afecciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta y brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz.

Reconociendo que la formulación de una política en Salud Mental Infantil requiere del conocimiento del comportamiento de los indicadores de prevalencia de los problemas mentales, considerados como esenciales para la adecuada formulación de la política pública para proveer servicios de salud y que en nuestro país no contábamos con estudios epidemiológicos nacionales, realizados sobre este importante grupo poblacional lo cual se comportaba como un obstáculo a la hora de intentar planificar políticas y organizar servicios, el ente nacional, resolvió formar parte del WMH-CIDI (Estudio Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la de Salud) incluyendo una muestra de población de adolescentes entre los 13 y los 17 años.

Objetivos

El estudio se llevo a cabo con base en la formulación de lo siguientes objetivos: 1- Describir las condiciones socio demográficas del grupo estudiado. 2- Establecer los factores relacionados con las condiciones crianza y desarrollo que pudieran afectar la salud mental del adolescente y dar las bases para futuras evaluaciones

de su comportamiento como factores asociados a los trastornos mentales estudiados. 3- Calcular los indicadores de prevalencia de vida, de los últimos 12 meses y los últimos 30 días de los trastornos mentales, su comportamiento por sexo y edad, así como la edad de inicio.

Metodología

Este ambicioso proyecto, que se llevó a cabo en 26 países alrededor del mundo, busca suplir la deficiencia de disponibilidad de información, a través de metodologías que permiten su comparación transcultural, y para ello utiliza el CIDI versión de adolescentes instrumento de diagnóstico que se aplica por medio de una entrevista estructurada desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, que ha sido validado mediante diversas pruebas, incluyendo un cuidadoso examen a su traducción y adaptación al español y del que se aplicó la versión computarizada asistida (CAPI) a través del uso de computadoras portátiles con el software Blaise. La etapa de recolección de la información fue contratada con la Fundación FES Social, institución con amplia experiencia en estudios de salud.

Se llevo a cabo mediante una encuesta de hogares en una muestra probabilística polietápica aplicada a 1.520 adolescentes de 13-17 años residentes en la el área urbana de los 25 principales departamentos de Colombia. Este proceso fue acorde con los lineamientos dados por la OMS y cuyos criterios básicos fueron no cambiar el sentido de ninguna de las preguntas y no alterar el código de identificación asignado a cada una de ellas.

El presente informe está sustentado en la base de datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental en Colombia, aprobada por la OMS y la Universidad de Harvard.

Principales hallazgos

Población: Se estudió un total de 1.520 adolescentes, del área urbana, de los cuales 48,4% pertenecen al sexo masculino y el 51,6% al femenino. Cerca al 80,0% se encontraban estudiando, llama la atención que un alto porcentaje 18,9% en las mujeres al 23,1% en el sexo masculino informó compartir el tiempo de estudio con trabajo parcial. Con relación a las expectativas de avance académico el 71,7% aspira a graduarse como profesional, siendo mayor esta proporción para el sexo femenino. Sólo el 1,40% no aspira a graduarse.

Composición y funcionamiento familiar: Las preguntas sobre los antecedentes familiares son de gran importancia dada la fuerte influencia que pueden representar para el comportamiento y la situación de salud mental del adolescente.

Padres: La más alta proporción con 73,2% contestó que el padre biológico es el jefe de la familia, no se contó con figura paterna en el 12,0%. Otro hombre el 7,1%. El 14,4% de los jóvenes respondió que la figura paterna fue el padre adoptivo, el padrastro u otro hombre. A pesar de lo anterior al responder la pregunta: ¿Ha vivido continuamente con su padre biológico a lo largo de su vida? Solo el 62,0% respondió que sí.

La madre biológica, fue la figura materna con un 93,1%, otra mujer en un 5,5%, madre adoptiva con casi el 1,0%, madrastra en 0,2% y no había con 0,3%. Vale la pena resaltar que la presencia de la madre biológica es superior en un 20,0% al padre biológico, por lo anterior se confirma que es muy importante la figura materna en la cultura colombiana.

A la pregunta sobre trabajo remunerado del padre en la niñez, el 80,3% respondió siempre y el 10,6% casi siempre. De todas maneras es preocupante que el 4,8% respondió que casi nunca y el 2,6% nunca.

En cuanto a los hermanos, se preguntó sobre consumo de cigarrillo u otras drogas como la marihuana, las respuestas para cigarrillo muestran que el 9,1% de los hermanos consumen cigarrillo, siendo mayor la proporción para el sexo masculino. El consumo de marihuana u otras drogas se informó solo para los hermanos con el 0,6%.

Con relación a problemas de comportamiento social la información muestra como un 2,2% “en alguna oportunidad carga navajas, revolver u otras armas”; el 2,2% “se involucra en peleas a golpes”; el 1,3% “en alguna oportunidad ha robado cosas”, el 1,3% en alguna oportunidad y a propósito ha destruido propiedades de otras personas. El 0,3% ha sido arrestado o detenido, situación que solo se informa para el sexo femenino con el 0,6%.

Como indicador de trastornos mentales de los hermanos se preguntó: “En alguna oportunidad se pone realmente triste o deprimido por un periodo de dos semanas o más tiempo”, las respuestas positivas fueron para el 4,7%, siendo más frecuente para las hermanas, con diferencia estadísticamente significativa.

Con relación a antecedentes entre los hermanos de percepción sobre nerviosismo o ansiedad se informó para el 8,8% sin diferencia en el comportamiento por sexo.

La pregunta sobre pérdida de algún curso o grado en el colegio o la escuela se respondió positivamente para el 14,8% sin diferencias por sexo.

La información sobre la calidad de las relaciones con los hermanos se presenta como factor de protección al ser un indicador de la red de apoyo familiar, 52,7%

la clasifican como excelente y muy buena, el 30,9% como buena, entre regular y mala el 14,8%.

Los resultados del presente estudio confirman el excelente comportamiento de la cohesión de la familia a pesar de los cambios que se han venido presentando en su tipología.

Antecedentes personales: Con relación al uso del cigarrillo el 4,7% fuma actualmente, el 2,5%, dejó de fumar y el 8,5% ha fumado algunas veces.

Relaciones sexuales y embarazo: El 24,9% ha tenido relaciones sexuales, siendo más alta la frecuencia para el sexo masculino con el 31,6% versus el 18,1% para el femenino. El 4,1% de las jóvenes informan haber tenido un hijo versus el 0,4% de los hombres.

Espiritualidad: Variables que en otros estudios se comportan como factores de protección, como la espiritualidad, presentan los siguientes resultados: cerca al 40,0% asisten a misa o a otro culto semanalmente; el 78,0% responde que las creencias religiosas son muy importantes o algo importantes para ellos.

Eventos vitales: Con relación a los eventos estresantes, se aplicó una escala en la cual los principales resultados fueron:

- Ruptura de una relación romántica con el 21,9%
- Tener una gran desilusión cuando esperaba que le sucediera una cosa muy buena y no sucedió con 21,1%
- Ruptura de alguna otra relación de amistad importante con 18,0%
- Desacuerdo con los padres o familiares cercanos el 8,5%
- Desacuerdo con alguno de sus amigos el 13,2%
- La muerte de algún amigo cercano o de algún miembro de la familia con 12,9%
- La enfermedad grave o una lesión de un amigo cercano o de algún miembro de la familia 7,1%
- Crisis económica grave en el 4,7%
- Embarazar a alguien o haber estado embarazada con 2,3% para el total, proporción que se incrementa en las jóvenes del sexo femenino con 3,7%, versus 0,9% en los del sexo masculino. La diferencia puede explicarse por un compañero sexual de mayor edad que el grupo estudiado.

Experiencias de maltrato familiar: La exposición a situaciones peligrosas obligados o por culpa de los padres o personas encargadas del cuidado del niño, a pesar de no presentarse en una proporción muy alta, se presentan como

factores de riesgo que pueden afectar la salud mental del adolescente y el futuro desarrollo del adulto.

- ¿Con que frecuencia tenía que hacer cosas que fueran difíciles o peligrosas para una persona de su edad? En el caso de los jóvenes del sexo masculino al sumar las frecuencias: siempre y algunas veces, llega al 18,0%, siendo menor en las jóvenes del sexo femenino con el 15,0%.
- ¿Con que frecuencia permitían que saliera solo o sin supervisión siendo usted muy joven? La ausencia de supervisión es mayor del 10,0% y se presenta igual para los dos sexos.
- ¿Con que frecuencia le faltaban cosas que necesitaba tales como ropa, zapatos o utensilios escolares porque sus padres o personas responsables de usted se gastaban el dinero en ellos mismos? La frecuencia llega para las primeras respuestas al 10,5% sin diferencia por sexo.
- ¿Con que frecuencia sus padres o personas responsables de usted permitían que pasara hambre o no preparaban comida normal o habitual? El 11,4% siente que esto le pasa siempre o algunas veces.
- ¿Con que frecuencia sus padres o las personas responsables de usted lo abandonaron o no le suministraron tratamiento médico cuando estuvo enfermo o lesionado? El 6,5% de los jóvenes informan haber padecido estas situaciones.

Finalmente esta primera parte de los resultados del estudio se cierra con los resultados de la percepción de salud mental de los adolescentes: el 38,2% informa tener una excelente salud mental, un 21,1% con muy buena y 34,8% buena; solo 5,8% la percibe como regular o mala.

Trastornos psiquiátricos: En la segunda parte de los hallazgos se presentan los resultados de la aplicación del instrumento **CIDI-OMS** que fue calibrado con el DSM –IV por el director del Consorcio responsable del estudio mundial y su grupo con la metodología seguida en el **WMH-CIDI**.

Las prevalencias informadas son el producto del procesamiento de la base de datos generada después de todos los controles de calidad exigidos por el Consorcio, con la aplicación de los criterios de expansión y los algoritmos diagnósticos, preparados por el equipo de Harvard.

Tabla 1. Prevalencia anual de trastornos mentales
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes-Colombia

| Trastorno | Prevalencia por cien últimos 12 meses | | | Razón por sexo |
|--|---------------------------------------|---------------|-------|----------------|
| | Sexo masculino | Sexo femenino | Total | |
| I Trastornos de ansiedad | | | | |
| Trastorno de angustia con agorafobia | 0,7% | 1,4% | 1,1% | 2,0 |
| Ansiedad generalizada | 0,4% | 0,6% | 0,5% | 1,5 |
| Agorafobia | 2,2% | 4,8% | 3,8% | 2,0 |
| Estrés postraumático | 0,2% | 1,4% | 0,8% | 7,0 |
| Ansiedad por separación | 0,4% | 0,6% | 1,7% | 3,3 |
| Cualquier trastorno ansiedad | 3,5% | 7,5% | 5,5% | 2,1 |
| II Trastornos del estado del ánimo | | | | |
| Depresión mayor | 3,5% | 6,5% | 5,0% | 1,9 |
| Distimia | 0,0% | 0,3% | 0,1% | N.C |
| Bipolar I | 0,4% | 0,3% | 0,3% | 1,3 |
| Bipolar II | 0,5% | 0,6% | 0,5% | 0,8 |
| Cualquier trastorno afectivo | 3,8% | 6,8% | 5,3% | 1,8 |
| III Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia | | | | |
| Negativista desafiante | 1,6% | 2,5% | 2,0% | 1,6 |
| Trastorno de conducta | 1,9% | 0,8% | 1,4% | 2,3 |
| Déficit de atención e hiperactividad | 1,6% | 0,7% | 1,2% | 2,3 |
| Cualquier trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia | 7,6% | 7,6% | 7,6% | 1,0 |
| IV Trastornos por uso de sustancias | | | | |
| Abuso de alcohol | 4,4% | 2,4% | 3,4% | 0,5 |
| Dependencia de drogas | 0,1% | 0,2% | 0,2% | 0,5 |
| Abuso de drogas | 1,15% | 0,4% | 0,78% | 0,34 |
| Dependencia del tabaco | 0,1% | 0,6% | 0,4% | 6 |
| V Trastornos de la alimentación | | | | |
| Bulimia nerviosa | 0,2% | 0,3% | 0,3% | 1,0 |
| Anorexia Nerviosa* | 0,0% | 0,0% | 0,0% | N.A |
| Cualquier trastorno mental | | | | |
| Uno o más | 11,4% | 13,3% | 12,4% | 1,17 |
| Dos o más | 4,1% | 3,4% | 3,7% | 0,83 |
| Tres o más | 0,8% | 2,1% | 1,5% | 2,63 |

NC: No calculable

* Para este trastorno no se presentó prevalencia anual

A continuación se presenta la estimación del número de casos esperados para cada uno de los trastornos mentales estudiados aplicando el indicador de prevalencia a la población del 2003 de acuerdo a la aplicación de los criterios de corrección y expansión de la muestra informada en los aspectos metodológicos, para la estimación de los casos esperados para el 2010 se aplicó el índice de corrección poblacional intercensal.

Tabla 2. Prevalencia anual estimada para trastornos mentales y estimación del número de casos por índice de corrección intercensal
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes – Colombia

| Diagnóstico | Prevalencia 12 meses | 2003 | 2010 |
|---|-------------------------|-------------|-------------|
| | | Total Casos | Total Casos |
| I Trastornos de ansiedad | | | |
| Ansiedad generalizada | 0,5% | 14.193 | 15.060 |
| Angustia (pánico) | 1,1% | 31.355 | 33.270 |
| Fobia social | - | - | - |
| Fobia específica | - | - | - |
| Agorafobia | 3,8% | 113.745 | 120.692 |
| Estrés postraumático | 0,8% | 24.282 | 25.765 |
| Obsesivo compulsivo | - | - | - |
| II Trastornos del estado del ánimo | | | |
| Episodio depresivo mayor | 5,0% | 148.196 | 157.248 |
| Distimia | 0,1% | 4.085 | 4.335 |
| Bipolar | 0,3% | 10.050 | 10.664 |
| Bipolar/Manía | 1,7% | 51.385 | 54.524 |
| III Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencias | | | |
| T. Negativista desafiante | 2,0% | 60.204 | 63.881 |
| Conducta disocial | 1,4% | 40.834 | 43.328 |
| Déficit de atención | 0,4% | 10.989 | 11.660 |
| Hiperactividad | 0,9% | 25.200 | 26.739 |
| IV Trastornos por uso de sustancias | | | |
| Dependencia | 0,4% | 10.724 | 11.379 |
| Abuso de alcohol | 3,4% | 101.846 | 108.067 |
| Dependencia de alcohol | - | - | - |
| Abuso de drogas | 0,8% | 23.548 | 24.986 |
| Dependencia a drogas | 0,2% | 5.161 | 5.476 |
| V Trastornos de la alimentación | | | |
| Bulimia | 0,3% | 7.680 | 8.149 |
| Anorexia Nerviosa | - | - | - |

Los resultados se consideran de gran importancia para la formulación de política y asignación de recursos necesarios para la atención de los trastornos mentales del adolescente en Colombia.

1. INTRODUCCIÓN

“Los niños son nuestro futuro. Con la política y el planeamiento bien concebidos, los gobiernos pueden promover la salud mental de los niños y los adolescentes, para su beneficio, el de la familia, la comunidad y la sociedad.” (3)

“Muchas cosas que pueden esperar, los niños no, ahora es el momento, sus huesos están en formación, y sus sentidos se están desarrollando, a él nosotros no podemos contestarle mañana, su nombre es hoy.”

Gabriela Mistral

No hay salud sin salud mental. La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales y esta comorbilidad no sólo complica la búsqueda de ayuda y de tratamiento sino que influye en el pronóstico(4).

Los estudios epidemiológicos suelen reflejar diferentes proporciones de prevalencia de acuerdo a la metodología usada, los tipos de trastornos incluidos en la investigación y el periodo de tiempo tomado como referencia. No obstante, se calcula que 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida(1).

En 1990 se calculaba que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe; en el 2004 esa carga había ascendido a 22%(5,6).

El suicidio es un fenómeno complejo que tiene expresiones locales y regionales. Cada año mueren en el mundo por causa del suicidio alrededor de un millón de personas, de las cuales unas 63.000 corresponden a las Américas, lo que representa una tasa de mortalidad ajustada según la edad (2000-2004) de 7,4 por 100.000 habitantes (7).

Las enfermedades mentales están vinculadas a la mortalidad por suicidio. Las principales causas de mortalidad para los adolescentes son las externas, que incluyen accidentes, homicidios y suicidios(8).

El abuso o la dependencia del alcohol o de otras sustancias psicoactivas, como las drogas ilícitas o los psicotrópicos recetados, son también problemas cada vez mayores y la brecha de tratamiento es grande. Sin embargo, no se dispone de los servicios públicos adecuados para afrontar esta situación.

Las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan entre 10% y 15% de los niños, las niñas y los adolescentes(1). En América Latina y el Caribe, según algunos estudios seleccionados, la prevalencia de punto, en el momento de la investigación, para cualquier trastorno variaba de 12,7% a 15%(2). Estas son las primeras manifestaciones de afecciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta y brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz. La brecha de tratamiento en la niñez y la adolescencia es aún mayor que en los adultos(9).

La malnutrición puede inhibir el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños y niñas causando discapacidades permanentes. Además, es frecuente que en situaciones de carencia de alimentos los menores no reciban una estimulación psicosocial apropiada, lo que agrava el problema(10). Algunos trastornos como la epilepsia y la discapacidad intelectual pueden estar relacionados con lesiones ocurridas en el nacimiento y su incidencia se puede reducir mediante cuidados perinatales apropiados.

Los trastornos mentales, el abuso de sustancias y la violencia contra mujeres, niños y niñas, son factores de riesgo para contraer el VIH/sida. Un informe reciente de la OMS señaló que la prevalencia de trastornos mentales en pacientes con VIH/sida es significativamente superior si se compara con la población general(11).

El informe de la OMS sobre recursos de salud mental para niños y adolescentes(9) puso de relieve la falta de servicios de salud mental apropiados para este grupo poblacional, a pesar de que la mayoría de los países son signatarios de la Convención sobre los Derechos del Niño. Los programas bien estructurados de promoción y prevención en el campo de la salud mental son escasos o no han recibido suficiente atención en la región y no siempre están bien articulados con otros sectores de pertinencia particular, como el educativo, por ejemplo(9).

En octubre del 2008, la OMS presentó el Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias(12). Este programa se basa en

las mejores evidencias científicas disponibles y ofrece un conjunto de estrategias y actividades para ampliar y mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

Área estratégica No. 2 propuesta por la OPS/OMS en el 2009: *Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez**

Para reducir la carga que significan los trastornos mentales resulta esencial prestar atención a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos psíquicos. La promoción de la salud mental se inserta dentro del contexto más amplio de la salud pública y propone un enfoque diferente al curativo, que hace hincapié en la protección de los atributos positivos de la salud mental y el fomento del estado de bienestar(13). Los factores de riesgo y de protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida, y muchos de ellos pueden modificarse. **También hay pruebas de que los programas dirigidos a la infancia y las intervenciones tempranas en la vida son eficaces**(14).

Las intervenciones de promoción y prevención pueden estar dirigidas a factores que perpetúan la mala salud y a determinados grupos de población. Es necesario trabajar en entornos particulares (la escuela es crucial), aunque también se debe abordar el medio laboral y la comunidad. La estrategia de “Entornos Saludables” (comunidades, escuelas y centros laborales saludables) es un proceso de promoción de la causa, coordinación multisectorial y movilización social, donde debe insertarse el componente salud mental para contribuir al desarrollo humano integral. También son elementos importantes la concientización del público, el papel de los medios de comunicación, el uso de los recursos comunitarios y la participación de otros sectores(15). La estigmatización y discriminación de las personas con trastornos mentales es uno de los obstáculos más grandes que hay que salvar en la comunidad, en el marco del fomento de un desarrollo humano incluyente.

Objetivo

Incorporar el componente de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos y por abuso de sustancias en los planes de salud mental, **asegurando la ejecución de actividades especiales con niños, niñas y adolescentes.**

La salud mental es un componente crítico de la salud general de los niños y adolescentes. Fomentar su salud social y emocional como parte de desarrollo sano debe ser una prioridad. La promoción de la salud mental y el tratamiento de desórdenes mentales del niño y el adolescente, deben ser metas importantes de la salud pública.(16)

Las experiencias en la niñez tienen un importante impacto en la salud de las personas a través de la vida, las experiencias de la adolescencia se encuentran fuertemente asociadas al estado de salud muchos años después(17).

* OPS/OMS 144.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO Washington, D.C., EUA, del 22 al 26 de junio del 2009

La planificación en salud mental infantil necesita del aporte epidemiológico que dé cuenta de la situación actual y que permita a su vez, evaluar el impacto de las acciones a desarrollar. El establecimiento de una política en salud mental infantil requiere del conocimiento del comportamiento de los indicadores de prevalencia de los problemas mentales, considerados como esenciales para la adecuada formulación de la política pública para proveer servicios de salud. A su vez, es una necesidad contar con información coherente, continua y comparable, para poder detectar insuficiencias, proponer acciones y evaluar resultados. En nuestro país no contábamos con estudios epidemiológicos nacionales, realizados sobre este importante grupo poblacional lo cual se comportaba como un obstáculo a la hora de intentar la formulación de políticas, planificar y organizar servicios.

En el Atlas de Salud Mental de la OMS de 2005, se señala como muchos países continúan gastando solamente un pequeño porcentaje de su presupuesto sanitario en salud mental. Una quinta parte de los más de 100 países que han facilitado datos para el estudio gastan menos del 1% de su presupuesto dedicado a la atención de la salud en salud mental. Ello contrasta con la estimación de la OMS de que el 13% de toda la carga de morbilidad se debe a los diversos trastornos neuropsiquiátricos(18).

La salud mental es un pilar de gran importancia dentro de los programas de atención integral al del adolescente, a pesar de que en el país se han realizado importantes estudios sobre la salud mental de la población adulta, el grupo de adolescentes no había sido suficientemente estudiado, lo cual ha traído como consecuencia la preocupación de los encargados de la toma de decisiones, ya que los indicadores sobre ésta problemática, tales como suicidio en jóvenes, percepción de riesgo psicosocial, participación de este grupo como actores y víctimas de la violencia social, embarazo en las adolescentes y consumo de sustancias psicoactivas, han sido motivo de preocupación de los entes encargados de la salud en el país.

Aceptamos como lo propone la OMS(19), los riesgos inherentes a la medicalización en cualquier discusión de los problemas de salud mental de niños y adolescentes y de los problemas del desarrollo psicosocial. Se presentan muchos intereses equívocos que ponen en peligro un acercamiento imparcial y objetivo llevando a un enfoque hacia "*trastorno médico o mental*". Sin embargo, esto no justifica que los responsables de la salud pública no le den la prioridad que tiene la problemática de salud mental en este importante grupo, para lograr alcanzar el mejoramiento de la salud mental del niño y del adolescente y favorecer así el desarrollo óptimo de los adultos de mañana(3).

La magnitud de la carga de la enfermedad por desórdenes mentales relacionada con el niño y el adolescente se ha sentido por los clínicos y los padres, pero hasta hace poco tiempo ha sido difícil de cuantificar. Ahora, con las crisis sociales la participación de niños afectados por la guerra, explotados como fuerza de trabajo y aun sexualmente, el incremento de los huérfanos por SIDA, los forzados a emigrar por razones económicas y políticas, las dimensiones de la carga de los desórdenes mentales es cada vez más evidente y cuantificable. Se estima que en 26 países africanos el número de los niños huérfanos por cualquier razón será más del doble antes de 2010 y el 68% de éstos serán resultado de SIDA. 40 millones de niños en 23 países en vías de desarrollo perderán a uno o ambos padres antes de 2010(20).

El Primer Estudio Nacional de Salud Mental del Adolescente forma parte de la iniciativa internacional liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominada Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM). Su objetivo fue evaluar el estado de las enfermedades mentales y las patologías sociales en países con diferentes grados de desarrollo, así como determinar las necesidades en materia de asistencia médica y orientar las políticas de salud.

Con su realización se ha llenado este vacío, al incluir en la muestra adolescentes entre 12 y 17 años, hoy se presentan los principales resultados, que incluyen en la primera parte aspectos psicosociales, datos referentes a eventos vitales ocurridos en la infancia y aspectos demográficos de gran importancia para el desarrollo saludable del joven.

En la segunda parte se presentan los indicadores relacionados con la prevalencia de los trastornos mentales, como resultado de la aplicación del instrumento **WMH-CIDI**, (Composite International Diagnostic Interview) que es una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, de la que existen dos versiones, en el estudio de Colombia se utilizó la versión computarizada asistida (CAPI) de aplicación a través del uso de computadoras portátiles con el software Blaise.

Estado del arte sobre la salud mental del adolescente

Yolanda Torres de Galvis,
José Posada Villa



2. ESTADO DEL ARTE SOBRE LA SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE

Yolanda Torres de Galvis, José Posada Villa

“El ser capaz de llenar el ocio de una manera inteligente, es el último resultado de la civilización”

Bertrand Russell

La Organización Mundial de la Salud define salud mental como “Estado de bienestar sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en por el que los individuos reconocen sus capacidades y puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar ser productivos, así como formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar contractivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social de sus comunidades”. La aplicación de tales definiciones basadas en el adulto, a los adolescentes e identificar problemas de salud mentales en la gente joven pueden ser difíciles, dado los cambios en comportamiento, las capacidades del pensamiento e identidad que ocurren durante los años adolescentes.

Para conocer la población **adolescente** es necesario retomar su definición por ser un momento evolutivo tan trascendental en el desarrollo y aparición de situaciones de índole psicológico. Este concepto nos remite a la etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.

No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. Es difícil establecer límites cronológicos para este período; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

Muchos niños y adolescentes tienen problemas de salud mental que interfieren con su desarrollo normal y con las actividades de la vida cotidiana. Algunos problemas de éstos son leves, mientras otros son más graves. Algunos problemas de

salud mental duran solamente períodos cortos de tiempo, mientras que otros, potencialmente, pueden durar toda la vida.

2.1 Datos generales sobre el comportamiento del problema

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (National Institute of Mental Health, su sigla en inglés es NIMH), que forma parte de los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, su sigla en inglés es NIH), se calcula que en ese país, uno de cada cinco niños y adolescentes podría tener un trastorno de salud mental.

La misma fuente afirma que, según datos generados en investigaciones, hasta un 3 por ciento de los niños y hasta un 8 por ciento de los adolescentes en los EE.UU. sufren de depresión.

- A nivel mundial un 20% de niños y adolescentes sufre de algún trastorno o enfermedad mental que los incapacita(21).
- El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes(22).
- La depresión mayor (MDD) tiene a menudo su inicio en la adolescencia, y se asocia a problemas psicosociales severos y al incremento del riesgo de comportamientos relacionados con trastornos de la conducta y suicidio(23).
- Los trastornos de la conducta tienden a persistir en la adolescencia y vida del adulto, manifestándose como abuso de drogas, delincuencia juvenil, criminalidad del adulto, comportamiento antisocial, problemas maritales, malas interrelaciones en el trabajo y desempleo, problemas interpersonales, y mala salud física(24).
- Scout(25) demostró los costos crecientes para la sociedad como consecuencia de los trastornos de la conducta diagnosticados en la niñez y que persisten en el adolescente y el adulto. Leibson(26) informó en su estudio que en períodos de nueve años los costos médicos para la atención de los niños con síndrome de déficit de atención son de US\$4.306,00 comparados con US\$1.944,00 para los niños sin el problema. Los costos más altos son debidos a altos índices de admisión a los servicios de urgencias y a las consultas ambulatorias frecuentes del niño a los servicios de atención primaria. El estudio excluyó los costos del tratamiento por psiquiatras y otros profesionales de salud mental.
- Weissman y colaboradores(23) establecieron en un estudio longitudinal el pobre resultado del tratamiento de depresión mayor, de inicio en

la adolescencia y que persiste en edad adulta, así como la asociación con altos índices del suicidio consumado y tentativas de suicidio, a la par que al incremento de hospitalizaciones psiquiátricas y médicas, debilitamiento psicosocial y bajo rendimiento académico. Séllder(27) informó que los niños con trastorno depresivo mayor en la pre-adolescencia, como adultos tenían mayor riesgo comparados con un grupo control para la presentación de trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, desórdenes por uso de sustancias y suicidio.

Los trastornos de la alimentación están aumentando su prevalencia en diferentes culturas.(27) Estos desórdenes son difíciles de tratar y se ha demostrado su persistencia en la edad adulta, en los casos de inicio durante la adolescencia(28). El 21,6% de las jóvenes universitarias con desórdenes de la alimentación también llenaron los criterios clínicos para estos trastornos, diez años más tarde(29).

Es muy importante tener en cuenta que se puede buscar ayuda. La mayoría de los niños y adolescentes que tienen problemas de salud mental pueden retomar sus actividades diarias normales si reciben el tratamiento adecuado.

- Después de controlar factores de confusión Woodward y Fergusson(30) encontraron que permanecía la asociación significativa entre el número de eventos por desórdenes de ansiedad presentados en la adolescencia y el mayor riesgo de presentar depresión mayor, síndrome de dependencia a droga ilícitas y deserción en la universidad en adultos jóvenes.

Problemas mentales más comunes entre adolescentes

| Problema o trastorno | % de prevalencia |
|---|------------------|
| Depresión | 3 - 5 |
| Ansiedad | 4 - 6 |
| Déficit de atención/Trastorno de hiperactividad | 2 - 4 |
| Trastornos de la alimentación | 1 - 2 |
| Trastornos de la conducta | 4 - 6 |
| Uso abusivo de sustancias | 2 - 6 |
| Angustia con agorafobia | 1 - 2 |
| Trastorno de estrés postraumático | 1 - 2 |
| Personalidad borderline | 1 - 3 |
| Esquizofrenia | 0 - 5 |
| Autismo | 0 - 6 |

Costello et al. (Arch Gen Psychiatry 2003;60: 837-44); Ford et al. (J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42: 1203-11); Fombonne (J Autism Dev Disord 2003;33: 365-82).

Los trastornos mentales y los problemas de salud mental parecen haber aumentado considerablemente entre adolescentes en los últimos 20-30 años. El incremento ha sido debido a los cambios sociales, incluyendo los cambios de estructura de la familia, el desempleo de la juventud cada vez más alto, el aumento de las presiones educativas y vocacionales. La prevalencia de los desórdenes mentales de la salud entre los jóvenes de 11 a 15 años en Gran Bretaña se estima que han aumentado en el 11%, en especial los problemas de la conducta siendo más comunes entre jóvenes del sexo masculino, la depresión y la ansiedad son los más comunes entre las jóvenes.

En nuestro medio, el consumo y abuso de drogas ha mostrado incremento, en estudio realizado en el 2003(31), se presentó una prevalencia anual de consumo de marihuana de 6,6% y de vida de 10,6%, proporciones que al compararlas con estudios anteriores han sufrido un fuerte incremento.

2.2 Trastornos de la conducta

A continuación se presentan las prevalencias de trastornos de la conducta (Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta edición DSM-IV) en jóvenes de 13-15 años en países seleccionados.

| | |
|----------------|------|
| Estados Unidos | 3,8% |
| Holanda | 5,7% |
| Gran Bretaña | 3,3% |
| Escocia | 8,2% |
| Nueva Zelanda | 3,7% |

Fuente: (*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42: 941-9); Ford et al. (*Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42: 1203-11); Verhulst et al. (*Arch Gen Psychiatry* 1997;54: 329-36); Costello et al. (*Arch Gen Psychiatry* 2003;60: 837-44)

En estudios realizados en Medellín por el Grupo de Investigación en Salud Mental CES, se ha encontrado un riesgo para comportamiento violento moderado con una prevalencia de 16% y severo de 11,6%(32).

2.3 Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son de los problemas de salud mental más comunes que se presentan en niños y adolescentes.

En estudio realizado en una muestra de 3.005 adolescentes en México con igual metodología que el presente estudio, se encontró que el 24,6% de los hombres y el 35,0% de las mujeres presentaron cualquier trastorno por ansiedad(33).

Los trastornos de ansiedad son los problemas de salud mental más comunes en los niños y los adolescentes. En un estudio a gran escala realizado en niños de entre 9 y 17 años de edad, se informó que el 13% habían padecido un trastorno de la ansiedad en el año anterior y también se informó que las niñas presentaron mayor frecuencia. Además se presentó comorbilidad con otros trastornos como depresión y trastornos del comportamiento. Otras fuentes señalan que del 5 al 20 por ciento de los niños son diagnosticados con algún tipo de trastorno de ansiedad.

Los diferentes trastornos de ansiedad que afectan a los niños y los adolescentes, que requieren atención a cargo de un médico u otro profesional de la salud, pueden persistir a menudo en la edad adulta.

Mientras que el trastorno de ansiedad es más frecuente entre niños, los ataques de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia con agorafobia presentan mayor frecuencia durante la adolescencia. El trastorno de ansiedad generalizada es marcado por la preocupación excesiva incontrolada, acompañada por dificultad en concentrarse, irritabilidad, problemas del sueño y a menudo fatiga.

- **Factores asociados**

Hipótesis sobre los factores genéticos. La ansiedad y la depresión están influenciadas por la transformación del modo de regulación de la sustancia química cerebral llamada serotonina, los cambios en un gen que codifica el transportador de serotonina pueden conducir a la disminución de su transporte a las células nerviosas del cerebro. Anomalías en el sistema de serotonina están asociadas con la ansiedad y la depresión.

En estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) como resultado del análisis de imágenes cerebrales, se informó que los hallazgos en adolescentes con ansiedad y depresión que comparten la misma versión del “Mood Gene” (gen del estado de ánimo), presentan diferentes reacciones cerebrales al presentarles imágenes de terror, al compararlos con los adultos. Esto sorprende ya que la ansiedad y la depresión durante la adolescencia se comportan como predictores de la presentación del trastorno en la edad adulta(34). En el estudio de Lau y sus colegas, se encontró que los adolescentes sanos que tienen al menos una copia de la versión corta del mood gen, la amígdala reacciona más de lo que ocurre en adolescentes sanos que tienen dos copias de la versión larga del mismo. Este resultado es el mismo en adultos sanos; sin embargo, en adolescentes con ansiedad o depresión, se encontraron los resultados opuestos. En los adolescentes afectados al menos en una copia de la versión corta del gen, la amígdala reacciona menos de lo que ocurre en los adolescentes afectados que tienen dos copias de la versión larga.

2.3.1 El trastorno de ansiedad generalizada

Según el DSM-IV, el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

El trastorno de ansiedad generalizado (TAG) provoca en quienes lo padecen una preocupación y miedo crónicos y exagerados que no parecen tener causa justificada. Los niños y los adolescentes que sufren el trastorno de ansiedad generalizado con frecuencia se preocupan demasiado por los hechos futuros, los comportamientos pasados, la aceptación social, los asuntos familiares, sus habilidades personales o el desempeño escolar.

Como vimos anteriormente, se ha propuesto que los trastornos de ansiedad se originan por factores biológicos, familiares y ambientales. Es muy probable que el desequilibrio químico entre dos sustancias del cerebro (la norepinefrina y la serotonina) contribuya al desarrollo de los trastornos de ansiedad. Un niño o adolescente puede heredar una tendencia biológica a ser ansioso, pero también es posible que esta conducta se adquiera de la exposición ambiental por la presentación en otros miembros de la familia o de otras personas que manifiestan frecuentemente una ansiedad y miedo más evidentes en presencia del niño. Por ejemplo, un padre que le teme a las tormentas eléctricas puede transmitirle ese miedo a su hijo. También una experiencia traumática puede provocar ansiedad.

Todos los niños y adolescentes experimentan algún tipo de ansiedad; es una característica normal del crecimiento. Sin embargo, generalmente se manifiesta un trastorno de ansiedad cuando las preocupaciones y los miedos del niño o el adolescente no se disipan e interfieren con sus actividades. Los hijos de padres que sufren un trastorno de ansiedad son más propensos a desarrollar este trastorno.

2.3.2 Trastorno de angustia con agorafobia*

Según el DSM-IV Las crisis de angustia suelen aparecer en el contexto de diversos trastornos de ansiedad, su descripción y sus criterios diagnósticos son los siguientes:

La característica principal de una crisis de angustia o ataque de pánico, es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos cuatro de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez

* Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. MASSON S.P.A. Via Statuto, 2 - 20121 Milano

(habitualmente en 10 minutos o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. Los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos vienen constituidos por palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o «volverse loco», miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones (35).

Estudios epidemiológicos elaborados en diferentes lugares del mundo indican de forma consistente que la prevalencia del trastorno de angustia (con o sin agorafobia) se sitúa entre el 1,5% y el 3,5 %. Entre un tercio y la mitad de los diagnosticados de trastorno de angustia en la población general presentan también agorafobia, si bien esta última puede observarse más frecuentemente en población clínica.

La edad de inicio de éste trastorno varía considerablemente, si bien lo más frecuente es que el inicio tenga lugar entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida, lo que podría indicar una distribución de tipo bimodal, con un pico de incidencia al final de la adolescencia y otro pico de menor entidad en la mitad de la cuarta década de la vida. Un número reducido de casos puede iniciarse en la segunda infancia.

También se describe como la aparición de ataques repentinos de terror, recurrentes a menudo asociados con signos y síntomas fisiológicos y psicológicos usualmente latidos fuertes del corazón, transpiración, debilidad, mareos, o desfallecimiento. Como con otros problemas de salud mental en adolescencia, los desórdenes de la ansiedad son acompañados a menudo por otras condiciones, particularmente depresión (36). La prevalencia es mayor en la mujer, su comienzo puede aparecer en la adolescencia(37).

Durante estos ataques, las personas con trastorno de angustia con agorafobia pueden acalorarse o sentir frío, sentir un hormigueo en las manos o sentir las adormecidas; y experimentar náuseas, dolor en el pecho, o sensaciones asfixiantes. Los ataques de pánico usualmente producen una sensación de irrealidad, miedo a una fatalidad inminente, o miedo de perder el control. Los ataques de pánico pueden ocurrir en cualquier momento, incluso al dormir. Usualmente, un ataque alcanza su máxima intensidad durante los primeros diez minutos, pero algunos síntomas pueden durar mucho más tiempo.

Es normal que los niños y adolescentes desarrollen ciertos miedos y experimenten cierta anticipación temerosa de los problemas (ansiedad) durante

el curso de su desarrollo. Con el tiempo, los miedos normales desaparecen cuando los niños aprenden más acerca de qué esperar del entorno y de las relaciones con los demás. Cuando sus miedos no se disipan y comienzan a interferir con la vida y las actividades diarias del niño o del adolescente, puede ser signo de un trastorno de la ansiedad, y los padres deben consultar con un médico de inmediato.

2.3.3 Fobia específica

Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

2.3.4 Fobia social

Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

Los adolescentes con fobia social tienen miedo intenso, persistente, y crónico de ser observados y juzgados por los demás y de hacer cosas que les producirán vergüenza. Se pueden sentir preocupados durante días o semanas antes de una situación que les produce temor. Este miedo puede tornarse tan intenso, que interfiere con sus estudios, y demás actividades comunes, y puede dificultar el hacer nuevas amistades o mantenerlas.

Aunque las personas con fobia social son conscientes de que sus miedos de estar con la gente son excesivos o irracionales, son incapaces de superarlos. Incluso en el caso de que logren enfrentar sus temores al estar rodeadas de otras personas, con frecuencia se sienten muy ansiosas de antemano, estando muy incómodas durante el encuentro, y la preocupación continúa durante horas después de pasada la situación, por la preocupación acerca de cómo fueron juzgadas por los demás.

La fobia social se puede limitar a una sola situación (tal como preguntar algo a la gente, comer o beber, o escribir en un tablero en frente a los demás), o puede ser tan amplia (como en el caso de la fobia social generalizada) que la persona puede experimentar ansiedad en presencia de prácticamente cualquier persona que no sea de su familia.

Los síntomas físicos que acompañan con frecuencia a la fobia social incluyen enrojecimiento, transpiración intensa, temblor, náuseas, y dificultad para hablar. Cuando estos síntomas ocurren, los adolescentes con fobia social sienten que todas las personas los están mirando.

El trastorno afecta a aproximadamente 15 millones de adultos estadounidenses(38). Las mujeres y los hombres tienen la misma probabilidad de desarrollar el trastorno(39), el cual normalmente comienza en la infancia o al inicio de la adolescencia(40). Existe evidencia de que hay factores genéticos involucrados(41).

Normalmente, la fobia social viene acompañada de otros trastornos de ansiedad o depresión(42) y se puede llevar al abuso de sustancias psicoactivas cuando las personas tratan de automedicarse para tratar su ansiedad. Puede ser tratada con éxito con ciertos tipos de psicoterapia o medicamentos.

2.3.5 Trastorno de ansiedad de separación

El trastorno de ansiedad de separación (su sigla en inglés es SAD) se define como la preocupación o el temor excesivos de ser separados de familiares o personas con las cuales el niño está más unido afectivamente. Los niños con trastorno de ansiedad de separación temen perderse de su familia o que algo malo le ocurra a un miembro de la familia si se separa de ellos.

Los síntomas de ansiedad o temor ante la separación de miembros de la familia deben presentarse mínimo cuatro semanas para ser considerados como trastorno de ansiedad de separación. Se diferencia de la ansiedad ante desconocidos, que es normal y suele manifestarse entre 7 y 11 meses de edad. Los síntomas del trastorno de ansiedad por separación (SAD por su sigla en inglés) son más severos que la ansiedad de separación normal que experimentan casi todos los niños en cierto grado, entre los 18 meses y los tres años de edad.

Se han encontrado factores biológicos, familiares y ambientales que contribuyen a la causa de los trastornos de ansiedad. Un desequilibrio entre dos transmisores químicos del cerebro (norepinefrina y serotonina) muy probablemente contribuya a la causa de los trastornos de ansiedad. Mientras que un niño o adolescente quizá haya heredado una tendencia biológica a ser ansioso, la ansiedad y el temor también pueden ser aprendidos de miembros de la familia u otras personas que manifiesten con frecuencia gran ansiedad cerca del niño. Una experiencia traumática también puede desencadenar la ansiedad.

Todos los niños y adolescentes experimentan algún grado de ansiedad, como parte normal del crecimiento, sin embargo, cuando la preocupación y los temores ante la separación del hogar o la familia no son apropiados para la edad, puede tratarse de un trastorno de ansiedad de separación. Los informes indican que el SAD afecta por igual a varones y mujeres. Los primeros síntomas de SAD suelen aparecer alrededor de tercer o cuarto grado. En general, la aparición de

los síntomas ocurre luego de un receso escolar, como las vacaciones o una enfermedad prolongada. Se estima que un cuatro por ciento de los niños pequeños tienen SAD, mientras que la cifra para adolescentes es algo menor. Los hijos de padres con trastornos de ansiedad presentan mayor probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad.

Investigaciones recientes han confirmado que las características personales pueden jugar un papel importante en los trastornos de ansiedad entre algunos niños y adolescentes. Por ejemplo, algunos niños suelen ser muy tímidos y adoptar una actitud retraída en situaciones fuera del ámbito familiar, lo que ya es un posible signo de riesgo en desarrollar estos trastornos. La investigación en esta área es muy compleja debido a que los miedos en la niñez a menudo suelen desaparecer al crecer.

También se hace hincapié en que debería realizarse una observación más cuidadosa cuando los niños tienen entre 6 y 8 años. Durante este período, el miedo de los niños a la oscuridad y a las criaturas imaginarias disminuye y se acrecienta la ansiedad hacia el rendimiento escolar y las relaciones sociales. Un exceso de ansiedad en los niños de esta edad, puede ser una señal de alarma en cuanto al posterior desarrollo de trastornos de ansiedad.

Los estudios sugieren que los niños y adolescentes tienen más posibilidad de desarrollar el trastorno si sus padres lo padecen. Sin embargo, no prueban si los trastornos son de origen biológico o del entorno o ambos.

2.3.6 El Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) es una enfermedad real. Se puede sufrir de PTSD luego de vivir eventos traumáticos como la guerra, huracanes, violaciones, abusos físicos o un accidente grave. El PTSD produce entre sus síntomas sensación de estrés e intenso miedo después de pasado el peligro. Además afecta a la gente que le rodea.

El PTSD puede causar síntomas como:

- “Flashbacks” o el sentimiento de que el evento está sucediendo nuevamente
- Dificultad para dormir o pesadillas
- Sentimiento de soledad
- Explosiones de ira
- Sentimientos de preocupación, culpa o tristeza

El PTSD comienza en momentos diferentes dependiendo de la persona. Los síntomas de PTSD pueden empezar inmediatamente después del evento traumático y

permanecer por tiempo largo. Otras personas desarrollan síntomas nuevos y más serios meses o hasta años más tarde.

Los tratamientos pueden ser farmacológicos y pueden ayudar a estar menos tenso. Es posible que necesite algunas semanas para que los medicamentos surtan efecto. La psicoterapia o consejería también puede ser de ayuda para los afectados con PTSD.

El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

Fuentes potenciales de traumatismo

Los niños corren más riesgo de estar expuestos a la violencia en el hogar y en las calles. Cada año, más de un millón de niños son víctimas confirmadas de abuso infantil. El ochenta y siete por ciento de los niños en escolaridad primaria que viven en zonas urbanas deprimidas han visto un arresto; el 84 por ciento ha escuchado disparos de armas de fuego; el 25 por ciento ha visto un asesinato.

Infortunadamente no es fácil proponer cifras para Colombia, pero se estima que pueden ser iguales y aun mayores por la situación de violencia que vivimos.

El trastorno por estrés postraumático es un trastorno debilitante que a menudo se presenta después de algún suceso aterrador por sus circunstancias físicas o emocionales, que hace que la persona que ha sobrevivido a ese suceso tenga pensamientos y recuerdos persistentes y aterradores de esa terrible experiencia. Los individuos que tienen PTSD se sienten con frecuencia paralizados emocionalmente de forma crónica. El PTSD en los niños generalmente se transforma en un trastorno crónico.

He aquí una lista de circunstancias que pueden desencadenar el PTSD: algo que ocurrió en la vida de la persona, algo que sucedió en la vida de una persona cercana o algo que la persona presenció.

El riesgo de que un niño desarrolle PTSD a menudo se ve afectado por la proximidad y la relación del niño con el trauma, la seriedad del trauma, la duración del suceso traumático, la recurrencia del suceso traumático, la capacidad de recuperación del niño, las habilidades que tenga para sobrellevarlo, y los recursos de apoyo de que disponga en la familia y la comunidad luego del suceso o sucesos.

Los siguientes son algunos ejemplos de hechos catastróficos que atentan contra la vida y que pueden causar un PTSD cuando son presenciados o vividos por un niño o un adolescente:

- Accidentes graves (como accidentes de automóvil o de ferrocarril)
- Catástrofes naturales (por ejemplo, inundaciones o terremotos)
- Catástrofes provocadas por el hombre (por ejemplo, bombardeos, tomas gerrilleras)
- Ataques personales violentos (asaltos, violaciones, tortura, cautiverio o secuestro)
- Maltrato físico
- Ataque sexual
- Acoso sexual
- Maltrato emocional
- Abandono

A continuación se toman apartes de la publicación generada en la red de National Child Traumatic Stress a cargo del National Center for Child Traumatic Stress, Los Ángeles, California y Durham, North Carolina.

Las experiencias traumáticas no son comunes en las vidas de la mayoría de los niños. No obstante, anualmente se diagnostica PTSD a unos 3.000.000 de niños. Ningún estudio ha analizado la incidencia general del PTSD específicamente en niños y adolescentes. Sin embargo, se calcula que asciende al 40% en los vecindarios muy violentos(43).

Lo que una situación traumatizante significa para un adolescente(43)

Con ayuda, los adolescentes comienzan a juzgar el peligro y a enfrentarse a él por su cuenta. Esta es una destreza de desarrollo y hasta llegar ahí muchas cosas podrían andar mal. El grado de independencia que van adquiriendo hace que los adolescentes pueden encontrarse en más situaciones que trasciendan de peligro a trauma. Hay quienes se ven involucrados –bien sea como conductores o como pasajeros– en accidentes de tránsito; situaciones generadas en la violencia que nos viene afectando; otros adolescentes llegan a ser víctimas de violación, de violencia por parte de su acompañante, de atentados contra el pudor, de agresión grave. Algunos son testigos de actos de violencia en la escuela o en la comunidad y otros pasan por la experiencia de perder amigos bajo circunstancias dolorosas. Mientras un adolescente está pasando por una situación traumatizante, toma decisiones concernientes en cuanto a intervenir, dejar de intervenir, en qué forma intervenir y si debiera recurrir a la violencia para contrarrestar la violencia. A veces los adolescentes se sienten culpables al pensar que lo que hicieron sólo sirvió para empeorar la situación. Ellos están aprendiendo de qué modo manejar

intensas reacciones físicas y emocionales al actuar frente al peligro. Están aprendiendo además sobre las motivaciones y las intenciones humanas y sobre todo lo concerniente a responsabilidad y sobre la lucha contra lo que se relacione con irresponsabilidad y maldad.

Infelizmente nuestra realidad nacional, ha expuesto a los niños y adolescentes, a situaciones muy graves y de inminente peligro para ellos o para sus seres queridos más cercanos. Muchos niños y adolescentes han sido reclutados por grupos fuera de la ley que los han obligado a participar en actos de suma violencia contra su voluntad o a ser testigos de estas situaciones.

Pero mirando hacia los primeros años debemos recordar que a medida en que los niños y los adolescentes crecen, van aprendiendo acerca de distintos tipos de peligro. Siempre buscamos maneras de que la vida sea más segura. Sin embargo, a veces suceden cosas terribles dentro y fuera de la familia. Éstas pueden surgir de imprevisto, en el momento menos pensado. Los niños podrían experimentar traumas diversos en el transcurso de la niñez a la adolescencia. Algunos traumas, tales como el de maltrato infantil o presenciar actos de violencia en el hogar, pueden ocurrir repetidas veces y por mucho tiempo.

Los peligros pueden llegar a ser “traumáticos” cuando amenazan con producir graves lesiones o muerte. Las experiencias traumatizantes incluyen también la violación física o sexual. El presenciar actos de violencia, graves lesiones o una muerte violenta puede ser igualmente traumático.

Existen peligros de gran escala como desastres, guerras y terrorismo que amenazan a un número grande de niños y familias al mismo tiempo. Hay peligros que son particulares a una comunidad o a un vecindario, tales como el crimen, la violencia en la escuela y los accidentes de tránsito. Dentro del hogar: violencia doméstica y maltrato y abuso infantil. Las experiencias traumáticas pueden tener como origen más de una de estas categorías.

Lo que una situación traumatizante significa para un niño pequeño(43)

Imaginemos lo que significa para un niño pequeño encontrarse en una situación traumatizante. Puede sentirse totalmente impotente, llorar para pedir ayuda y desear desesperadamente que alguien intervenga. Verse obligado a separarse de los padres o de quienes estén a cargo de su cuidado puede hacerlos sentir amenazados. Para juzgar la gravedad del peligro, los niños pequeños dependen del “escudo protector” que les proveen los adultos y hermanos mayores y también dependen de ellos para su seguridad y bienestar. Son muchas las veces en que ellos no se dan cuenta del peligro hasta el momento mismo del trauma. Por

ejemplo, cuando están a punto de ahogarse, de quemarse accidentalmente o de ser atacados por un perro. Los niños pequeños pueden ser el blanco de maltrato o de abuso sexual precisamente de las personas en quienes confían para protección y seguridad propia. Algunos niñitos presencian incidentes de violencia en su propia familia y hay casos en que quedan desamparados luego de que uno de sus progenitores, o la persona que los cuida, resulta herida, por ejemplo, en un accidente automovilístico. Los niños se angustian sobremanera al oír a uno de sus progenitores, o a la persona a cargo de su cuidado, llorar amargamente.

Lo que una situación traumatizante significa para un niño de edad escolar

Al ir enfrentándose a otros peligros, los niños de edad escolar van adquiriendo capacidad para juzgar el punto de gravedad de una amenaza. Ya empiezan a pensar en qué forma podrían protegerse. Por lo general no se ven a sí mismos con el poder para encarar un peligro grave, pero ya pueden imaginar lo que quisieran poder hacer y cómo llegar a actuar como héroes de las tirillas cómicas. Por lo tanto, en situaciones traumatizantes, como en casos en que un familiar es el blanco de la violencia, los niños de esta edad pueden sentirse que son un fracaso por no haber hecho algo para ayudar a la víctima. También, a veces se sienten abochornados o culpables. Hay acontecimientos traumáticos que les suceden a los padres no estando los niños con ellos porque se encontraban en la escuela, en el vecindario o jugando con sus amigos. Es mayormente en esta edad, durante los años escolares, que los niños son víctima de acoso sexual. A esta edad, los niños se asustan por la precipitación de sus emociones y de sus reacciones físicas y esto hace que sean más sus temores a los peligros del exterior. Esto se puede ilustrar esto con las palabras de una niña de ocho años al describir cómo se sentía ante un suceso traumatizante: –Mi corazón palpitaba a tal velocidad que llegué a pensar que me iba a partir en pedazos.

2.4 Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

2.4.1 El trastorno por hiperactividad o déficit de atención (TDAH)

El trastorno por déficit de atención (TDAH por su sigla en inglés), es un trastorno del comportamiento, normalmente diagnosticado en la infancia, que se caracteriza por la falta de atención, impulsividad y, en algunos casos, hiperactividad. Estos síntomas normalmente se producen de forma conjunta; sin embargo, uno puede ocurrir sin los otros. El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se diagnostica entre un 3,0% y un 5,0% de los niños en edad escolar. Se calcula que un 4,1% de los niños de entre 9 y 17 años tienen trastornos de déficit de atención con hiperactividad.

Es un trastorno del comportamiento infantil, de base genética, en el que se encuentran implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocan en el niño alteraciones atencionales, impulsividad y sobreactividad motora. Se trata, de un problema genérico de falta de autocontrol con amplias repercusiones en su desarrollo, su capacidad de aprendizaje y su ajuste social(44).

Es uno de los trastornos neuroconductuales más comunes de la niñez. Generalmente se diagnostica desde la infancia y a menudo perdura hasta la edad adulta. Los niños con este diagnóstico tienen dificultad para prestar atención, presentan un comportamiento impulsivo (pueden actuar sin pensar en las consecuencias) y en algunos casos, son hiperactivos.

- **Clasificación**

Desde 1902, fecha en que el trastorno fue definido por primera vez(45), hasta ahora han sido diversas las propuestas de conceptualización, diagnóstico y tratamiento. Los intentos por determinar una tasa de prevalencia se ven afectados por toda una serie de factores: las variaciones en la clasificación clínica de los criterios diagnósticos (lo que ha afectado al número y a la combinación de signos necesarios para el diagnóstico del TDAH: DSM-II, III, III-R, IV3, IV-TR4, ICD-9, 10) (35,46), los métodos de evaluación diagnóstica empleados, la fuente de información (padres, maestros, cuidadores), el tipo de muestra (clínica, poblacional) y las características socioculturales (sexo, nivel de maduración y edad, nivel socioeconómico, etc.).

El enfoque clínico asigna sujetos a categorías diagnósticas específicas. Hay diferentes clasificaciones en este sentido, si bien el DSM-IV y la ICD-10 han hecho esfuerzos por aproximarse. Actualmente el DSM-IV distingue tres subtipos: combinado (TDA-C), predominio inatención (TDA-I) y predominio hiperactividad/impulsividad (TDA-H); como principal novedad respecto de otros sistemas diagnósticos, exige que la sintomatología se confirme en dos o más ambientes diferentes.

Hay tres tipos distintos de TDAH, dependiendo de los síntomas que predominantes:

- **Tipo con déficit de atención predominante:** a la persona se le dificulta organizar o terminar una tarea, prestar atención a los detalles o seguir instrucciones o conversaciones. Se distrae fácilmente o se olvida detalles sobre las actividades cotidianas.
- **Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo:** la persona no puede estar quieta y habla mucho. Le es difícil permanecer quieta por mucho tiempo (p. ej., para comer o hacer la tarea). Los niños pequeños tienden

a correr, saltar o trepar por donde pueden constantemente. La persona se siente intranquila y tiene problemas de impulsividad. Una persona impulsiva puede que interrumpa mucho a los demás, les arrebate cosas o hable cuando no debe. Se le dificulta esperar su turno o escuchar instrucciones. Una persona impulsiva puede tener más accidentes y lesiones que otras.

- **Tipo combinado:** la persona presenta por igual los síntomas de los dos tipos anteriores.

En la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), las características definitorias son sobreactividad extrema e inatención que se manifiestan en diferentes situaciones (pervasiva) e incluye como dato diferencial del DSM-IV que los síntomas de atención y sobreactividad motora deben ser observados directamente y no basados exclusivamente en los cuestionarios de padres y maestros. A pesar del consenso en la comunidad científica acerca del sustrato biológico de este trastorno, hasta ahora no existen marcadores clínicos ni de laboratorio que puedan identificarlo claramente, añadiendo más confusión a su ubicación nosológica.

- **Prevalencia**

Las estimaciones generales sugieren que 4,1 por ciento de niños entre las edades de 9 y 17 años presentan TDAH. Los niños tienen una probabilidad entre dos y tres veces mayor de tenerlo que las niñas.

A pesar de lo anterior investigadores como Pineda D. y sus colaboradores informan que con la aplicación de los criterios del DSM-IV, la prevalencia en los niños en edad escolar en países desarrollados se encuentra entre el 5 y el 10% y aproximadamente entre el 20 y el 30% de los niños con ADHD presentan problemas del aprendizaje(47).

Esther Cardo y Servera-Barceló, plantean en un interesante artículo sobre el tema, como el primer problema para un estudio de prevalencia es definir qué es el "caso". Para el TDAH, un trastorno multicomponente complejo, y consideran éste un problema que todavía no ha sido totalmente resuelto(48).

Los autores citados toman como punto de partida los estudios epidemiológicos realizados a principios de los años setenta en la isla de Wight(45), tanto por las ventajas implícitas que conlleva el diseño experimental en una población fácilmente localizable, como por el hecho de utilizar distintos métodos y distintas fuentes de información (padres, maestros...) para definir los trastornos comportamentales en la infancia. En general, afirman que, los estudios epidemiológicos revisados en el caso de la hiperactividad se valen de dos estrategias metodológicas: la psicometría y la clínica. En el primer caso utilizan casi exclusivamente

escalas para padres y/o maestros, lo cual supone un procedimiento fácil y rápido, pero dada la complejidad en los constructos que configuran el TDAH, puede existir solapamiento con otros trastornos, el grado de acuerdo entre los informantes es bajo, los tipos de atención e impulsividad aparecen mal definidos, etc. En la estrategia clínica de diagnóstico, predominan entrevistas semiestructuradas y otras valoraciones que realizan expertos a partir de la información que se recoge del niño. Tiene la ventaja que se adaptan más fácilmente a los criterios fijados en los manuales diagnósticos, pero la desventaja de una mayor subjetividad y de problemas de fiabilidad interevaluadores, ni siquiera los criterios adoptados suelen ser los mismos.

Buitelaar y Egeland realizaron una amplia revisión sobre 29 trabajos de epidemiología con recomendaciones para el futuro que, a pesar de los años transcurridos, todavía han tenido poco impacto(49). Encuentran resultados dispares en las proporciones de prevalencia del TDAH entre las dos estrategias utilizadas, no solamente en términos generales, sino también entre los distintos subtipos, la frecuencia por sexos, edad y el comportamiento según área (urbana/ rural). En los estudios basados en escalas se dan prevalencias entre el 5-13% en el ámbito escolar, y entre el 8-13% en el hogar, mientras en la hiperactividad general los valores pueden oscilar entre el 0,5 y el 8%. En los estudios basados en entrevistas clínicas los valores presentan aún mayores variaciones.

Aunque lo más recomendable sería utilizar conjuntamente ambas estrategias el costo asociado ha limitado los estudios o reducido las muestras, con alguna excepción como es el trabajo de Rohde et al.(50) con una muestra de 1.013 adolescentes brasileños en el que encuentra una prevalencia de 5,8%. En otros estudios, utilizando como fuente de información el uso del metilfenidato en una determinada zona encuentran prevalencias del 3,9 al 20%(51). La prevalencia también difiere en cuanto al ámbito geográfico variando de un 0,78% en Hong-Kong a un 17,8% en Alemania(52,53).

Los trabajos más recientes siguen en una línea parecida aunque el intervalo se ha reducido: la revisión de Brown et al.(54) sitúa la prevalencia en la población general de 6 a 12 años entre el 4% y el 12%; Barbaresi et al.(55), en un estudio de cohortes en ambiente hospitalario, la informan una prevalencia entre el 7 y el 16%. Estos mismos autores(56), en un estudio prospectivo posterior con una muestra de cohortes de 5.718 sujetos seguidos hasta los 5 años, estiman una prevalencia a los 19 años de 7,5%. La prevalencia disminuye considerablemente al exigir que la sintomatología debe estar presente en dos ambientes, TDA-I (15-5%), TDA-H (11-3%), y TDA-C (23-7%), confirmándose la escasa correlación entre

los baremos de padres y maestros(57). La estrategia psicométrica, por sí sola o como complemento de la clínica, podría mejorar sus resultados.

Prevalencia según edad, sexo y subtipos

En un estudio realizado a partir de la población de alumnos entre primero y cuarto de primaria de la isla de Mallorca (n = 1.509 sujetos) utilizando para el diagnóstico el ADHD RS-IV para maestros y padres, encontraron una prevalencia del TDAH del 4,57% (intervalo de confianza al 99%: 5,8-3,0%), con una frecuencia de los varones del 3,49% con respecto al 5,81% de las niñas, coincidiendo con los resultados de los recientes trabajos(58).

En cuanto a las diferencias por género la tendencia es claramente favorable el predominio del trastorno en varones: según el DSM-IV, 9:1 en la población clínica y 4:1 en la población normal.

Tanto en los trabajos de DuPaul et al.(59) como Buitelaar y Engeland(60), las diferencias aparecen más atenuadas, pero siempre favorables a los varones. Estas diferencias parecen desaparecer en los adolescentes con razones cercanas 1:1 (varones: 47,8%; mujeres: 52,2%)(50). En otro trabajo también se observa que la prevalencia del trastorno se mantiene estable en el sexo femenino, mientras que en los varones parece disminuir significativamente con la edad(61). En este sentido en algunas revisiones sobre el tema(62) se ha informado que el hecho de no utilizar criterios diferenciales por género favorece un sub-diagnóstico en las niñas.

En un trabajo reciente en Maracaibo, Montiel-Nava et al.(63), en una muestra de 1.141 niños y utilizando las escalas CRS-R de Conners para maestros y padres, obtuvieron una prevalencia total del 7,19%, mayor en el caso de las niñas (8,26%) que de los niños (6,20%). El hecho de que no se den diferencias de género en las prevalencias globales no indica que el trastorno incida de la misma manera: la tendencia podría deberse a que se exprese con mayor severidad (puntuaciones más elevadas) en los varones que en las niñas, lo cual podría explicar su preponderancia del sexo masculino en ambientes clínicos. Otros autores discuten que esto puede deberse a que en el caso de los niños los problemas de hiperactividad motora son más marcados, mientras en el caso de las niñas predominan los problemas "atencionales" que pasan más desapercibidos(64,65).

En el mismo sentido, Biederman, propone que las diferencias en las manifestaciones del TDAH vienen determinadas por el género. Sus resultados van a favor de que las niñas presentan el mismo riesgo a padecer TDAH que los varones, pero que el género modula una sintomatología diferente. Así, el género masculino supone una mayor severidad en la presentación del trastorno. Defiende que el

trastorno neurobiológico es el mismo en las niñas que en los niños y que simplemente varía es sus manifestaciones clínicas.

En un estudio retrospectivo realizado sobre muestra clínica, encuentran además que las niñas con subtipo de déficit de atención presentan menor probabilidad de ser tratadas con fármacos. En este trabajo se compararon las características del subtipo inatento con el combinado. El perfil del grupo de TDA-I eran niñas, con rango de edad superior, con patología comórbida internalizada, y problemas de aprendizaje cuyo motivo de tratamiento consistía en fracaso escolar o retraso del lenguaje(66).

Si se analizan con más detalle las proporciones por sexo, edad y comorbilidad la inestabilidad de los resultados es mayor(67,68), y solamente se podría llegar al acuerdo de que el trastorno (en casi todas sus manifestaciones, excepto el subtipo atencional) es más frecuente en niños que en niñas, y en edades más tempranas (6-9 años), y que entre el 30-80% de casos (franja muy amplia) presenta comorbilidad con trastornos del comportamiento o dificultades de aprendizaje. Por tanto, aunque el DSM-IV concluya que el trastorno tiene una prevalencia del 5% este es un dato excesivamente genérico que sufre importantes variaciones en función de los factores anteriormente comentados.

Si analizamos los distintos subtipos, el TDA-C (tipo combinado) es mucho más frecuente que el TDA-I y que el TDA-H (52,2, 34,8 y 13%, respectivamente)(50), pero prácticamente no se conocen datos comparativos con el TDA-H “impulsivo sobreactivo” –sin inatención–, e incluso se duda de que sea una categoría diagnóstica real. En la misma línea, los pocos estudios longitudinales de que se dispone proponen que todo lo que es la sintomatología motora del trastorno disminuye con la edad, mientras que la de tipo cognitivo-atencional tiende a mantenerse(69). Sin embargo, hay otros autores como Biederman J, Faraone et al. que difieren y mantienen la hipótesis de que existe un predominio de un tipo determinado según la personalidad y según el sexo del niño; así, el predominio atencional es más frecuente en niñas con independencia de la edad(65).

Factores asociados

Es normal que en ocasiones a los niños les cueste trabajo concentrarse y comportarse adecuadamente. Sin embargo, los niños con TDAH no superan estas conductas. Los síntomas continúan manifestándose y pueden ocasionarles problemas en la escuela, el hogar o con los amigos. Un niño con TDAH puede presentar estos síntomas:

- Tener mucha dificultad para prestar atención
- Soñar despierto muy a menudo

- No parecer que escucha a los demás
- Distraerse fácilmente al hacer las tareas o al jugar
- Ser olvidadizo
- Estar caminando constantemente de un lado a otro o ser incapaz de quedarse sentado
- Estarse moviendo todo el tiempo y no estarse quieto
- Hablar demasiado
- No poder jugar tranquilamente
- Actuar y hablar sin pensar
- Tener dificultad para esperar su turno
- Interrumpir a los otros

Los síntomas de hiperactividad, cuando están presentes, son casi siempre observables a la edad de 7 años y pueden ser detectables en preescolares muy jóvenes. Puede que la falta de atención o el déficit de atención no sean evidentes hasta que el niño se enfrente a las expectativas de la escuela primaria.

A pesar de que el TDAH es una de las áreas de salud mental de la adolescencia y de la infancia que más se está investigando, la causa precisa del trastorno es todavía desconocida. La evidencia disponible sugiere que es de origen genético; un trastorno biológico del cerebro, en los niños que tienen TDAH se encuentran bajos niveles de dopamina, una sustancia que es un neurotransmisor. Los estudios por imagen del cerebro que utilizan escáneres PET (tomografía por emisión de positrones; una forma de creación de imágenes que hace posible observar el cerebro humano en funcionamiento) muestran que el metabolismo cerebral en los niños que tienen TDAH es más bajo en las zonas del cerebro que controlan la atención, el juicio social y el movimiento.

En un estudio que intentó valorar la contribución genética y ambiental en la sintomatología del TDAH en una amplia población de gemelos desde preescolares hasta los 12 años, encontraron una clara influencia genética en los síntomas de inatención y comportamiento sobre reactivo tanto en niñas como en niños, aunque estas presentaban un menor grado de problemas de conducta(70). Muchos padres de adolescentes con TDAH experimentaron síntomas de ADHD cuando eran más jóvenes, se encuentra comúnmente en hermanos y hermanas de la misma familia.

La mayoría de las familias busca ayuda cuando los síntomas de su hijo adolescente comienzan a interferir en el aprendizaje y en la adaptación a las expectativas

de la escuela y las actividades adecuadas para su edad. Otros hallazgos han documentado los problemas prenatales (hipertensión, tratamiento con fármacos, consumo de nicotina, alcohol, eventos estresantes en el embarazo) como relacionados con este trastorno.

En el estudio de cohorte de Nichols y Chen(71), se estableció la relación entre hiperactividad y fumar cigarrillos en el embarazo, retraso motor a un año, tamaño de circunferencia craneal reducido al nacimiento o a un año, y excesiva actividad motora a los ocho meses y a los cuatro años. Resultados similares fueron encontrados en otros dos estudios recientes realizados en Holanda e Inglaterra(72,73). Indredavik(74) concluye en un estudio de seguimiento en adolescente de bajo peso para la edad gestacional y muy bajo peso al nacer (menor de 1.500 g) que el peso inferior a 1.500 g se asocia a riesgo de desarrollar TDAH sin embargo la prevalencia de este trastorno en la población con esta característica fue del 7%.

Los investigadores continúan estudiando los factores de riesgo con el fin de determinar mejores maneras de controlar y reducir las probabilidades de padecer de TDAH. Se acepta que sobre las causas y los factores de riesgo para el TDAH se desconoce todavía, pero las investigaciones actuales muestran una influencia genética importante combinada con factores ambientales. Estudios internacionales recientes realizados en gemelos vinculan los genes al TDAH(75,76).

Además de los genes, los estudios han encontrado otros factores de riesgo ambientales que pueden jugar un importante papel entre ellos incluyen la exposición a cigarrillo(77) y alcohol durante el embarazo(78) y otros como:

- Lesión cerebral
- Exposiciones ambientales (p. ej., plomo)
- Parto prematuro
- Bajo peso al nacer

Las investigaciones no sustentan las creencias populares en el sentido de que el TDAH es consecuencia de ver demasiada televisión, el tipo de crianza que dan los padres o factores sociales o ambientales como la pobreza o la desorganización familiar. Pero se acepta que muchos de estos factores pueden agravar los síntomas, especialmente en ciertas personas.

2.5 Trastorno de la conducta - trastorno disocial

El trastorno de la conducta es un trastorno del comportamiento, que muchas veces se diagnostica en la infancia, y que se caracteriza por comportamientos antisociales que violan los derechos de los demás y las normas y reglas sociales

apropiadas para la edad. Los comportamientos antisociales pueden incluir la irresponsabilidad, el comportamiento transgresor (como ausentarse de la escuela o escaparse), la violación de los derechos de los demás (como por ejemplo robar) y, o la agresión física hacia los demás (asalto o violación). Estos comportamientos a veces son concomitantes. Sin embargo, puede suceder que se presenten uno o varios de ellos en forma aislada, sin los demás.

Se considera que las condiciones que contribuyen al desarrollo de un trastorno de la conducta son multifactoriales, lo que significa que muchos factores contribuyen a su presentación. Los exámenes neuropsicológicos demuestran que los niños y adolescentes que sufren trastornos de la conducta parecen tener afectado el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad para planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas. Se considera que el temperamento de los niños tiene una base genética. Los niños y adolescentes de "carácter difícil" tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento.

Los niños o adolescentes que provienen de hogares con carencias, disfuncionales o desorganizados tienen mayor probabilidad de desarrollar este tipo de trastornos. Los problemas sociales y el rechazo por parte de sus compañeros contribuyen a la delincuencia. Los niños y adolescentes que manifiestan comportamientos delictivos y agresivos presentan perfiles cognitivos y psicológicos diferentes en comparación con niños que tienen otros problemas mentales y con los pertenecientes a grupos de control. Todos los factores que posiblemente contribuyen al desarrollo del trastorno influyen en la interacción de los niños y adolescentes con los demás.

Aproximadamente 6 por ciento de los niños, con edades de 9 a 17 años presentan trastornos de la conducta. El trastorno se presenta con mayor frecuencia en los varones que en las mujeres. Los niños y los adolescentes que padecen trastornos de la conducta con frecuencia tienen también otros problemas psiquiátricos que pueden contribuir al desarrollo de este trastorno. En las últimas décadas, los trastornos de la conducta han aumentado considerablemente. La conducta agresiva es la causa de entre un tercio y la mitad de las remisiones a los servicios de salud mental para niños y adolescentes.

La mayoría de los síntomas que se manifiestan en los niños con trastornos de la conducta también se producen en los niños que no sufren este trastorno. Sin embargo, estos síntomas se presentan con mayor frecuencia en los niños con trastorno de la conducta, e interfieren en el aprendizaje, en la adaptación en la escuela y, algunas veces, en las relaciones con los demás.

En los adolescentes estos trastornos son más frecuentes. Igualmente, en esta etapa del desarrollo más frecuentes en el género masculino que en el femenino. Así tenemos que la prevalencia en la adolescencia es de un 3-9% frente a un 2% en la infancia. Respecto a las diferencias por sexos y edad tenemos que en los adolescentes del sexo masculino se presenta entre un 5-9% frente a un 1-2% en la infancia. En las niñas preadolescentes sería de un 0-3% frente a un 2-5% en las adolescentes. La prevalencia aumenta progresivamente hasta aproximadamente los 15-16 años.

A continuación se enumeran los síntomas más comunes de los trastornos de la conducta. Sin embargo, cada niño o adolescente puede experimentarlos de una forma diferente. Existen cuatro grupos principales de comportamientos que pueden incluirse en esta clasificación:

Conducta agresiva

La conducta agresiva puede causar o amenazar con daño físico a otros y puede incluir:

- Comportamiento intimidante
- Amedrentamiento
- Peleas físicas
- Crueldad con los demás o con los animales
- Uso de armas
- Acciones de someter a otra persona a la relación sexual, la violación o abuso deshonesto

Conducta destructiva

Incluye los siguientes tipos de conducta destructiva:

- Vandalismo, destrucción intencional de la propiedad
- Incendios intencionales

Engaño

Entre los comportamientos de engaño se pueden incluir:

- Mentira
- Robo
- Hurto en tiendas
- Delincuencia

Transgresión de reglas

Entre las transgresiones de las reglas habituales de conducta o de las normas adecuadas para la edad, se citan las siguientes:

- No asistir a la escuela
- Escaparse

- Hacer bromas pesadas
- Hacer travesuras
- Iniciar la actividad sexual precozmente

2.6 Los trastornos de la alimentación*

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

- **La anorexia nerviosa** se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.
- **La bulimia nerviosa** se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal.

Características diagnósticas

La anorexia nerviosa: las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea. (El término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito).

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura). Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las versiones de las tablas de crecimiento usadas en pediatría).

Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los criterios de investigación de la CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m².

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta

* Tomado del DSM -IV

todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos.

Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgantes, vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos, o el ejercicio excesivo. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

También hay alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo les parecen demasiado gordas. El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

En niñas que ya hayan tenido la primera menstruación (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulantes [FSH] y luteinizante [LH]) es indicadora de una disfunción fisiológica. La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede.

En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia. Muy a menudo los familiares la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles.

Cuando las personas con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor.

En estos enfermos se han observado características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no.

La anorexia nerviosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres).

Los estudios sobre prevalencia realizados entre adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 0,5-1,0% para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. Es más frecuente encontrar a individuos que no presentan el trastorno completo (p. ej., trastorno de la conducta alimentaria no especificado). Existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en individuos varones. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado.

La anorexia es mucho más común entre las mujeres; sin embargo, los hombres buscan tratamiento con menos frecuencia, lo que complica el cuadro aun más.

Entre los adolescentes que sufren este trastorno, un gran porcentaje sufre también el trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

El término “trastornos de la alimentación” se refiere a una variedad de trastornos. La característica común de todos ellos es el comportamiento alimentario anormal. Estos trastornos son problemas serios de salud mental y pueden poner en peligro la vida.

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son trastornos de la alimentación frecuentes entre los adolescentes y adultos jóvenes.

2.7 Trastornos por consumo de sustancias*

2.7.1. Dependencia de sustancias

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer (p. ej., no se han especificado síntomas de abstinencia para la dependencia de alucinógenos). Aunque no está incluida

* Criterios del DSM-IV

específicamente en los criterios diagnósticos, la «necesidad irresistible» de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses.

Tolerancia (Criterio 1)

Se entiende por tal, la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia. Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables (p. ej., pueden multiplicar la dosis por diez), hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia. La tolerancia al alcohol también puede ser notable, pero con frecuencia no es tan extrema como la tolerancia a las anfetaminas.

Muchos sujetos fumadores consumen más de 20 cigarrillos al día, una cantidad que les hubiera producido síntomas de toxicidad cuando empezaron a fumar. Los consumidores habituales de cannabis no advierten generalmente la aparición de tolerancia (aunque ésta se ha demostrado en estudios con animales y en algunos seres humanos. No está claro si la fenciclidina (PCP) da lugar a tolerancia o no. La tolerancia puede ser difícil de determinar únicamente por la historia clínica cuando la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias. En este tipo de situaciones son útiles las pruebas de laboratorio (p. ej., altos niveles de la sustancia en la sangre sin que el sujeto presente síntomas de intoxicación sugieren una probable tolerancia). Debe distinguirse la tolerancia de la variabilidad individual en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias. Por ejemplo, algunos individuos que beben por primera vez presentan síntomas de intoxicación al cabo de tres o cuatro copas, mientras que otros de peso similar y que también se inician bebiendo pueden presentar descoordinación motora y lenguaje farfullante.

Abstinencia (Criterio 2)

La abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo

largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas.

Hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opioides, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina, se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos. La abstinencia en el caso de la fenciclidina y de las sustancias de acción similar no se ha descrito todavía en seres humanos (aunque se ha demostrado en animales). Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos (p. ej., los que tienen dependencia de la *Cannabis*) presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia. Por el contrario, algunos pacientes posquirúrgicos sin diagnóstico de dependencia de opiáceos presentan tolerancia a los opiáceos prescritos y experimentan abstinencia sin mostrar signo alguno de uso compulsivo.

Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia. Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido (p. ej., el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida).

Puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia. Es posible que la persona dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.

En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia.

Se pueden abandonar las actividades familiares o los *hobbies* con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que la consuman. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (p. ej., síntomas graves de depresión o lesiones de órganos), la persona continúe consumiendo. El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más

bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.

Tolerancia y abstinencia pueden estar asociadas a un mayor riesgo de problemas médicos inmediatos y a una mayor frecuencia de recaídas. Las especificaciones se utilizan para distinguir su presencia o su ausencia:

Con dependencia fisiológica. Esta especificación debe usarse cuando la dependencia de sustancias se acompaña de signos de tolerancia (Criterio 1) o abstinencia (Criterio 2).

Sin dependencia fisiológica. Esta especificación debe usarse cuando no existe evidencia de tolerancia (Criterio 1) o abstinencia (Criterio 2). En estos sujetos la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón de uso compulsivo.

Abuso de sustancias

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses.

A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el de abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias.

Aunque es más probable un diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que han empezado a tomar la sustancia recientemente, algunos de ellos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia durante un largo período de tiempo sin presentar signos de dependencia.

La categoría de abuso de sustancias no es aplicable a la **nicotina** ni a la **cafeína**. El sujeto aparece intoxicado o con otros síntomas relacionados con la sustancia cuando se espera de él el cumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o en casa. Puede haber repetidas ausencias o un rendimiento pobre en el trabajo debido a resacas repetidas.

Un estudiante puede incurrir en ausencias relacionadas con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela. Mientras está intoxicado, el individuo puede descuidar a sus hijos o las obligaciones de la casa.

Puede ocurrir que la persona se intoxique repetidamente en situaciones que son físicamente peligrosas (p. ej., mientras conduce un vehículo, accionando maquinaria o durante actividades recreativas de riesgo como la natación o la escalada). Pueden existir problemas legales recurrentes relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso, asalto y violencia, o por conducir bajo los efectos de la sustancia). El sujeto puede continuar el consumo de la sustancia a pesar de un historial de repetidas consecuencias indeseables, tanto sociales como interpersonales (p. ej., dificultades conyugales, divorcio o violencia verbal o física).

Entre los individuos de 16 a 24 años hay una prevalencia relativamente alta de consumo de sustancias, incluyendo al alcohol. Con las drogas de abuso, la intoxicación suele ser el primer trastorno relacionado con sustancias, que suele tener lugar en la juventud. La abstinencia puede aparecer a cualquier edad en función del tiempo de ingesta de dosis altas de la droga a lo largo de un tiempo suficiente. La dependencia puede también aparecer a cualquier edad, pero para muchas drogas de abuso es típico su inicio en los 20, 30 y 40 años. Cuando un trastorno relacionado con sustancias al margen de la intoxicación empieza en la adolescencia temprana con frecuencia se asocia a trastornos disocial y fracaso escolar. Para las drogas de abuso los trastornos relacionados con sustancias suelen diagnosticarse con más frecuencia en varones que en mujeres; sin embargo, la proporción según el sexo varía para cada tipo de sustancia.

¿Cuáles son las sustancias de las que más frecuentemente abusan los adolescentes?

Las sustancias de las que abusan frecuentemente los adolescentes incluyen, pero no se limitan a las siguientes:

- El alcohol
- La marihuana
- Los alucinógenos
- La cocaína
- Las anfetaminas
- Los opiáceos
- Los esteroides anabólicos

Las normas culturales y sociales ejercen influencia sobre las normas aceptables del uso de sustancias. Las leyes determinan el uso legal de las mismas. La duda de

si hay un patrón normativo de abuso de drogas en la adolescencia es aún objeto de grandes controversias. Los trastornos relacionados con la adicción en la adolescencia son causados por múltiples factores, incluyendo la vulnerabilidad genética, los factores ambientales estresantes, las presiones sociales, las características individuales de la personalidad y los problemas psiquiátricos. Sin embargo, todavía no se ha determinado cuáles de estos factores son primarios y cuáles son secundarios en las poblaciones adolescentes. La mayor parte del conocimiento disponible en relación con el uso y abuso de drogas procede de estudios en poblaciones adultas. La ausencia de investigación del uso y abuso de drogas en los jóvenes deja preguntas sin responder en cuanto a la forma en que el abuso de drogas difiere en otros grupos de edad.

El uso de drogas por los padres y amigos constituyen dos de los factores más comunes que establecen las decisiones de los jóvenes en relación con el uso de drogas. Los adolescentes comienzan a consumir alcohol a una edad cada vez más temprana, un 32 por ciento de los jóvenes comienzan a beber alcohol a los 13 años, según datos de los CDC.

Algunos adolescentes corren mayor riesgo de desarrollar trastornos relacionados con las drogas, incluyendo los adolescentes que tienen una o más de las siguientes condiciones:

- Los adolescentes hijos de padres que abusan de las drogas.
- Los adolescentes víctimas de abuso físico, sexual o psicológico.
- Los adolescentes que tienen problemas de salud mental, especialmente los deprimidos y con tendencias suicidas.
- Los adolescentes que tienen discapacidades físicas.

El consumo de sustancias puede estar asociado a comportamientos violentos o agresivos, manifestados a través de peleas o actos criminales que ocasionan lesiones tanto en el que utiliza la sustancia como en los demás. Se ha detectado una apreciable proporción de mortalidad y morbilidad debido a complicaciones de la intoxicación por sustancias, como accidentes de tráfico, domésticos o industriales.

Aproximadamente en la mitad de los accidentes mortales el conductor o el peatón están bajo los efectos de una intoxicación. Además, el 10% de los sujetos con dependencia de sustancias se suicida, con frecuencia un trastorno del estado de ánimo puede ser inducido por el uso de una sustancia. Por último, muchas, si no todas, las sustancias descritas atraviesan la placenta teniendo potenciales efectos secundarios en el desarrollo del feto (p. ej., síndrome alcohólico fetal). Tomadas en dosis altas por la madre, numerosas sustancias como la cocaína, los opiáceos, el alcohol, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos, son capaces

de provocar dependencia psicológica en el feto y síndrome de abstinencia en el recién nacido.

2.8 Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

- **El trastorno depresivo mayor:** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- **El trastorno distímico:** se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- **El trastorno depresivo no especificado:** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
- **El trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
- **El trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

2.8.1 Trastorno depresivo mayor

Según los criterios del DSM-IV, la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

En **los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste**. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, **en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado**.

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. El trastorno del sueño es la razón por la que se acude en busca de tratamiento.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo).

La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva. Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga.

El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados.

Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración.

En los niños, la caída repentina de los resultados en las notas puede ser un reflejo de la falta de concentración.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio.

La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 ó 2 minutos) y recurrentes una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse. Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

Síntomas de mayor frecuencia en los niños y los adolescentes

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad.

Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta.

En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad).

En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

La depresión de aparición temprana suele persistir, volver a presentarse o continuar en la edad adulta. La depresión en la juventud puede ser también el indicio de una enfermedad más grave en la edad adulta.

La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias.

Durante la década de los ochenta, los profesionales de la salud mental comenzaron a reconocer los síntomas de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, así como en adultos. Sin embargo, los niños y adolescentes no necesariamente experimentan o exhiben los mismos síntomas que los adultos. Se considera más difícil diagnosticar los trastornos del estado de ánimo en los niños, especialmente porque ellos no siempre son capaces de expresar cómo se sienten. Hoy los médicos e investigadores creen que los trastornos del estado de ánimo en los niños y adolescentes siguen siendo uno de los problemas de la salud mental que se diagnostica con menos frecuencia. Los trastornos del estado de ánimo en los niños los pone en riesgo de sufrir otros trastornos (más a menudo trastornos de ansiedad, comportamiento perturbador y trastornos de abuso de sustancias) que pueden persistir mucho después de haber solucionado los episodios de depresión iniciales.

Los factores asociados a los trastornos del estado de ánimo en los niños no se conocen con precisión. Los neurotransmisores en el cerebro son responsables de regular las sustancias que afectan el estado de ánimo. Es muy probable que la depresión (y otros trastornos del estado de ánimo) sea causada por un desequilibrio químico en el cerebro. Pero los eventos vitales (como los cambios no deseados) también contribuyen a este desequilibrio químico y se han encontrado asociadas.

Los trastornos afectivos suelen presentarse dentro del mismo grupo familiar y se consideran herencia multifactorial. "Herencia multifactorial" significando que depende de "muchos factores". Por lo general, tanto genéticos como ambientales;

la combinación de los genes de ambos padres, sumada a factores ambientales, produce el rasgo o el trastorno. Parece haber un umbral de expresión diferente, lo que significa que el sexo femenino tiene mayor probabilidad de presentar el problema que el otro.

Cualquier persona puede sentirse triste o deprimida a veces. Sin embargo, los trastornos del estado de ánimo son más intensos y más difíciles de controlar que estos sentimientos de tristeza normales. Los hijos de personas que sufren un trastorno del estado de ánimo tienen mayores probabilidades de desarrollarlo, pero sin descartar la importancia de la presencia de otros factores del ambiente que pueden potenciar su desarrollo.

Determinadas situaciones como, un divorcio, la muerte de un ser querido, el fin de una relación afectiva o los problemas académicos, donde la presión puede resultar difícil de sobrellevar. Como consecuencia, un adolescente puede experimentar sentimientos de tristeza o depresión y en caso de padecer un trastorno del estado de ánimo, es posible que le sea más difícil controlarlo, estos factores han sido estudiados en diferentes culturas y los resultados han sido concordantes. Los estudios de Torres de Galvis y colaboradores en Medellín han confirmado lo anterior.

En Estados Unidos, la posibilidad de padecer depresión en las mujeres en la población general es casi el doble (12 por ciento) versus 6,6 por ciento en los hombres, lo cual nuevamente concuerda con los hallazgos del estudio de Medellín, en el cual se encontró que los trastornos afectivos en forma severa se presentan el doble en la mujer que en el hombre. Una vez que una persona de la familia recibe el diagnóstico, aumenta la probabilidad de que los hermanos y los hijos reciban un diagnóstico similar. También los familiares de personas depresivas corren un riesgo mayor de sufrir un trastorno bipolar (síndrome maníaco depresivo). La probabilidad de que los hermanos o hijos de una persona depresiva sufran también un trastorno bipolar es del 0,3 al 2 por ciento.

La probabilidad de sufrir el síndrome maníaco depresivo (o trastorno bipolar) en los hombres y mujeres de la población general es de alrededor del 1 por ciento. Pero si una persona de la familia es diagnosticada, aumenta la probabilidad de que los hermanos y los hijos presenten un diagnóstico similar. También los familiares de personas maníaco depresivas corren un riesgo mayor de sufrir depresión. La probabilidad de que los hermanos o hijos de una persona con este síndrome sufran de depresión es del 6 al 28 por ciento.

Tipos de trastornos del estado de ánimo que sufren con mayor frecuencia niños y adolescentes:

- **Depresión grave** - estado de ánimo deprimido o irritable o una marcada disminución en el interés o placer por las actividades habituales, junto con otros signos, que se prolonga, al menos, por dos semanas
- **Trastorno distímico (distimia)** - estado de ánimo crónico, de bajo grado, deprimido o irritable que perdura por lo menos durante un año
- **Trastorno bipolar (síndrome maníaco depresivo)** - episodios maníacos (período de euforia), generalmente intercalados con períodos de depresión
- **Trastorno del estado de ánimo debido a una afección médica general** - muchas enfermedades médicas (incluyendo el cáncer, lesiones, infecciones y enfermedades médicas crónicas) pueden desencadenar síntomas de depresión
- **Trastorno del estado de ánimo producido por sustancias** - síntomas de depresión debidos a los efectos de la medicación u otras formas de tratamiento, drogadicción o exposición a toxinas

¿A quién afecta la depresión grave?

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH):

- Las investigaciones indican que la aparición de la depresión ocurre actualmente a una edad más temprana que en las últimas décadas.
- La depresión de aparición temprana suele persistir, volver a presentarse o continuar en la edad adulta. La depresión en la juventud puede ser también un indicio de una enfermedad más grave en la edad adulta.
- Hay un aumento en la incidencia de la depresión en los niños cuyos padres sufren depresión.

¿Cuáles son los factores de riesgo de la depresión grave?

A continuación, se enumeran los factores de riesgo más frecuentes de la depresión grave:

- Antecedentes familiares de depresión (especialmente si uno de los padres sufrió depresión en la infancia o en la adolescencia)
- Estrés intenso
- Maltrato o abandono
- Trauma (físico o emocional)

- Otros trastornos psiquiátricos
- Pérdida de los padres, o de la persona que los cuida o de otro ser querido
- Fumar cigarrillo
- Pérdida de una relación (una mudanza, el fin de una relación afectiva)
- Otras enfermedades crónicas (por ejemplo diabetes)
- Otros trastornos de la conducta, del aprendizaje o del desarrollo

Diseño metodológico

Yolanda Torres de Galvis,
José Posada Villa,
José Bareño Silva,
José Miguel Cotes Torres
y Liliana Montoya Vélez



3. DISEÑO METODOLÓGICO

Yolanda Torres de Galvis, José Posada Villa, José Bareño Silva, José Miguel Cotes Torres y Liliana Montoya Vélez

El presente estudio tiene como base el Estudio Nacional de Salud Mental el cual forma parte de la iniciativa internacional liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamada Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH-CIDI). Esta iniciativa busca evaluar el estado de las enfermedades mentales y las patologías sociales en países con diferentes grados de desarrollo, así como determinar las necesidades en materia de asistencia médica y orientar las diferentes políticas de salud.

Este ambicioso proyecto, que se llevó a cabo en 28 países alrededor del mundo, busca aliviar la deficiencia de disponibilidad de información, a través de metodologías que permiten la comparación transcultural de los resultados, y para ello utiliza un instrumento de diagnóstico que ha sido validado mediante diversas pruebas, incluyendo un cuidadoso examen a su traducción y adaptación al español.

El Ministerio de la Protección Social decidió acoger la propuesta de la Encuesta Mundial de Salud Mental, ya que considera vital la información que de ella se derive como medio para formular e implementar la política nacional en esta materia.

3.1 Universo y muestra

El universo de estudio estuvo constituido por la población civil, no institucional, de 13 a 17 años de las zonas urbanas de 1.070 municipios de los 25 principales departamentos.

El estudio se basó en un diseño probabilístico, multietápico cuya población objetivo fue la población general no institucionalizada, que tiene hogar fijo, para el caso de los adolescentes, sus edades estuvieron comprendidas entre los **13 y 17 años**, provenientes de 5.526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos, concentrados en 420 manzanas de 60 municipios del territorio nacional, distribuidos en 25 de los departamentos del país; la selección se llevó a cabo al azar, de acuerdo con una submuestra de la muestra maestra para investigaciones en salud del Ministerio de la Protección Social. El tamaño de la muestra a la que finalmente se aplicó la entrevista fue de **1.586 adolescentes**. El estudio se llevó a cabo en población urbana.

Los municipios y manzanas son los mismos de la muestra maestra de población general del Ministerio de la Protección Social, y los hogares son una sub-muestra de los existentes en las manzanas en cuestión. No obstante, por ser insuficientes las manzanas de la muestra maestra (359), fue necesario seleccionar 61 manzanas adicionales para completar el tamaño muestral requerido.

En la terminología del muestreo, los municipios son las unidades primarias de muestreo (UPM) y las manzanas son las unidades secundarias (USM). En cada manzana se seleccionó un promedio de 13-14 hogares, cantidad denominada "medida de tamaño" (MT), la cual podía tener un rango entre 7 y 21 hogares. A su vez, en cada hogar se seleccionaron aleatoriamente para la entrevista uno de los adolescentes de 13 a 17. Sin embargo, por ser el promedio de adolescentes por hogar de solo 0,39, se seleccionaron 1.771 hogares.

La composición de la muestra es proporcional a la composición del universo desde el punto de vista geográfico y socioeconómico; por tal razón, el diseño es con probabilidad de selección igual hasta el nivel de hogar. No obstante, por basarse el marco de muestreo con base en los datos y materiales del censo de población de 1993, los cambios presentados en las zonas urbanas del país desde esa fecha, dieron origen a variación en el número de hogares de las manzanas, que, en algunos casos, produjeron cambios en la probabilidad de selección de los hogares correspondientes.

3.2 Instrumento de recolección

Para efectos de la Encuesta Mundial sobre Salud Mental fue diseñado un instrumento que permite la recolección de datos que aportan los diagnósticos de trastornos mentales, además de información de carácter socio-demográfica, condiciones físicas, uso de servicios, datos referentes a sucesos de la infancia entre otros.

Para el diseño de la sección diagnóstica del instrumento se tomó como base la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (**CIDI**, por sus siglas en inglés) que es una entrevista estructurada, diseñada para ser aplicada por entrevistadores debidamente entrenados para tales fines; esta entrevista genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del DSM-IV y de la CIE-10, para este caso se aplicaron los criterios del DSM-IV.

El instrumento está disponible en la versión de lápiz y papel (PAPI) y la versión computarizada (CAPI); las dos están constituidas por los mismos módulos y las mismas preguntas, pero difieren en la lógica de saltos, la cual es más compleja en

el caso de la versión **CAPI**. Para la aplicación de la encuesta en Colombia se eligió la versión CAPI, dadas su facilidad de manejo a través del computador.

Una de las adaptaciones hechas al instrumento CIDI - 2000 fue la adición de un módulo inicial de tamizaje, el cual de acuerdo a las respuestas del entrevistado permite o no ingresar a algunas de las secciones clínicas; está conformado por un total de 41 módulos, algunos de estos exclusivamente de contenido clínico y otros para recolección de información socio-demográfica, empleo, condiciones vividas durante la infancia, uso de servicios, etc.

Adaptación cultural para aplicación en Colombia

Frente a la decisión de incluir a la población adolescente del país dentro del estudio, fue necesaria la selección de un instrumento que permitiera la recolección de información suficiente y de buena calidad; dentro de este proceso se enfrentó el hecho de la inexistencia de un instrumento en castellano que permitiera cumplir con este objetivo, razón por la cual surgió la posibilidad de trabajar con la versión CIDI adolescentes, instrumento que solo se encontraba disponible en inglés, requiriendo el proceso de traducción, y adaptación cultural a nuestro medio.

Etapas para la aplicación del instrumento para adolescentes

La entrevista se aplicó en dos partes, estas fueron:

Parte I: se aplicó en una primera etapa al total de las personas seleccionadas, se consideró como la sección de tamización en la muestra, en el caso de que las preguntas de esta sección fueran positivas para posible presencia del trastorno se paso a la parte II. En caso de que estas respuestas fueran negativas, una proporción de la población encuestada, también llega a esta parte de encuesta por selección aleatoria realizada automáticamente por el programa instalado en el computador(79).

Parte II: se aplicó en todos los “casos” que en las respuestas de la parte I llenaran los criterios para cualquiera de los trastornos mentales incluidos, el total pasó a la parte II y se consideraron como “casos”. Del total de los entrevistados que no cumplieron este criterio considerados “no casos” se sacó una sub-muestra con una probabilidad de incluir como mínimo el 25%, que pudo ser ampliada según el interés de investigador. Esta fracción de muestreo pudo retener finalmente entre el 33% y el 67% de la muestra inicial. Esta sub- muestra de casos y controles, representó una razón alta de controles por caso, lo cual metodológicamente aseguró que se retuviera el poder estadístico de la muestra completa, para posibles análisis en que se apliquen pruebas de hipótesis.

El tiempo de duración promedio fue de dos horas, para la entrevista completa, lo cual en algunos casos requirió la aplicación en dos sesiones para evitar errores debidos al cansancio. El tiempo está relacionado con la frecuencia de trastornos que presente el entrevistado.

Control de inconsistencias

El primer control para asegurar la calidad de la base de datos, se llevo a cabo en Colombia, antes de entregar los resultados al Comité Coordinador del Consorcio.

Bases de datos finales

Entendiendo por tales a las entregadas por el Consorcio, las cuales se encontraban listas para la aplicación de los algoritmos del CIDI y los factores finales de expansión, el procesamiento se llevo a cabo mediante la aplicación del programa SAS versión 9.

Probabilidades de los adolescentes entrevistados: factores de corrección y factores de expansión

Debida a la complejidad del diseño muestral, así como al manejo bietápico de la recolección de la información para estimación de los resultados del estudio, los datos muestrales se ponderaron por factores de expansión, ajustado por edad y sexo. Para lo cual se recibió del **The WHO World Mental Health Survey Consortium** la base de datos y el programa de aplicación con los factores de corrección y los factores finales de expansión.

Lo anterior permitió la estimación de los resultados del estudio, con los datos muestrales ponderados por el recíproco de dichas probabilidades finales de selección (factor básico de expansión), ajustado por no cobertura y por estructura de edad y sexo.

El factor básico de expansión, no sólo corrige el sesgo originado por las desiguales probabilidades finales, sino que expande los valores de la muestra al universo de estudio, tanto en cifras absolutas como relativas.

El ajuste de no cobertura de hogares y personas seleccionadas, evita el sesgo generado por las tasas de respuesta variables por municipio y estrato socioeconómico, por edad y sexo, puesto que se esperan prevalencias de trastornos mentales distintas en función de estas variables independientes.

El ajuste de estructura de la muestra encuestada por edad y sexo, respecto a la estructura observada en las personas listadas (aptas para selección) en los hogares seleccionados, y en relación con la estructura más cercana a la real, obtenida de la Encuesta Nacional de Hogares del DANE, originada en una muestra urbana

de 150.000 personas (13-65), 50.000 hogares y 220 municipios, también contribuyó a la reducción de sesgos de estimación. Las excelentes tasas de cobertura, de 91,3% en adolescentes, reflejan la eficiencia del trabajo de campo de la investigación, y dan un mensaje sobre la óptima representatividad de la muestra estudiada.

3.3 Procesamiento y análisis de la información

Estuvo a cargo de un equipo de profesionales de epidemiología y estadística con la participación de un Ingeniero PhD con experiencia en el manejo de la base de datos del Estudio Nacional de Salud Mental para Colombia 2003, y con la colaboración de un grupo de expertos, entre los cuales se contó con un médico magister en epidemiología y especialista en estadística y otras dos profesionales con formación como magísteres en epidemiología y extensa experiencia en manejo de información generada en estudios de salud mental.

El procesamiento de la información para el presente estudio se llevó a cabo mediante la utilización de la base de datos que a tal fin entregó el **The WHO World Mental Health Survey Consortium**, junto con los manuales de codificación, para la generación de estimaciones insesgadas de los resultados de la investigación que se aplicaron en dos grupos de ponderaciones, fase 1 y fase 2, facilitados por el consorcio, para su aplicación con explicaciones detalladas en lo referente al factor básico de expansión, ajustado por no cobertura de la muestra y por la estructura por edad y sexo de la población estudiada. Las ponderaciones fase 2, se originan en el hecho de que la forma larga de la entrevista sólo se aplicó a una parte de los encuestados, seleccionados aleatoriamente mediante un algoritmo interno del programa computarizado de la entrevista.

A partir de las bases de datos finales y con asesoría del consorcio en algunos aspectos, en especial para la aplicación de los algoritmos diagnósticos, se llevó a cabo el procesamiento estadístico de los datos que se realizó de la siguiente manera: análisis univariado aplicado a todas las variables que constituye los datos y ya sometidas a los factores de corrección y expansión, en esta etapa se logró la estimación de las proporciones de prevalencia para los trastornos estudiados. Posteriormente se realizó el análisis bivariado a través de tablas de contingencia para los trastornos por edad y sexo, obteniendo en esta forma las proporciones de prevalencias ponderadas de los trastornos y de la severidad de los mismos por las dos variables consideradas como ejes del análisis para prevalencia en los últimos 30 días, prevalencia anual y prevalencia de vida.

Al analizar los trastornos individuales se obtuvo las prevalencias por edad, sexo y educación y se calcularon los intervalos de confianza con 95% para cada una de las medidas de prevalencia.

Los resultados presentan los límites del intervalo de confianza para la proporción poblacional y para el nivel de confianza elegido, así como el valor p del contraste bilateral correspondiente a la hipótesis $H_0: p=p_0$, donde p_0 es un valor propuesto para la proporción poblacional.

Asimismo, para algunas de las escalas aplicadas se utilizó una técnica de análisis de componentes principales (ACP) y posteriormente al mismo se le aplicó el método para consistencia interna medido a través de alfa de Cronbach, con el fin de asegurar la confiabilidad de sus resultados en nuestra cultura.

El plan de análisis fue preparado y controlado por la líder del Grupo de investigación en Salud mental, con amplia experiencia en este tipo de estudios.

Para guardar concordancia con los estudios que se manejaron en el The WHO World Mental Health Survey, se priorizó la obtención y cálculo de las proporciones de prevalencia de los trastornos mentales estudiados, mediante la aplicación de los criterios del DSM –IV.

Se realizaron análisis de los aspectos demográficos y socioculturales así como otras variables del ámbito psicosocial incluidas en la Parte I del instrumento aplicado. Para algunas de las escalas analizadas se aplicaron análisis para asegurar su confiabilidad al aplicarse en nuestra cultura.

Caracterización de la situación del adolescente en Colombia

Yolanda Torres de Galvis,
José Bareño Silva,
Dedsy Berbesí Fernández
y Gloria María Sierra Hincapie



4. CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL ADOLESCENTE EN COLOMBIA

Yolanda Torres de Galvis, José Bareño Silva, Dedsy Berbesí Fernández y Gloria María Sierra Hincapie

4.1 Características de la población de estudio

4.1.1 Variables socio demográficas

Se estudiaron 1.520 adolescentes entre los trece y los diez y siete años, distribuidos en proporciones iguales para los cinco grupos de edad. El 51,6% pertenece el sexo femenino y el 48,4% al masculino, dicha distribución se conserva sin variaciones estadísticamente significantes en todos los grupos de edad.

Dada la decisión la población estudiada representa a los adolescentes de la zona urbana de 25 de los departamentos del país.

Tabla 3. Distribución según edad y sexo
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Edad | Masculino | % | Femenino | % | Total | % |
|-------|-----------|------|----------|------|-------|-------|
| 13 | 148 | 20,1 | 160 | 20,4 | 308 | 20,3 |
| 14 | 146 | 19,9 | 157 | 20,0 | 303 | 19,9 |
| 15 | 152 | 20,7 | 153 | 19,5 | 305 | 20,1 |
| 16 | 142 | 19,3 | 167 | 21,3 | 309 | 20,3 |
| 17 | 147 | 20,0 | 148 | 18,9 | 295 | 19,4 |
| Total | 735 | 48,4 | 785 | 51,6 | 1520 | 100,0 |

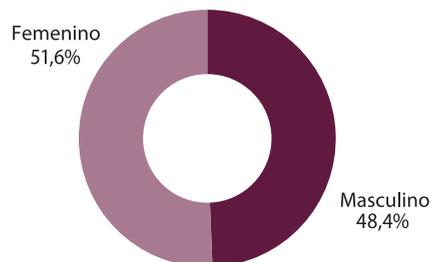


Gráfico 1. Distribución según sexo
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

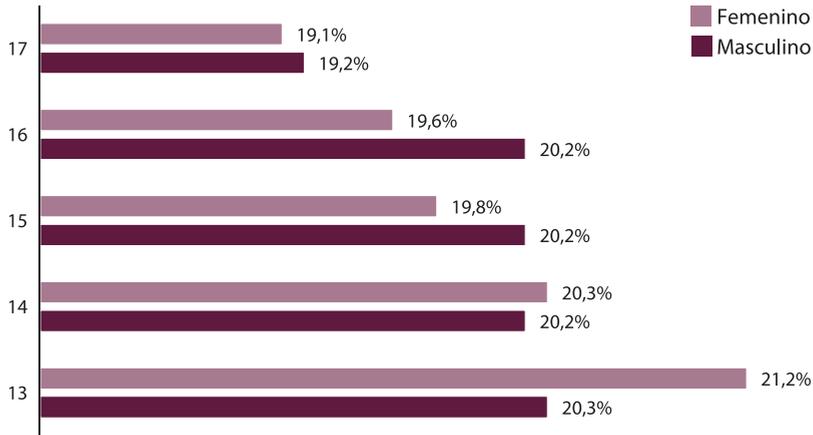


Gráfico 2. Distribución según edad y sexo
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

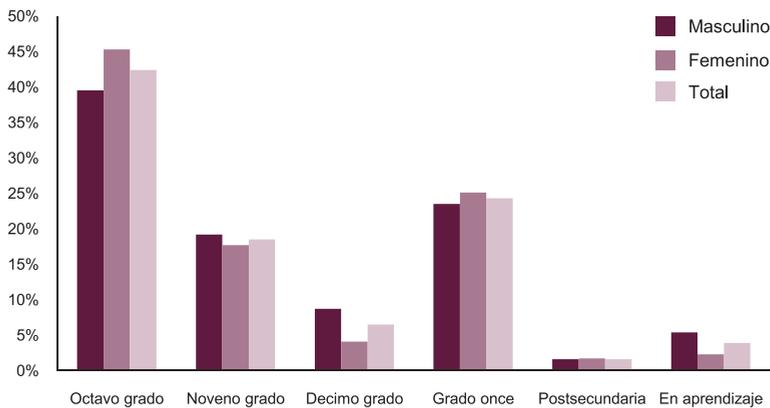


Gráfico 3. Distribución de Adolescentes según último año escolaridad
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Como puede observarse la población estudiada se distribuyó entre el octavo grado e enseñanza media y el grado once. La formación post-secundaria se está representada en muy baja proporción al igual que otros tipos de estudio como los ofrecidos para formación en el trabajo, en parte explicable por la edad de los participantes.

Tabla 4. Distribución de adolescentes según último año de escolaridad
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Ultimo año de escolaridad | Masculino | Femenino | Total |
|---------------------------|-----------|----------|-------|
| Octavo grado | 39,5% | 45,3% | 42,4% |
| Noveno grado | 19,2% | 17,7% | 18,5% |
| Decimo grado | 8,7% | 4,1% | 6,5% |
| Grado once | 23,5% | 25,1% | 24,3% |
| Post-secundaria | 1,6% | 1,7% | 1,6% |
| En aprendizaje | 5,4% | 2,3% | 3,9% |

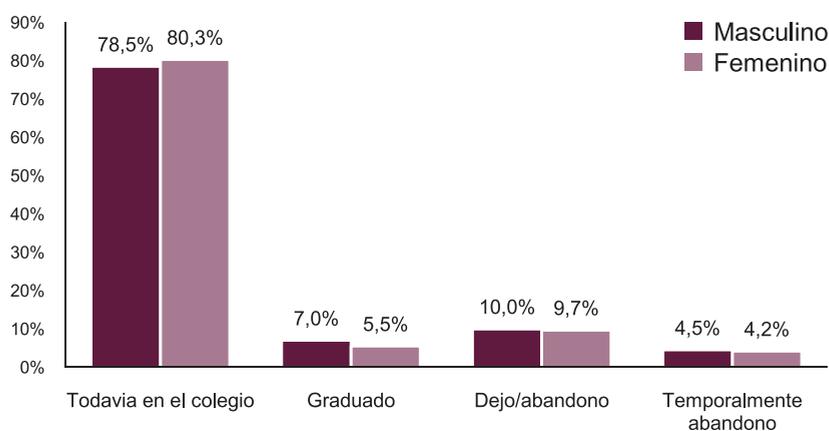


Gráfico 4. Distribución según dedicación estudio-trabajo
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

El 78,5% de los adolescentes pertenecientes al sexo masculino, se encontraban todavía en el colegio y del femenino el 80,3%. La deserción escolar se encontró muy similar para los dos sexos, 10,0% para el masculino y 9,7% para el femenino: el abandono temporal del estudio se encontró para el 4,5% de los hombres y el 4,2% de las mujeres, lo cual puede ser debido a la costumbre de participación como apoyo en las épocas de cosecha, o a situaciones de dificultad económica de la familia.

El 7,0% de los jóvenes del sexo masculino y el 5,5% del femenino ya se graduaron de enseñanza media.

El resultado sobre deserción escolar es muy alto cerca al 10 por ciento de los jóvenes entrevistados informaron abandono de la actividad educativa.

- **Trabajo**

En el gráfico 5 se puede observar como casi el 11 por ciento de los adolescentes informó trabajar medio tiempo, posiblemente en este grupo se cuentan los que se graduaron y siguen estudiando otro nivel en combinación con estudio. El comportamiento por sexo, muestra mayor vinculación laboral en los jóvenes del sexo masculino con 13,5% versus 8,4% en el femenino.

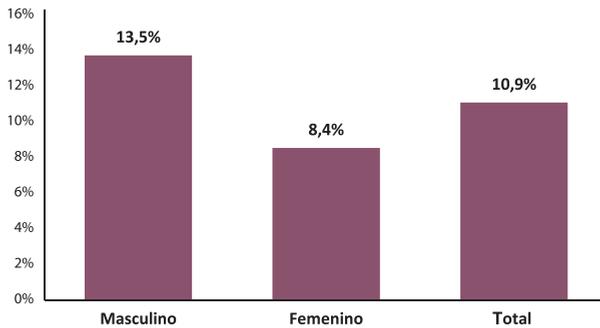


Gráfico 5. Proporción de adolescentes con trabajo temporal de medio tiempo
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

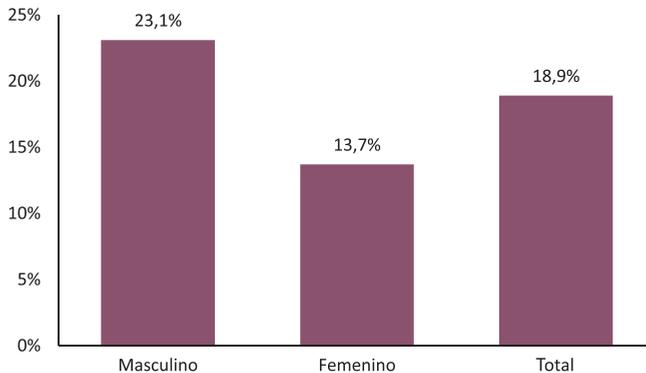


Gráfico 6. Proporción de adolescentes con trabajo durante el año escolar
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

En el gráfico 6, vemos como el 23% de los adolescentes del sexo masculino tienen algún trabajo durante el año escolar, siendo estadísticamente significativa la diferencia de proporciones con el sexo femenino que solo informa esta situación para el 13,7%.

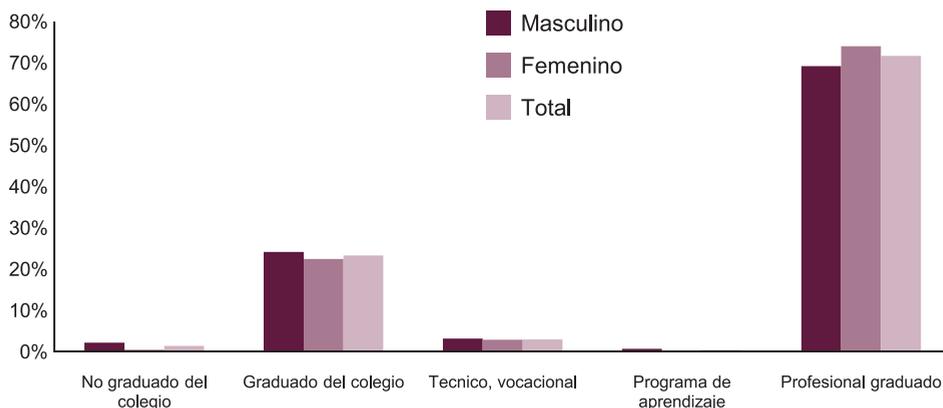


Gráfico 7. ¿Qué tan lejos espera usted llegar en el colegio o la escuela?
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Tabla 5. ¿Qué tan lejos espera usted llegar en el colegio o la escuela?
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Frecuencia | Masculino | Femenino | Total |
|-------------------------|-----------|----------|-------|
| No graduado del colegio | 2,2% | 0,5% | 1,4% |
| Graduado del colegio | 24,2% | 22,5% | 23,3% |
| Técnico, vocacional | 3,2% | 2,9% | 3,0% |
| Programa de aprendizaje | 0,7% | 0,1% | 0,4% |
| Profesional graduado | 69,2% | 74,0% | 71,7% |

Con relación a las expectativas de avance académico el 71,7% aspira a graduarse como profesional, siendo mayor esta proporción para el sexo femenino. Solo el 1,4% no aspira a graduarse, siendo mayor la proporción de jóvenes del sexo masculino que dan esta respuesta. El 23,3% quieren llegar a terminar sus estudios en el colegio y un 3,0% hacer un estudio como técnico profesional.

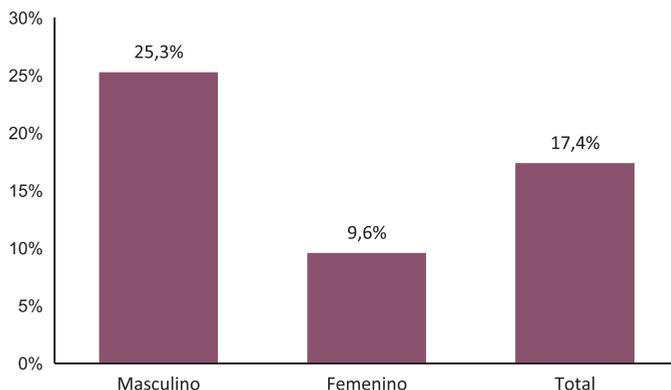


Gráfico 8. Alguna vez estuvo suspendido del colegio.
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

La respuesta sobre si alguna vez estuvo suspendido del colegio, muestra como un 17,0% contesta positivamente, presentando diferencia estadísticamente significativa por sexo, con una razón hombre mujer casi de 1:3. A favor de los adolescentes del sexo masculino.

La relación con los profesores es muy importante para el desarrollo social del niño y el adolescente, en el estudio se incluyó una pregunta, sobre este importante tema. El 64,6% considera que sí lo tratan justamente y 23,0% que hasta cierto punto; el 11,5% cree que no es así.

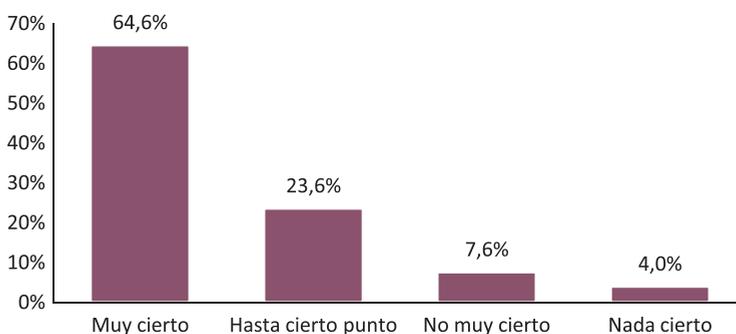


Gráfico 9. ¿La mayoría de mis profesores me tratan justamente?
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

4.1.2 Variables sobre la composición y funcionamiento familiar

La disfunción familiar, los antecedentes familiares de enfermedad mental, comportamiento delictivo, maltrato infantil, se comportan como los factores

estudiados ampliamente denominados “adversidades de la niñez” para los cuales se ha encontrado asociación con trastornos del ánimo, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de ansiedad diagnosticados con el CIDI(80).

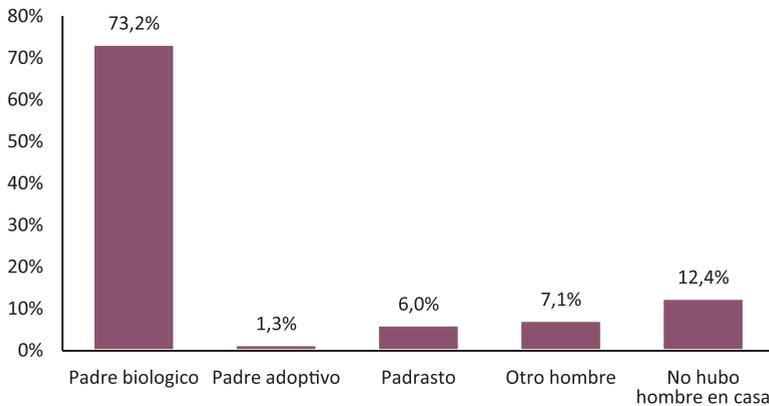


Gráfico 10. ¿Quién fue la figura paterna durante la mayor parte de su niñez?
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

La más alta proporción con 73,2% contestó que el jefe de la familia es el padre biológico, no se contó con figura paterna en el 12,0%. Otro hombre el 7,1%. El 14,4% de los jóvenes respondieron que la figura paterna fue el padre adoptivo, el padrasto u otro hombre.

A pesar de lo anterior al responder la pregunta: ¿Ha vivido continuamente con su padre biológico a lo largo de su vida? Solo el 62,0% respondió que sí.

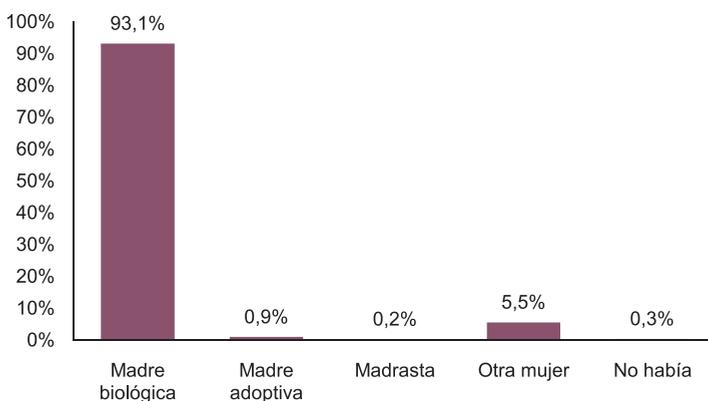


Gráfico 11. ¿Quién fue la figura materna durante la mayor parte de su niñez?
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

La madre biológica, fue la figura materna con un 93,1%, otra mujer en un 5,5%, madre adoptiva con casi el 1,0%, madrastra en 0,2% y no había con 0,3%. Vale la pena resaltar que la presencia de la madre biológica se presentó con un 20,0% superior al padre biológico y por lo anterior es muy importante en la conformación de la familia en Colombia.

A la pregunta sobre trabajo remunerado del padre en la niñez, el 80,3% respondió siempre y el 10,6% casi siempre. De todas maneras es preocupante que el 4,8% respondió que casi nunca y el 2,6%: nunca o casi nunca.

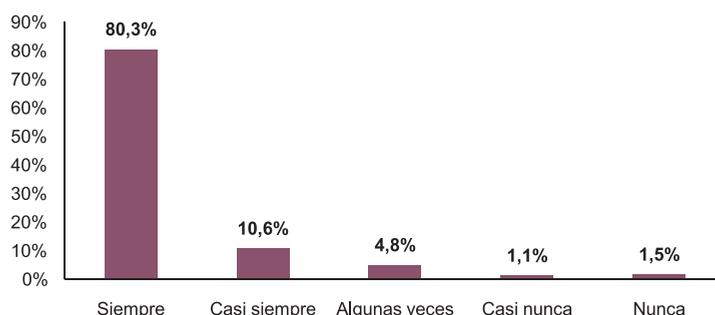


Gráfico 12. Trabajo remunerado del padre en la niñez
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

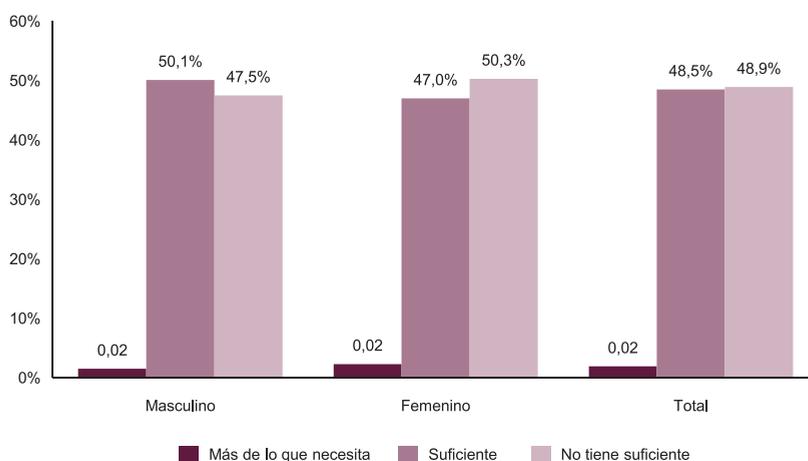


Gráfico 13. Percepción de las finanzas familiares
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

La pregunta se hace pidiendo que se informe si en su familia se cuenta con más dinero del que necesita, suficiente dinero para cubrir sus necesidades o no tiene

suficiente para cubrir sus necesidades. Menos del 2,0% responde “más del que necesita”, cerca al 49,0% suficiente para cubrir las necesidades y la misma proporción “insuficiente para cubrir las necesidades”.

Tabla 6. Percepción de sobre las finanzas familiares
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Frecuencia | Masculino | Femenino | Total |
|------------------------|-----------|----------|-------|
| Más de lo que necesita | 1,5% | 2,3% | 1,9% |
| Suficiente | 50,1% | 47,0% | 48,5% |
| No tiene suficiente | 47,5% | 50,30% | 48,9% |

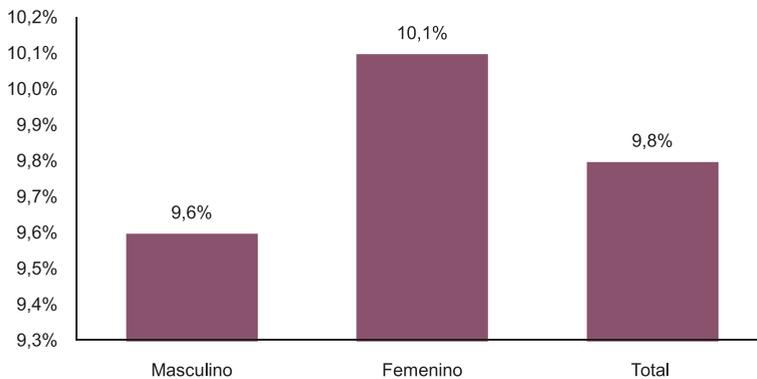


Gráfico 14. ¿En el último año, alguna vez pasó hambre y no comió porque no tenía dinero para pagar la comida?
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

La respuesta a esta pregunta es un indicador de la severidad del problema económico, el 9,8%, cerca a uno de cada diez jóvenes informó que alguna vez no contó con dinero para comer.

Las preguntas sobre los antecedentes familiares son de gran importancia dada la fuerte influencia que pueden representar para el comportamiento y la situación de salud mental del adolescente.

En la escala se pregunta sobre consumo de cigarrillo u otras drogas como la marihuana, las respuestas para cigarrillo muestran que el 9,1% de los hermanos consumen cigarrillo, siendo mayor la proporción para el sexo masculino.

El consumo de marihuana u otras drogas se informó solo para los hermanos con el 0,6%.

Con relación a las variables relacionadas con problemas de comportamiento social la información presenta como un 2,2% “en alguna oportunidad carga navajas, revolver u otras armas”; el 2,2% “se involucra en peleas a golpes”; el 1,3% “en alguna oportunidad ha robado cosas”; el 1,3% en “alguna oportunidad y a propósito ha destruido propiedades de otras personas”, llama la atención para esta respuesta la mayor frecuencia en el sexo femenino. El 0,3% ha sido arrestado o detenido, situación que solo se informa para el sexo femenino con el 0,6%.

Tabla 7. Antecedentes de los hermanos
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes Colombia

| Información sobre hermanos/as | Masculino | Femenino | Total |
|--|-----------|----------|-------|
| Fuman cigarrillo | 10,6% | 7,4% | 9,1% |
| Consume marihuana u otras drogas | 0,6% | 0,0% | 0,3% |
| En alguna oportunidad carga navajas, revolver o armas | 2,5% | 1,8% | 2,2% |
| Se involucra en peleas a golpes | 2,5% | 1,8% | 2,2% |
| En alguna oportunidad ha robado cosas. | 1,9% | 0,8% | 1,3% |
| En alguna oportunidad y a propósito ha destruido propiedades de otras personas | 0,6% | 2,0% | 1,3% |
| Han sido arrestado o detenido | 0,0% | 0,6% | 0,3% |
| En alguna oportunidad se pone realmente triste o deprimido(a) por un periodo de dos semanas o más tiempo | 3,3% | 6,1% | 4,7% |
| Esta muy nervioso(a) o ansioso(a) | 8,9% | 8,8% | 8,8% |
| Ha perdido algún curso o grado en el colegio o la escuela | 15,0% | 14,6% | 14,8% |
| Ella han abandonado el colegio o la escuela | 1,9% | 3,7% | 2,8% |

A la pregunta: “En alguna oportunidad se pone realmente triste o deprimido(a) por un periodo de dos semanas o más tiempo”, las respuestas positivas fueron para el 4,7%, siendo más frecuente para las hermanas, con diferencia estadísticamente significativa.

Con relación a antecedentes entre los hermanos de percepción sobre nerviosismo o ansiedad se informó para el 8,8% sin diferencia en el comportamiento por sexo.

La pregunta sobre pérdida de algún curso o grado en el colegio o la escuela se respondió positivamente para el 14,8% sin diferencias por sexo.

El abandono de los estudios se informó para el 2,8% del total siendo mayor la proporción en el caso de las hermanas con el 3,7% versus 1,9% en los hermanos.

- **Relaciones con los hermanos**

La información sobre la calidad de las relaciones con los hermanos se presenta como factor de protección al ser un indicador de la red de apoyo familiar, 52,7% la clasifica como excelente y muy buena, el 30,9% como buena y entre regular y mala el 14,8%.

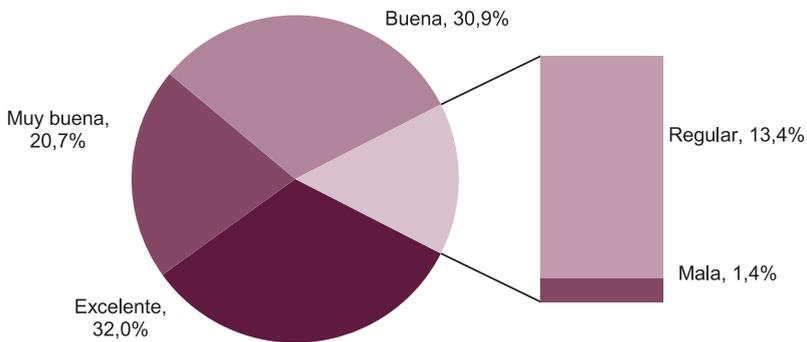


Gráfico 15. Relación con los hermanos/as
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

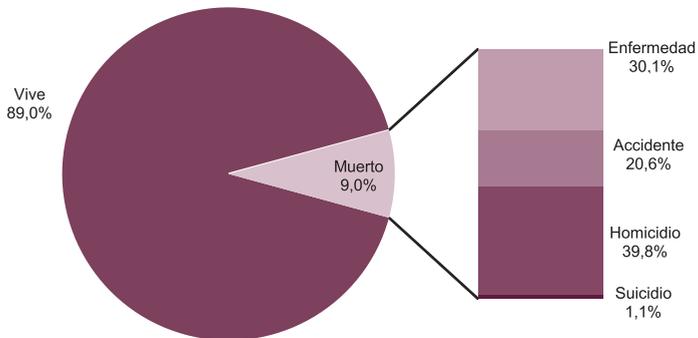


Gráfico 16. Información sobre el padre
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

El 73,2% vive con su padre biológico. Pero el 89,0% de los jóvenes encuestados tiene su padre biológico vivo, del 9,0% cuya información es que está muerto, las causas de muerte son las siguientes:

- Homicidio 39,8%,
- Enfermedad 30,1%,
- Accidente 20,6%
- Suicidio el 1,1%

No cabe duda del impacto de la violencia sobre la realidad social en el momento en que se llevó a cabo la recolección de la información para el estudio.

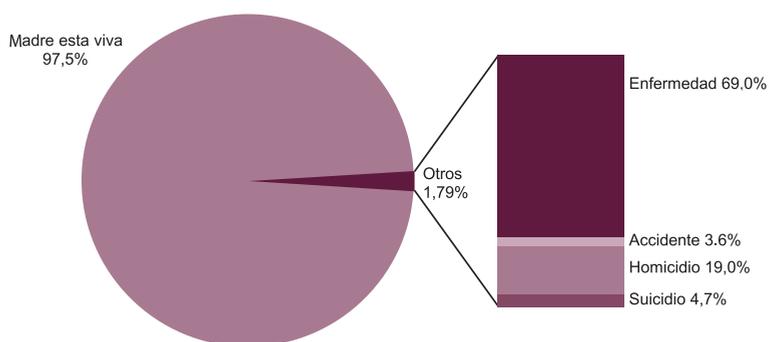


Gráfico 17. Información sobre la madre
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

El 97,50% de los encuestados informa que su madre biológica está viva, del 1,79% cuya información es que está muerta, las causas son las siguientes:

- Enfermedad el 60,0%
- Homicidio 19,0%,
- Suicidio el 4,7%
- Accidente 3,6%

El perfil de mortalidad de las madres difiere del mencionado para los padres, para ellas la primera causa de muerte es la enfermedad, seguida por el homicidio con el 19,0% a pesar de ser más bajo comparado con los padres por cada madre que muere por esta causa, mueren dos por esta causa entre los padres, sigue siendo un indicador de problemas sociales muy severos en nuestra sociedad.

También llama la atención la tercera causa de muerte con 4,7% por suicidio, lo cual no es concordante con lo conocido e informado sobre el tema, ya que se presenta una razón por sexo de 1:4, invertida siendo en este caso el suicidio consumado más alto en las madres.

- **Cohesión familiar**

La cohesión familiar se evaluó por medio de la aplicación de la escala que se encuentra a continuación, como no se había estudiado su confiabilidad para aplicarla a nuestra cultura, se aplicó el análisis de componentes principales y se estimó el coeficiente alpha de Cronbach con un resultado de 0,88 por lo que asegura confiabilidad y muy alto poder psicométrico.

La escala en su construcción tiene varios ítems hacia la izquierda que son útiles para asegurar la comprensión y aseguran la validez de las respuestas. Como podemos ver los resultados del presente estudio confirman el excelente comportamiento de la cohesión de la familia a pesar de los cambios que se han venido presentando en su tipología.

Tabla 8. Cohesión familiar
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Frecuencia | Sexo | Todo el tiempo | La mayor parte del tiempo | Algunas veces | Pocas veces |
|--|-----------|----------------|---------------------------|---------------|-------------|
| Con que frecuencia los miembros de su familia se sentían muy cercanos los unos de los otros | Masculino | 34,2% | 34,8% | 24,5% | 6,4% |
| | Femenino | 32,3% | 32,1% | 29,1% | 6,5% |
| | Total | 33,3% | 33,4% | 26,8% | 6,5% |
| Con que frecuencia la familia entera hacía cosas juntos | Masculino | 24,3% | 34,4% | 35,7% | 5,7% |
| | Femenino | 23,5% | 31,0% | 38,5% | 7,0% |
| | Total | 23,9% | 32,7% | 37,1% | 6,3% |
| Con que frecuencia los miembros de su familia se evadían los unos a los otros en la casa | Masculino | 3,9% | 10,6% | 35,4% | 50,1% |
| | Femenino | 3,2% | 11,4% | 39,1% | 46,2% |
| | Total | 3,5% | 11,0% | 37,3% | 48,1% |
| Con que frecuencia los miembros de su familia decidían juntos lo que hacían | Masculino | 27,8% | 29,8% | 32,9% | 9,5% |
| | Femenino | 21,8% | 29,9% | 39,2% | 8,9% |
| | Total | 24,8% | 29,8% | 36,1% | 9,2% |
| Con que frecuencia los miembros de la familia compartían entre ellos intereses y diversiones | Masculino | 26,9% | 33,1% | 33,8% | 6,0% |
| | Femenino | 24,5% | 26,8% | 40,1% | 8,4% |
| | Total | 25,7% | 29,9% | 37,0% | 7,2% |

| Frecuencia | Sexo | Todo el tiempo | La mayor parte del tiempo | Algunas veces | Pocas veces |
|---|-----------|----------------|---------------------------|---------------|-------------|
| Con que frecuencia los miembros de su familia encontraban fácil expresar a los demás sus opiniones | Masculino | 21,6% | 26,9% | 43,5% | 8,0% |
| | Femenino | 21,3% | 22,2% | 45,4% | 10,7% |
| | Total | 21,4% | 24,5% | 44,4% | 9,4% |
| Con que frecuencia los miembros de su familia tenían participación en las decisiones familiares importantes | Masculino | 27,1% | 32,2% | 33,9% | 6,8% |
| | Femenino | 23,9% | 27,4% | 39,3% | 9,2% |
| | Total | 25,4% | 29,8% | 36,6% | 8,0% |
| Con que frecuencia se corregía a los niños con respecto a su disciplina | Masculino | 49,5% | 27,4% | 20,3% | 2,8% |
| | Femenino | 50,5% | 26,8% | 19,9% | 2,8% |
| | Total | 50,0% | 27,1% | 20,1% | 2,8% |
| Con que frecuencia cada uno se comprometía cuando había desacuerdos | Masculino | 24,0% | 34,9% | 33,9% | 7,0% |
| | Femenino | 19,2% | 30,6% | 40,4% | 9,6% |
| | Total | 21,6% | 32,7% | 37,2% | 8,3% |
| Con que frecuencia los miembros de su familia podían hablar a los otros acerca de sus sentimientos | Masculino | 16,0% | 26,4% | 45,2% | 12,3% |
| | Femenino | 16,8% | 19,1% | 47,5% | 16,4% |
| | Total | 16,4% | 22,7% | 46,4% | 14,4% |
| Con que frecuencia los miembros de su familia le permitían a los demás saber cuando ellos estaban tristes o preocupados | Masculino | 14,3% | 28,1% | 42,9% | 14,7% |
| | Femenino | 16,4% | 20,2% | 47,7% | 15,6% |
| | Total | 15,4% | 24,1% | 45,4% | 15,1% |
| Con que frecuencia resultaba difícil ponerse de acuerdo en las decisiones | Masculino | 9,4% | 14,6% | 54,1% | 21,8% |
| | Femenino | 8,7% | 14,4% | 54,6% | 22,3% |
| | Total | 9,1% | 14,5% | 54,4% | 22,1% |
| Con que frecuencia los miembros de su familia se guardaban para sí mismos sus sentimientos | Masculino | 9,5% | 18,3% | 50,5% | 21,4% |
| | Femenino | 11,2% | 15,4% | 53,1% | 19,9% |
| | Total | 10,3% | 16,8% | 51,8% | 20,6% |

Debe recordarse que la cohesión familiar se ha reconocido como importante factor de protección relacionado con la calidad de vida y baja frecuencia de trastornos mentales.

4.1.3 Comportamientos de indicadores de espiritualidad

La espiritualidad previene a los adolescentes de desarrollar alcoholismo o abuso de la droga, según los resultados de un estudio de la Universidad de Columbia en Nueva York. Los adolescentes con creencias religiosas personales tienen la mitad de riesgo de llegar a ser alcohólicos o drogadictos. Un grado más personal de espiritualidad y su equilibrio con lo institucional son factores que contribuyen al más bajo riesgo.

En el estudio de Kenneth S., Kendler S. y John Myers, publicado en el 2009, se informa como las prácticas personales del adolescente como el asistir a la iglesia se comportan como factor protector para el consumo de alcohol y nicotina(81).

Los hallazgos de los estudios que hemos realizado como Grupo de Investigación en Salud Mental (Universidad CES, Medellín), han comprobado la asociación entre la espiritualidad como factor protector contra el consumo de sustancias psicoactivas, presentando una alta fuerza de asociación con un porcentaje de reducción del riesgo para posible adicción al alcohol de 46% y un valor de $p > 0,000$ (82). En otro estudio se encontró como factor protector para consumo de basuca con una RD de 0,24(83).

En el presente estudio se aplicaron las siguientes preguntas relacionadas con el tema:

- Frecuencia de asistencia a servicios religiosos
- Importancia dada a las creencias espirituales
- Búsqueda de consuelo por medios espirituales

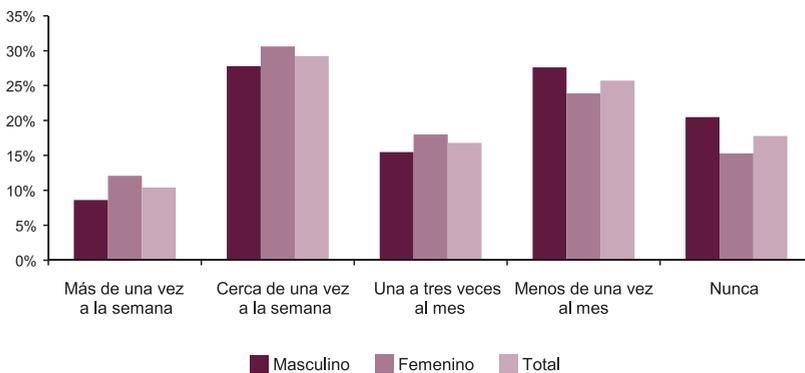


Gráfico 18. Frecuencia de asistencia a servicios religiosos
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Tabla 9. Frecuencia de asistencia a servicios religiosos
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Frecuencia de asistencia | Masculino | Femenino | Total |
|------------------------------|-----------|----------|-------|
| Más de una vez a la semana | 8,6% | 12,0% | 10,4% |
| Cerca de una vez a la semana | 27,8% | 30,0% | 29,2% |
| Una a tres veces al mes | 15,5% | 18,0% | 16,8% |
| Menos de una vez al mes | 27,6% | 23,9% | 25,7% |
| Nunca | 20,5% | 15,3% | 17,8% |

El 10,4% asiste a servicios religiosos más de una vez por semana, presentando una mayor frecuencia el sexo femenino, una vez por semana es informado por el 29,2%.

Al analizar la frecuencia para “menos de una vez al mes” y nunca se encuentra el 43,5%, siendo más alta la proporción para esta sumatoria en el caso de los varones.

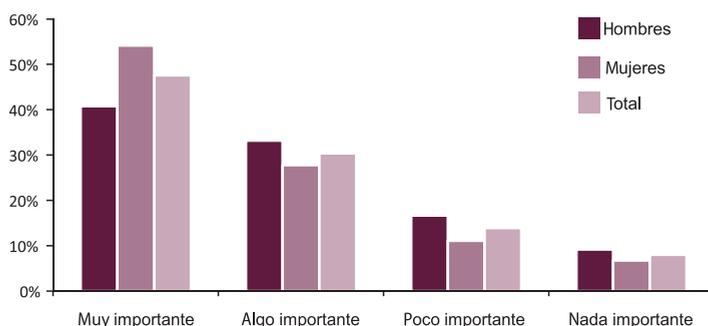


Gráfico 19. Importancia dada a las creencias espirituales
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Tabla 10. Importancia dada a las creencias religiosas
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Importancia | Masculino | Femenino | Total |
|-----------------|-----------|----------|-------|
| Muy importante | 40,8% | 54,2% | 47,6% |
| Algo importante | 33,2% | 27,8% | 30,4% |
| Poco importante | 16,7% | 11,1% | 13,9% |
| Nada importante | 9,2% | 6,8% | 8,0% |

Con relación a la respuesta para la segunda pregunta sobre espiritualidad: Importancia dada a las creencias religiosas o espirituales, el 47,6% respondió “muy importante” y algo importante el 30,4%. Para las respuestas poco y nada importante se encontró el 21,9%.

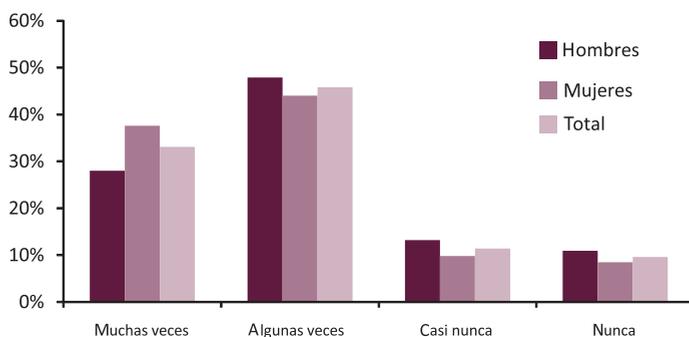


Gráfico 20. Búsqueda de consuelo por medios espirituales
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Tabla 11. Búsqueda de consuelo por medios espirituales
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Frecuencia | Masculino | Femenino | Total |
|---------------|-----------|----------|-------|
| Muchas veces | 28,0% | 37,6% | 33,1% |
| Algunas veces | 47,9% | 44,0% | 45,8% |
| Casi nunca | 13,2% | 9,8% | 11,4% |
| Nunca | 10,9% | 8,5% | 9,6% |

Las respuestas para la tercera pregunta sobre espiritualidad: el 33,1% respondió que lo hace muchas veces, el 45,8% algunas veces y nunca y casi nunca el 21,0%.

4.1.4 Eventos vitales

En la tabla siguiente se presentan las frecuencias para cada uno de los ítems que componen la escala de eventos vitales. Con relación a los resultados sobre el incremento de la frecuencia de eventos vitales estresantes, llama la atención el aumento de la frecuencia de la mayoría de ellos y en especial de:

- Ruptura de una relación romántica con el 21,9%

- Tener una gran desilusión cuando esperaba que le sucediera una cosa muy buena y no sucedió con 21,1%
- Ruptura de alguna otra relación de amistad importante con el 18,0%
- Desacuerdo con los padres o familiares cercanos, 8,5%
- Desacuerdo con alguno de sus amigos para el 13,2%
- La muerte de algún amigo cercano o de algún miembro de la familia con 12,9%
- La enfermedad grave o una lesión de un amigo cercano o de algún miembro de la familia 7,1%
- Crisis económica grave con el 4,7%
- Embarazar a alguien o haber estado embarazada con 2,3% para el total, proporción que se incrementa en las jóvenes del sexo femenino con 3,70%, versus 0,9% en los del sexo masculino. La diferencia puede explicarse por un compañero sexual de mayor edad que el grupo estudiado.

Tabla 12. Eventos vitales
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Evento vital | Masculino | Femenino | Total |
|--|-----------|----------|-------|
| Ruptura de una relación romántica | 23,2% | 2,6% | 21,9% |
| Ruptura de alguna otra relación de amistad importante | 14,8% | 22,9% | 18,9% |
| Sus padres se separaron o se divorciaron | 2,1% | 3,5% | 2,8% |
| La muerte de algún amigo cercano o de algún miembro de la familia | 11,3% | 14,5% | 12,9% |
| La enfermedad grave o una lesión de un amigo cercano o de algún miembro de la familia | 7,6% | 6,7% | 7,1% |
| Alguna otra cosa terrible que le haya sucedido a un amigo cercano o a un miembro de la familia | 4,3% | 2,1% | 3,2% |
| Un accidente o lesión que amenazara su vida | 1,7% | ,4% | 1% |
| Ser atracado o asaltado | 5,5% | 2,7% | 4,1% |
| Ser robado o secuestrado | 0,7% | 0,8% | 0,8% |
| Ser sexualmente atacado o golpeado | 0,4% | 0,8% | 0,6% |
| Embarazar a alguien- haber estado embarazada | 0,9% | 3,7% | 2,3% |
| Perdió el empleo o lo expulsaron de la escuela o el colegio | 2,8% | ,6% | 1,7% |
| Una crisis económica grave | 4,4% | 5,1% | 4,7% |
| Problemas con la policía | 0,4% | 0,4% | 0,4% |
| Comparecer ante una corte o juzgado | 0,6% | 0,1% | 0,3% |
| Tener una gran desilusión cuando esperaba que le sucediera una cosa muy buena y no sucedió | 17,3% | 24,7% | 21,1% |
| Desacuerdo serio o problemas con su esposo(a) o compañero(a) afectivo(a) | 6,1% | 9,8% | 8% |

| Evento vital | Masculino | Femenino | Total |
|--|-----------|----------|-------|
| Desacuerdo con un hermano o hermana | 9,2% | 11,4% | 1,3% |
| Desacuerdo con uno de sus padres u otro familiar cercano | 6,9% | 1,1% | 8,5% |
| Desacuerdo con alguno de sus amigos (as) | 11,7% | 14,6% | 13,2% |
| Desacuerdo con un jefe en el trabajo o con un profesor en la escuela o colegio | 7,4% | 7,2% | 7,3% |
| Desacuerdo con alguien más en la escuela, el colegio o el trabajo | 6,9% | 6,2% | 6,5% |
| Desacuerdo con alguno de sus vecinos | 4,4% | 3% | 3,7% |

4.1.5 Relaciones sexuales y embarazo en adolescentes

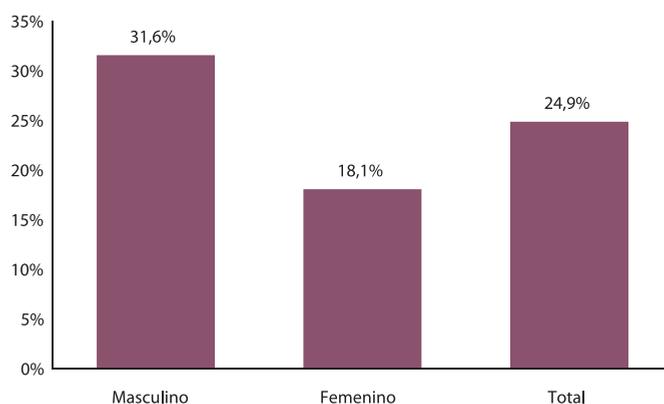


Gráfico 21. ¿Ha tenido relaciones sexuales?
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

El 24,9% de los adolescentes estudiados informa haber tenido relaciones sexuales, lo que significa al extrapolar el resultado a la población de referencia, un total de 719.489 jóvenes con vida sexual activa y riesgo de enfermedades de transmisión sexual, embarazo en adolescentes y aborto.

La frecuencia es más alta en los hombres con un 31,6%, que en las mujeres con 18,1%. Siendo más estrictos en las estimaciones: 259.109 adolescentes del sexo femenino, pueden quedar embarazadas o expuestas a abortos fuera del alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Entre ellas, el 33,2% por ciento siempre tiene relaciones con protección (condón), pero la misma proporción nunca cuenta con dicha protección.

De los jóvenes del sexo masculino, el 46,9% siempre utiliza preservativo y el 15,9% casi siempre; pero el 18,5% nunca los utiliza, casi nunca el 2,8% y algunas veces el 15,9%.

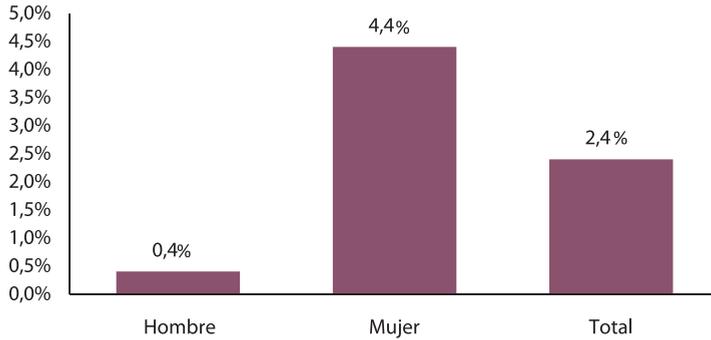


Gráfico 22. ¿Ha tenido un hijo?

Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

El 4,4% de las jóvenes estudiadas informa haber tenido un hijo lo que se traduce en 65.644 embarazos en adolescentes en la población urbana, de referencia de los 25 departamentos incluidos en el estudio.

Los datos anteriores generados en una muestra probabilística de los adolescentes colombianos, deja grandes inquietudes hacia los programas de salud orientados a estos grupos poblacionales.

4.1.6 Experiencias de maltrato familiar

Tabla 13. Indicadores de maltrato que afectan a los adolescentes

Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Frecuencia | Sexo | Siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|--|-----------|---------|---------------|------------|-------|
| ¿Con que frecuencia tenía que hacer cosas que fueran difíciles o peligrosas para una persona de su edad? | Masculino | 2,6% | 16,2% | 19,7% | 61,5% |
| | Femenino | 2,5% | 9,8% | 18,7% | 68,8% |
| | Total | 2,6% | 13,0% | 19,2% | 65,2% |
| Con que frecuencia permitían que saliera solo o sin supervisión siendo usted muy joven | Masculino | 8,4% | 27,8% | 20,4% | 43,3% |
| | Femenino | 5,5% | 15,9% | 20,7% | 57,8% |
| | Total | 7,0% | 21,8% | 20,6% | 50,7% |
| Con que frecuencia le faltaban cosas que necesitaba tales como ropa, zapatos o utensilios escolares porque sus padres o personas responsables de usted se gastaban el dinero en ellos mismos | Masculino | 1,6% | 8,9% | 12,8% | 76,6% |
| | Femenino | 2,4% | 8,1% | 10,4% | 79,2% |
| | Total | 2,0% | 8,5% | 11,6% | 77,9% |

| Frecuencia | Sexo | Siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|--|-----------|---------|---------------|------------|-------|
| Con que frecuencia sus padres o personas responsables de usted permitían que pasara hambre o no preparaban comida normal o habitual | Masculino | 0,8% | 5,4% | 5,6% | 88,2% |
| | Femenino | 0,7% | 3,4% | 6,5% | 89,4% |
| | Total | 0,7% | 4,4% | 6,1% | 88,8% |
| Con que frecuencia sus padres o las personas responsables de usted lo abandonaron o no le suministraron tratamiento médico cuando estuvo enfermo o lesionado | Masculino | 4,3% | 3,7% | 5,8% | 86,2% |
| | Femenino | 2,7% | 1,8% | 4,2% | 91,4% |
| | Total | 3,5% | 2,7% | 5,0% | 88,8% |

La exposición a situaciones peligrosas obligados o por culpa de los padres o personas encargadas del cuidado del niño, a pesar de no presentarse en una proporción muy alta, se representan como factores de riesgo que pueden afectar la salud mental del adolescente y el futuro desarrollo del adulto.

- ¿Con que frecuencia tenía que hacer cosas que fueran difíciles o peligrosas para una persona de su edad? En el caso de los jóvenes del sexo masculino al sumar las frecuencias: siempre y algunas veces, llega al 18,0%, siendo menor en las jóvenes del sexo femenino con el 15,0%.
- ¿Con que frecuencia permitían que saliera solo o sin supervisión siendo usted muy joven? La ausencia de supervisión es mayor del 10,0% y se presenta igual para los dos sexos.
- ¿Con que frecuencia le faltaban cosas que necesitaba tales como ropa, zapatos o utensilios escolares porque sus padres o personas responsables de usted se gastaban el dinero en ellos mismos? La frecuencia llega para las primeras respuestas al 10,5% sin diferencia por sexo.
- ¿Con que frecuencia sus padres o personas responsables de usted permitían que pasara hambre o no preparaban comida normal o habitual? El 11,4% siente que esto le pasa siempre o algunas veces.
- ¿Con que frecuencia sus padres o las personas responsables de usted lo abandonaron o no le suministraron tratamiento médico cuando estuvo enfermo o lesionado? El 6,5% de los jóvenes informan haber padecido estas situaciones.

4.1.7 Morbilidad sentida en los Adolescentes

Tabla 14. Morbilidad sentida por depresión según tamización
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Morbilidad | Masculino | Femenino | Total |
|---|-----------|----------|-------|
| ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que se encontraba (triste/o/desanimado(a)/o/aburrido(a) en las cosas) la mayor parte del día, casi todos los días durante dos semanas o más? | 22,5% | 31,4% | 27,5% |
| ¿Alguna vez en su vida ha tenido un año o más en que casi todos los meses tuvo un episodio de varios días o más cada uno, en que se encontraba (triste/o/desanimado(a)/o/aburrido(a)? | 9,5% | 8,7% | 9,0% |
| ¿Alguna vez en su vida ha consultado a un médico u otros profesionales acerca de su (tristeza/o/desánimo/o/aburrimiento)? | 13,2% | 21,2% | 18,0% |
| ¿Ha recibido tratamiento profesional para su (tristeza/o/desánimo/o/aburrimiento) que usted considere de ayuda o efectivo? | 47,2% | 24,4% | 31,0% |

La frecuencia de sintomatología para depresión es bastante alta con un 27,5% para el primer síntoma, presentándose más alto en el sexo femenino. Un 18,0% ha consultado a un médico u otros profesionales por el problema y ha recibido tratamiento profesional un 31,0% de la población de estudio.

Tabla 15. Morbilidad sentida por déficit de atención/trastorno de hiperactividad, según tamización
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Morbilidad | Masculino | Femenino | Total |
|--|-----------|----------|-------|
| ¿Durante los últimos 12 meses ha seguido teniendo muchos problemas para concentrarse y mantener la atención? | 33,2% | 28,4% | 30,8% |
| ¿Alguna vez en su vida ha consultado a un médico y otro profesional acerca de sus dificultades para concentrarse y mantener la atención? | 0,0% | 18,0% | 9,7% |

La frecuencia de síntomas informados llega al 30,8% en los últimos 12 meses, pero la consulta al médico u otro profesional sólo es informada por el 9,7% y solo se dió en el sexo femenino.

Tabla 16. Morbilidad sentida por estrés, según tamización
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Morbilidad | Masculino | Femenino | Total |
|---|-----------|----------|-------|
| ¿Durante los últimos 12 meses usted ha tomado algún tipo de medicamento prescrito para sus problemas con sus emociones, concentración, sueño, o habilidad para enfrentar el estrés? | 0,4% | 0,7% | 0,6% |
| ¿Tomó/Está tomando usted medicamentos bajo la supervisión de un profesional de la salud? | 40,0% | 81,9% | 68,0% |
| ¿O lo (tomó/está tomando) por su propia cuenta sin ninguna supervisión profesional? | 60,0% | 18,1% | 32,0% |

La sintomatología para posible ansiedad es la más baja con el 6,0%, sin embargo en los que la presentan un 32,0% ha consultado, siendo significativamente mayor para el sexo masculino.

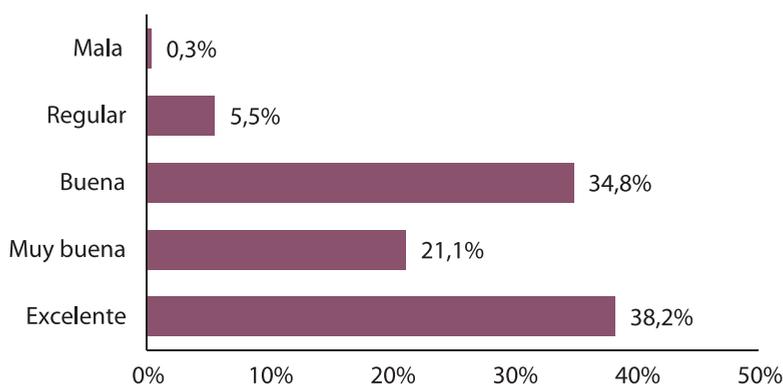


Gráfico 23. Percepción de salud mental
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

Finalmente cerramos esta primera parte de los resultados del estudio con los resultados de la percepción de salud mental de los adolescentes: el 38,2% informa tener una excelente salud mental, un 21,1% con muy buena y 34,8% buena; solo 5,8% la percibe como regular o mala.

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en los adolescentes en Colombia

Yolanda Torres de Galvis,
José Posada Villa,
José Bareño Silva
y Dedsy Berbesí Fernández



5. PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LOS ADOLESCENTES EN COLOMBIA

Yolanda Torres de Galvis, José Posada Villa, José Bareño Silva y Dedsy Berbesí Fernández

En esta segunda parte de los hallazgos se presentan los resultados de la aplicación del instrumento **CIDI-OMS** que fue calibrado con el DSM –IV por el director del Consorcio responsable del estudio mundial y su grupo con la metodología seguida en el **WMH-CIDI**(84).

Las prevalencias informadas son el producto del procesamiento de la base de datos generada después de todos los controles de calidad exigidos por el Consorcio, con la aplicación de los criterios de expansión y los algoritmos diagnósticos, preparados por el equipo de Harvard.

Debe recordarse que en epidemiología psiquiátrica la prevalencia se calcula para tres momentos en la vida de la persona:

- **Prevalencia en los últimos 30 días**, cuando los criterios aplicados se presentan en este periodo, también puede ser considerada como la prevalencia de punto de la epidemiología clínica en general.
- **Prevalencia de los últimos 12 meses**, cuando los criterios diagnósticos se informan para este periodo, en este caso en general se considera como la evaluación de prevalencia de periodo para el año anterior.
- **Prevalencia de vida**, cuando los criterios aplicados han estado presentes en cualquier momento de la vida del individuo.

Cada una de estas estimaciones tiene importantes aplicaciones tanto en clínica como en salud pública, tanto para evaluar la severidad y evolución del trastorno en pacientes en caso de tratamiento, como el riesgo de presentar el problema y las necesidades de recursos para atenderlos.

La información recolectada con la aplicación del CIDI-OMS, sobre la fecha de la primera aparición del trastorno, también permite hacer análisis muy importantes del comportamiento por cohortes de edad y explorar si al compararla con futuras aplicaciones, el fenómeno está asociado a la edad o a situaciones especiales vividas por los grupos humanos estudiados. Un ejemplo puede ser el estrés post-traumático en los países afectados por fenómenos naturales o por situaciones generalizadas de violencia.

Este análisis no se presenta en el presente informe, pero será motivo de futuras publicaciones. Igualmente a medida que se publiquen los resultados de los demás países que han aplicado el CIDI-OMS de adolescentes, permitirá la comparación de la presentación a través de las diferentes culturas.

A los resultados de las tres estimaciones de la prevalencia para cada trastorno: prevalencia de de vida, prevalencia en los últimos 12 meses y prevalencia en los últimos 30 días, también se les aplicaron los (IC95%) intervalos con 95% de confianza lo cual nos permite obtener la información con mayor seguridad y comprobar la precisión de los resultados obtenidos. Además se incluye el cálculo de la razón por sexo, para evaluar si los resultados obtenidos son concordantes con la literatura internacional sobre el tema.

Como un elemento para el mejor entendimiento de los resultados se recuerdan los siguientes aspectos:

- Las proporciones de prevalencia incluyen en el numerador el total de casos nuevos y viejos que se presentan al aplicar los criterios del DSM-IV y su denominador es la población a riesgo en el grupo estudiado, se calculan utilizando cien como constante, lo que permite estimar de cada cien personas expuestas cuantas presentan el trastorno. Esto último también permite estimar en número de casos en la población de referencia, para Colombia se aplicará a los adolescentes que viven en el área urbana y llenan los criterios de inclusión exigidos en el estudio.
- IC 95% esta medida nos permite asegurar que de cada cien estimaciones del indicador de prevalencia, que se hicieran con estudios similares, 95 presentarían el resultado entre el límite inferior y el superior. Entre menos amplio es el rango la precisión del estudio es mayor. Actualmente, los intervalos de confianza son utilizados para descartar que los resultados obtenidos se deban al azar.
- Las razones, son útiles para comparar el comportamiento del resultado por una variable de importancia en este caso se utiliza la variable sexo. Su interpretación se hace en la siguiente forma:
 - Si el resultado es igual a 1 no hay diferencia en la presentación por sexo
 - Si es menor de 1, es mayor para el sexo masculino
 - Si es mayor de 1 es mayor en el sexo femenino

5.1 Trastornos de ansiedad

En este grupo de trastornos se incluyen los siguientes:

- Trastorno de angustia con agorafobia

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Agorafobia
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno de ansiedad por separación
- Cualquier trastorno de ansiedad

- **Trastorno de angustia con agorafobia**

Tabla 17. Indicadores de prevalencia para trastorno de angustia con agorafobia por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|--------------|--------------|-------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 0,4% | 0,4% | 0,4% | 1,0 |
| | [0,42- 0,44] | [0,42- 0,44] | [0,41-0,42] | |
| Prevalencia últimos 12 meses | 0,7% | 1,4% | 1,1% | 2,0 |
| | [0,65- 0,67] | [1,44-1,48] | [1,04-1,07] | |
| Prevalencia de Vida | 1,1% | 1,5% | 1,3% | 1,4 |
| | [1,08-1,11] | [1,50-1,54] | [1,30-1,32] | |

Los indicadores de prevalencia para el trastorno de angustia con agorafobia en los adolescentes estudiados presentan los siguientes resultados:

- La proporción de prevalencia total en los últimos 30 días es de 0,4 por ciento con un IC95% entre 0,41 como límite inferior y 0,42 para el superior, lo cual indica una alta precisión en la estimación. Al comparar el hallazgo por sexo no presenta diferencias estadísticamente significantes, lo cual se comprueba con el resultado de la razón hombre: mujer que es igual 1.
- Para la proporción de prevalencia en los últimos 12 meses el total de los adolescentes estudiados presentó el 1,1 por ciento con IC95% [1,04 – 1,07] para este indicador el resultado es mayor para el sexo femenino con el 1,4% con IC95% [1,44-1,48] versus el masculino con 0,7% con IC 95% [1,44 -1,48] y razón por sexo igual a 2.
- El comportamiento de la prevalencia de vida para el total es de 1,3% con IC 95% 1,30-1,32. La razón por sexo es de 1,4.
- En síntesis, por sexo, presenta una tendencia que muestra mayor riesgo para las jóvenes del sexo femenino. La prevalencia de vida se presenta en el 1,3% de la población estudiar, la de los últimos 12 meses 1,1% y la de los últimos 30 días de 0,4%.

Tabla 18. Indicadores de prevalencia para trastorno de angustia con agorafobia por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 16,9% | 9,4% | 2,7% |
| 14 | 25,4% | 10,9% | 3,7% |
| 15 | 17,3% | 8,6% | 1,6% |
| 16 | 18,8% | 10,2% | 4,1% |
| 17 | 21,1% | 11,4% | 2,4% |
| Total | 19,9% | 10,1% | 2,9% |

Las proporciones de prevalencia según grupos de edad, no presentan una tendencia clara, pero llama la atención que se presenta desde los 13 años.

- **Trastorno de ansiedad generalizada**

Tabla 19. Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|---------------------------------|---------------|--------------|-------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 0,1% | 0,1% | 0,1% | 1,0 |
| | [0,10- 0,11] | [0,07- 0,08] | [0,08-0,09] | |
| Prevalencia Últimos 12 meses | 0,4% | 0,6% | 0,5% | 1,5 |
| | [0,385- 0,40] | [0,55- 0,57] | [0,47-0,48] | |
| Prevalencia de Vida | 0,4% | 0,8% | 0,6% | 2,0 |
| | [0,38- 0,40] | [0,82-0,85] | [0,61-0,63] | |

Para el trastorno de ansiedad generalizada el comportamiento de los indicadores de prevalencia presentan los siguientes resultados:

La proporción de prevalencia total en los últimos 30 días es de 0,1 por ciento con un IC95% entre 0,08 como límite inferior y 0,09 para el superior, lo cual indica una alta precisión en la estimación. Al comparar el hallazgo por sexo no presenta diferencias estadísticamente significantes, lo cual se comprueba con el resultado de la razón hombre: mujer que es igual uno.

La proporción de prevalencia en los últimos 12 meses para el total de los adolescentes estudiados presentó el 0,5 por ciento con IC95% [0,47 – 0,48] para este indicador el resultado es mayor para el sexo femenino con el 0,6% con IC95% [0,55-0,57] versus el masculino con 0,7% con IC 95% [0,38 -0,40] y en forma similar a los hallazgos informados para ansiedad generalizada, la razón por sexo para trastorno de angustia con agorafobia evidencia mayor frecuencia para el sexo femenino con una razón de 1,5.

El comportamiento de la prevalencia de vida para el total es de 0,6% con IC 95% [0,61-0,63] La razón por sexo es igual a 2, es decir que por cada hombre se presentan dos mujeres con este trastorno.

Los tres indicadores de prevalencia son menos frecuentes para este trastorno al compararlo con el trastorno de angustia con agorafobia. Como puede observarse en la tabla 18 la tendencia por edad no es clara, posiblemente por presentar un rango estrecho para esta variable.

Tabla 20. Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 0,7% | 0,5% | 0,0% |
| 14 | 0,2% | 0,2% | 0,0% |
| 15 | 1,3% | 0,8% | 0,3% |
| 16 | 0,2% | 0,2% | 0,0% |
| 17 | 0,7% | 0,7% | 0,2% |
| Total | 0,6% | 0,5% | 0,1% |

• Agorafobia

Tabla 21. Indicadores de prevalencia para agorafobia por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|--------------|--------------|-------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 1,0% | 2,8% | 1,9% | 2,7 |
| | [1,02-1,05] | [2,73- 2,79] | [1,89-1,92] | |
| Prevalencia últimos 12 meses | 2,2% | 4,8% | 3,8% | 2,0 |
| | [2,27- 2,32] | [4,82- 4,89] | [3,77-3,81] | |
| Prevalencia de vida | 3,7% | 6,8% | 5,3% | 1,8 |
| | [3,48- 3,54] | [6,49-6,57] | [5,32-5,36] | |

La frecuencia de este trastorno es la más alta de los tres que se han analizado, hasta el momento, en los últimos 30 días para el total de los adolescentes fue de 1,9% con IC95% [1,89-1,92], con diferencia estadísticamente significativa entre los dos sexos; la razón por esta variable es de 2,7 es decir que por cada joven del sexo masculino que presenta el trastorno se encuentran 2,7 en el femenino.

Como es de esperar la proporción de prevalencia se va incrementando al pasar a estimarse como prevalencia en los últimos 12 meses con el 3,8% y luego como prevalencia de vida con una proporción de 5,3% para el total.

Tabla 22. Indicadores de prevalencia para agorafobia por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 5,0% | 4,1% | 2,2% |
| 14 | 5,6% | 4,0% | 2,3% |
| 15 | 6,3% | 3,8% | 1,5% |
| 16 | 6,0% | 4,8% | 2,7% |
| 17 | 3,5% | 2,5% | 1,6% |
| Total | 5,3% | 3,8% | 2,1% |

El comportamiento por edad tampoco presenta tendencia clara para ninguno de los tres indicadores estudiados.

- **Trastorno por estrés postraumático**

Tabla 23. Indicadores de prevalencia para trastorno por estrés postraumático por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 0,1% [0,10- 0,11] | 0,07% [0,07- 0,08] | 0,1% [0,08-0,09] | 1,0 |
| Prevalencia últimos 12 meses | 0,2% [0,23-0,24] | 1,4% [1,36-1,40] | 0,8% [0,81-0,83] | 7,0 |
| Prevalencia de vida | 0,3% [0,30- 0,32] | 2,4% [2,38- 2,43] | 1,4% [1,36-1,38] | 8,0 |

A pesar de compartir la etiología multicausal que explica la presencia del estrés post-traumático en el caso de países como Colombia se espera como un factor importante la experiencia de los niños y jóvenes a intervenciones armadas.

La proporción de prevalencia de vida se encontró en el 1,4% de los adolescentes con IC95% entre 1,36 y 1,28 por ciento, en las adolescentes la frecuencia se eleva a 2,4% con intervalos entre el 2,3% y 2,4%, o sea con alta precisión, lo que está a favor de la confiabilidad de las evaluaciones. La razón por sexo es de 8 es decir que por cada joven del sexo masculino que presenta este trastorno, se encuentran 8 del femenino.

Tabla 24. Indicadores de prevalencia para trastorno por estrés postraumático por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 0,6% | 0,4% | 0,2% |
| 14 | 0,4% | 0,4% | 0,0% |
| 15 | 1,2% | 0,7% | 0,0% |
| 16 | 1,0% | 0,8% | 0,3% |
| 17 | 3,8% | 1,9% | 0,0% |
| Total | 1,4% | 0,8% | 0,1% |

- **Trastorno de ansiedad por separación**

Tabla 25. Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según sexo y razón hombre/mujer

Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 0,2% [0,23-0,24] | 1,4% [0,07-0,08] | 0,8% [0,08-0,09] | 7,0 |
| Prevalencia últimos 12 meses | 0,38% [0,38-0,40] | 0,56% [0,55- 0,57] | 1,7% [0,47-0,48] | 1,4 |
| Prevalencia de vida | 0,4% [0,385- 0,40] | 9,0% [8,95- 9,04] | 6,8% [6,77-6,82] | 22,5 |

Para el trastorno de ansiedad de separación la prevalencia de vida se presentó con el 6,8%, nuevamente con predominio para el sexo femenino con el 9,0% versus 0,4%, con un intervalo de confianza muy estrecho a favor de una alta precisión de las estimaciones y una razón por sexo de 22,5, siendo extremadamente superior en la mujer, lo que se repite con menor resultado para la prevalencia de los últimos 30 días y los últimos 12 meses.

Tabla 26. Indicadores de prevalencia para trastorno de ansiedad por separación por cien según edad

Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 6,2% | 3,2% | 1,9% |
| 14 | 7,0% | 2,1% | 1,1% |
| 15 | 7,6% | 1,8% | 0,0% |
| 16 | 5,9% | 0,4% | 0,0% |
| 17 | 7,2% | 1,0% | 1,0% |
| Total | 6,8% | 1,7% | 0,8% |

- **Cualquier trastorno de ansiedad**

Tabla 27. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según sexo y razón hombre/mujer

Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 1,67% [1,63-1,67] | 3,3% [3,24-3,30] | 2,5% [2,45-2,49] | 1,9 |
| Prevalencia últimos 12 meses | 3,5% [3,46-3,52] | 7,5% [7,49-7,58] | 5,5% [5,51-5,56] | 2,1 |
| Prevalencia de vida | 5,2% [5,18-5,25] | 10,1% [10,04-10,14] | 7,7% [7,65- 7,71] | 1,9 |

Tabla 28. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 6,1% | 4,9% | 2,6% |
| 14 | 7,7% | 5,3% | 2,3% |
| 15 | 8,9% | 6,0% | 2,2% |
| 16 | 7,3% | 5,5% | 3,7% |
| 17 | 8,5% | 6,1% | 1,6% |
| Total | 7,7% | 5,5% | 2,5% |

Como puede observarse en la tabla 27, el 7,7% del total de los adolescentes estudiados ha presentado cualquiera de los trastornos de ansiedad durante la vida, en los últimos 12 meses el 5,5% y en los últimos 30 días el 2,5%.

La razón por sexo, y la estimación de los intervalos de 95% confianza para la prevalencia para cada periodo permite llegar a dos conclusiones importantes:

1. Por cada hombre afectado por este tipo de trastornos se encuentran dos mujeres.
2. Las diferencias por sexo, son estadísticamente significantes.

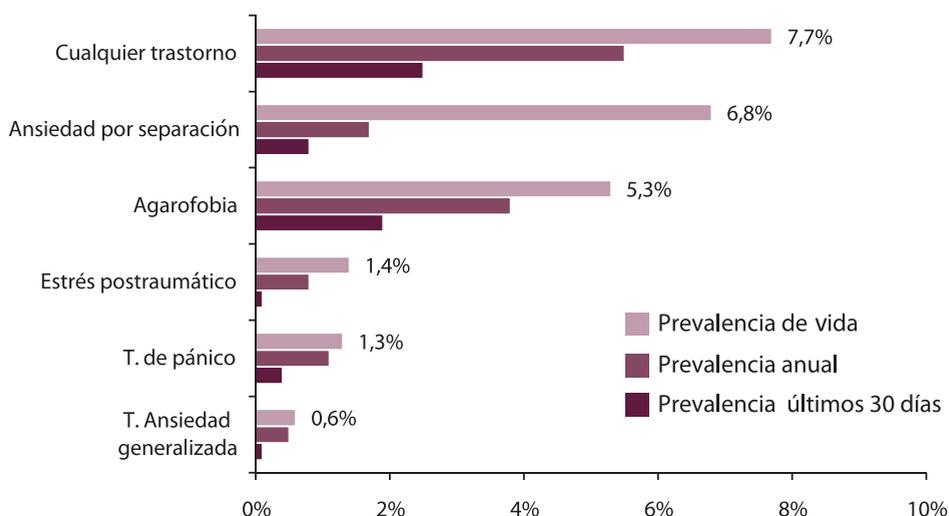


Gráfico 24. Trastornos de ansiedad
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

En el gráfico anterior, se puede observar el comportamiento de la frecuencia de trastornos mentales por ansiedad y vemos que después de la prevalencia para cualquier trastorno, el primer lugar lo ocupa la ansiedad por separación, seguido por agorafobia, el estrés pos-traumático y el trastorno de angustia con agorafobia.

5.2 Trastornos afectivos

- Depresión mayor
- Distimia
- Trastorno bipolar I y II
- Cualquier trastorno de afectivo

• Depresión mayor

Tabla 29. Indicadores de prevalencia para depresión mayor por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 0,7% [0,72-0,75] | 2,0% [1,98- 2,02] | 1,4% [1,36-1,39] | 2,9 |
| Prevalencia últimos 12 meses | 3,5% [3,42-3,48] | 6,5% [6,48-6,56] | 5,0% [4,98-5,03] | 1,9 |
| Prevalencia de vida | 4,9% [4,89-4,96] | 9,2% [9,13- 9,22] | 7,1% [7,05-7,10] | 1,9 |

Los indicadores de prevalencia para el trastorno de angustia con agorafobia en los adolescentes estudiados presentan los siguientes resultados:

- La proporción de prevalencia total en los últimos 30 días es de 1,4 por ciento con un IC95% entre 1,36 como límite inferior y 1,39 para el superior, lo cual indica una excelente precisión en la estimación. Al comparar el hallazgo por sexo presenta diferencias estadísticamente significantes, lo cual se comprueba con el resultado de la razón hombre: mujer que se encontró en 2,9, es decir, que por cada hombre que presenta el trastorno, se presentan casi tres mujeres.
- Para la proporción de prevalencia en los últimos 12 meses el total de los adolescentes estudiados presentó el 5,0 por ciento con IC95% [4,98 –5,03] siendo mayor este indicador para el sexo femenino con el 6,5% con IC95% [6,48-6,56] versus en el masculino con 3,5% con IC 95% [3,42 -3,48] y razón por sexo igual a 1,9.
- El comportamiento de la prevalencia de vida para el total de los adolescentes es de 7,1% con IC 95% entre 7,05 y 7,10. La razón por sexo es de 1,9, o sea casi el doble para el sexo femenino.

- En síntesis por sexo presenta una tendencia que muestra mayor riesgo para las jóvenes del sexo femenino. La prevalencia de vida se presenta en el 7,1% de la población estudiada, la de los últimos 12 meses 5,0% y la de los últimos 30 días de 1,4%.

Tabla 30. Indicadores de prevalencia para depresión mayor por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 4,1% | 2,3% | 1,0% |
| 14 | 5,8% | 3,9% | 0,9% |
| 15 | 7,1% | 4,6% | 1,5% |
| 16 | 8,3% | 6,7% | 2,3% |
| 17 | 10,3% | 7,7% | 1,3% |
| Total | 7,1% | 5,0% | 1,4% |

Para los indicadores de prevalencia de vida y la de los últimos 12 meses, se presenta tendencia al aumento al incrementarse la edad. El caso de la prevalencia de vida entre el primer grupo de 13 años y el de 17 años, la proporción de prevalencia es más del doble y para el grupo de 17 años, por cada adolescente con depresión en el primer grupo, se presentan más de tres en el de 17 años.

• Distimia

Tabla 31. Indicadores de prevalencia para distimia por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|-----------|--------------|-------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 0,0% | 0,0% | 0,0% | - |
| | - | - | | |
| Prevalencia últimos 12 meses | 0,0% | 0,27% | 0,1% | - |
| | - | [0,26-0,28] | [0,13-0,14] | |
| Prevalencia de vida | 0,0% | 0,3% | 0,1% | - |
| | - | [0,04- 0,05] | [0,98-1,01] | |

Este trastorno de distimia no se presenta para el sexo masculino para ninguno de los indicadores de prevalencia y en los últimos 30 días, no se presentaron casos en la población estudiada, los indicadores para la prevalencia anual y de vida fueron de 0,1%.

Tabla 32. Indicadores de prevalencia para distimia por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 0,3% | 0,1% | 0,3% |
| 14 | 0,2% | 0,0% | 0,2% |
| 15 | 0,2% | 0,0% | 0,2% |
| 16 | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 17 | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Total | 0,1% | 0,0% | 0,1% |

- **Bipolar I y II**

Tabla 33. Indicadores de prevalencia para bipolar I y II por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 0,28% [0,27-0,29] | 0,2% [0,24-0,25] | 0,3% [0,26-0,27] | 0,7 |
| Prevalencia últimos 12 meses | 0,8% [0,85-0,89] | 0,9% [0,87-0,90] | 0,9% [0,87-0,89] | 1,0 |
| Prevalencia de vida | 0,8% [0,85-0,89] | 1,1% [1,06-1,10] | 1,1% [0,97-0,99] | 1,4 |

La prevalencia de trastorno bipolar I y II, para los últimos 30 días es del 0,3%, siendo un poco inferior para el sexo masculino, sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa. La prevalencia para los últimos doce meses se incrementa siendo de 0,9% y la de vida llega a 1,1, con una razón por sexo de 1,4.

Tabla 34. Indicadores de prevalencia para bipolar I y II por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 2% | 1% | 0% |
| 14 | 2% | 1% | 0% |
| 15 | 3% | 1% | 1% |
| 16 | 4% | 4% | 2% |
| 17 | 2% | 2% | 1% |

Para este trastorno al analizar la tendencia de los tres indicadores de prevalencia, se presenta aumento con la edad.

- **Cualquier trastorno de afectivo**

Tabla 35. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según sexo y razón hombre/mujer

Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 1,0% | 2,0% | 1,5% | 2,0 |
| | [1,02-1,05] | [1,98- 2,02] | [1,48- 1,51] | |
| Prevalencia últimos 12 meses | 3,8% | 6,8% | 5,3% | 1,8 |
| | [3,76- 3,83] | [6,76-6,84] | [5,27- 5,32] | |
| Prevalencia de vida | 5,3% | 9,5% | 7,5% | 1,8 |
| | [5,26-5,33] | [9,45-9,54] | [7,47- 7,53] | |

Como puede observarse en la tabla 35, el 7,5% del total de los adolescentes estudiados ha presentado cualquiera de los trastornos afectivos durante la vida, en los últimos 12 meses el 5,3% y en los últimos 30 días el 1,5%.

La razón por sexo, y la estimación de los intervalos de 95% confianza para la prevalencia para cada periodo permite llegar a dos conclusiones importantes:

Por cada hombre afectado por este tipo de trastornos se encuentran aproximadamente dos mujeres.

Tabla 36. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno afectivo por cien según edad

Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 4,4% | 2,6% | 1,0% |
| 14 | 6,0% | 4,1% | 0,9% |
| 15 | 7,1% | 4,6% | 1,5% |
| 16 | 9,4% | 7,6% | 3,0% |
| 17 | 10,6% | 8,0% | 1,3% |
| Total | 7,5% | 5,3% | 1,5% |

Para cualquier trastorno afectivo, la prevalencia de vida y la prevalencia anual (últimos 12 meses), presentan un gradiente positivo al avanzar el grupo de edad. Por cada adolescente con presencia de cualquier trastorno afectivo en el grupo de 13 años, en el grupo de 17 años se presentan más de dos.

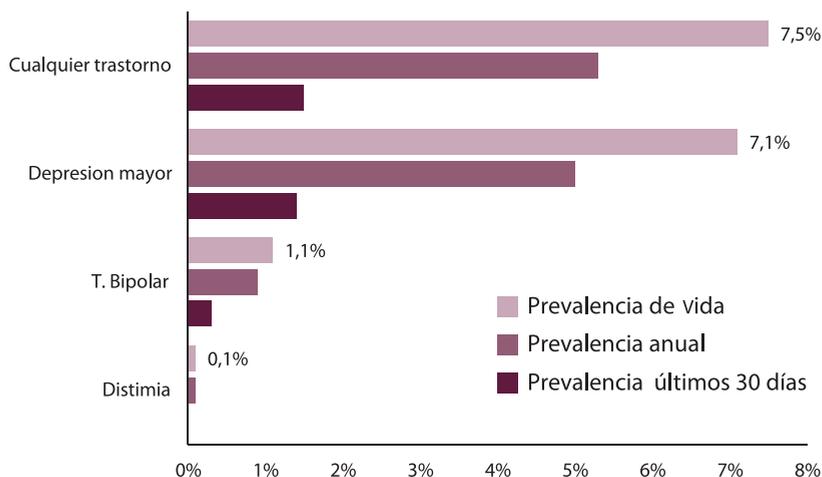


Gráfico 25. Comportamiento de los indicadores de prevalencia para el total de la población para trastornos Afectivos
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

Como se observa en el gráfico 25, después de la prevalencia para cualquier trastorno afectivo, la prevalencia para depresión mayor ocupa el primer lugar seguida del trastorno bipolar y luego la distimia.

5.3 Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

- Trastornos negativista desafiante**

Tabla 37. Indicadores de prevalencia para trastorno negativista desafiante por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 12 meses | 1,6% [1,56-1,60] | 2,5% [2,44- 2,49] | 2,0% [1,98- 2,01] | 1,6 |
| Prevalencia de vida | 2,9% [2,89- 2,95] | 4,1% [4,07-4,14] | 3,5% [3,47- 3,52] | 1,4 |

Como puede observarse, no se presenta el evento para los últimos 30 días, la prevalencia para los últimos 12 meses para el total es de 2,0%, siendo mayor para el sexo femenino con 2,5% versus 1,6% en el masculino, con una razón de 1,6 y diferencias estadísticamente significantes.

La estimación de la prevalencia de vida llega a 3,5% para el total y guarda el mismo comportamiento, siendo estadísticamente significativa la diferencia por sexo.

Tabla 38. Indicadores de prevalencia para trastorno negativista desafiante por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses |
|-------|-----------------------|----------|
| 13 | 2,5% | 2,0% |
| 14 | 4,5% | 4,1% |
| 15 | 4,7% | 2,3% |
| 16 | 4,4% | 1,0% |
| 17 | 1,4% | 0,7% |
| Total | 3,5% | 2,0% |

El gradiente por edad para la prevalencia de vida presenta un incremento claro hasta los 16 años, pero para el último grupo a los 17 años se pierde la tendencia. Para el indicador de los 12 últimos meses no es clara la tendencia.

- Trastornos de conducta**

Tabla 39. Indicadores de prevalencia para trastorno de conducta por cien según sexo y razón hombre/mujer

Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|----------------------|
| Prevalencia | 1,9% | 0,8% | 1,4% | 0,4 |
| últimos 12 meses | [1,99-2,04] | [0,82-0,85] | [1,38-1,41] | |
| Prevalencia de vida | 4,0% | 1,2% | 2,6% | 0,3 |
| | [4,17-4,23] | [1,23-1,26] | [2,63-2,67] | |

Al analizar los hallazgos para el trastorno de la conducta, no se llenaron los criterios para la prevalencia de los últimos 30 días. La prevalencia de los últimos 12 meses para la población total fue de 1,4%, para el sexo femenino de 0,8% y 1,9% para el masculino, con una razón de 0,4 y diferencias estadísticamente significantes.

La prevalencia de vida llega a 2,6% para el total y 4,0% para el sexo masculino y 1,2% para el femenino. Con una razón por sexo de 0,3.

Hasta los trastornos que se han analizado este es el primero en presentar más alta frecuencia para el sexo masculino.

A pesar de que no es clara la tendencia, esta presenta aumento con la edad en especial para la prevalencia de vida.

Tabla 40. Indicadores de prevalencia para trastornos de conducta por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses |
|-------|-----------------------|----------|
| 13 | 1,8% | 1,1% |
| 14 | 2,5% | 1,6% |
| 15 | 3,0% | 1,2% |
| 16 | 1,9% | 0,9% |
| 17 | 3,9% | 2,1% |
| Total | 2,6% | 1,4% |

- **Cualquier Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia**

Tabla 41. Indicadores de prevalencia para cualquier trastornos de inicio en la infancia,
la niñez o la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|---------------------|---------------|--------------|----------------|----------------------|
| Prevalencia | 7,6% | 7,6% | 7,6% | 1,0 |
| últimos 12 meses | [7,55-7,64] | [7,55-7,64] | [7,57- 7,63] | |
| Prevalencia de vida | 11,4% | 9,8% | 10,6% | 0,8 |
| | [11,34-11,45] | [9,75- 9,84] | [10,56- 10,63] | |

Como puede observarse para la prevalencia durante los últimos 12 meses no presentó diferencias por sexo y para el total de los adolescentes fue de 7,6%.

La proporción de prevalencia de vida fue más alta para el sexo masculino con el 11,4% versus 9,8% en el femenino, con diferencias estadísticamente significantes y una razón por sexo de 0,8.

La tendencia por edad, en especial para la prevalencia de los últimos 30 días, se incrementa a medida que avanza la edad.

Tabla 42. Indicadores de prevalencia para cualquier trastornos de inicio en la infancia,
la niñez o la adolescencia por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental en Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 5,6% | 4,4% | 1,4% |
| 14 | 9,7% | 7,7% | 1,8% |
| 15 | 13,2% | 9,3% | 2,2% |
| 16 | 13,7% | 8,3% | 2,0% |
| 17 | 10,9% | 8,6% | 3,2% |
| Total | 10,6% | 7,6% | 2,1% |

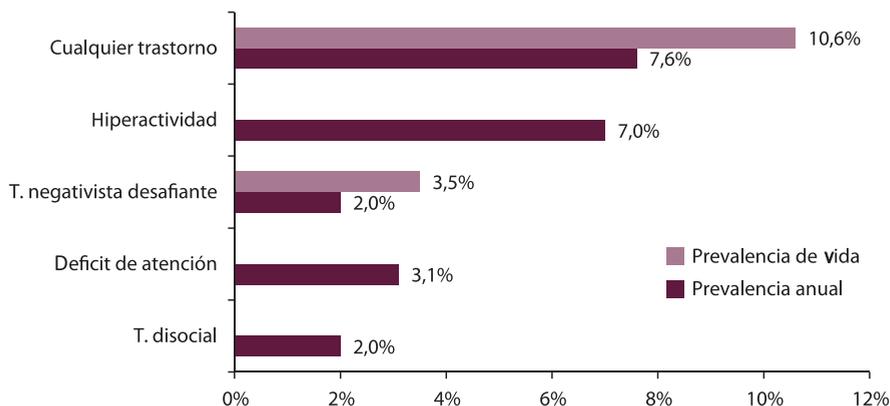


Gráfico 26. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

5.4 Trastornos por uso de sustancias

• Abuso de alcohol

Tabla 43. Indicadores de prevalencia para abuso de alcohol por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|--------------|--------------|---------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 0,96% | 1,3% | 1,1% | 1,35 |
| | [0,94- 0,97] | [1,30- 1,34] | [1,13- 1,15] | |
| Prevalencia últimos 12 meses | 4,4% | 2,4% | 3,4% | 0,54 |
| | [4,40- 4,47] | [2,44- 2,49] | [3,42- 3,46] | |
| Prevalencia de vida | 5,8% | 3,8% | 4,8% | 0,65 |
| | [5,74- 5,82] | [3,80- 3,86] | [4,77- 4,820] | |

El trastorno por abuso de alcohol se presenta en el 1,1% de la población estudiada, llama la atención que su prevalencia es más alta para el sexo femenino con 1,3% comparada con 0,96% en el masculino, diferencia que presenta significancia estadística, la razón es de 0,77.

Para los últimos 12 meses la prevalencia para el total es de 3,4% y para este indicador si es más alto para el sexo masculino con diferencias estadísticamente significantes y una razón por sexo de 1,76. El indicador para la prevalencia de vida es de 4,8%, con diferencia estadísticamente significativa por sexo y una razón de 1,53.

Tabla 44. Indicadores de prevalencia para abuso de alcohol por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 0,4% | 0,4% | 0,2% |
| 14 | 2,3% | 2,1% | 1,5% |
| 15 | 3,7% | 2,8% | 0,8% |
| 16 | 5,5% | 3,5% | 0,9% |
| 17 | 12,6% | 8,8% | 2,4% |
| Total | 4,8% | 3,4% | 1,1% |

Al analizar la tendencia por edad, ésta es muy clara el gradiente se incrementa en forma continua para cada año; al comparar la prevalencia de vida del grupo de 13 años con el de 17, se encuentra que por cada joven que presenta abuso a los 13 años hay más de 31 en el de 17 años.

- Abuso de drogas**

Tabla 45. Indicadores de prevalencia para abuso de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 0,7% | 0,0% | 0,35% | - |
| | [0,71-0,74] | [0,11- 0,12] | [0,35- 0,36] | |
| Prevalencia últimos 12 meses | 1,15% | 0,4% | 0,78% | 0,34 |
| | [1,13-1,17] | [0,43- 0,45] | [0,78- 0,80] | |
| Prevalencia de vida | 2,2% | 1,25% | 1,7% | 1,69 |
| | [2,21- 2,25] | [1,23- 1,27] | [1,72- 1,75] | |

La prevalencia de abuso de drogas es de 0,35% para el total, en el sexo femenino no se presenta y para el masculino es de 0,7%.

El indicador para la prevalencia de los últimos 12 meses es de 0,78%, siendo mayor para el sexo masculino con 1,15% versus 0,4 para el femenino, la razón es de 3 o sea que por cada adolescente del sexo femenino con abuso, se presentan tres del sexo masculino.

La prevalencia de vida, presenta la misma direccionalidad por sexo y para el total llega a 1,7%.

Tabla 46. Indicadores de prevalencia para abuso de drogas por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 0,2% | 0,0% | 0,0% |
| 14 | 0,6% | 0,3% | 0,0% |
| 15 | 0,9% | 0,6% | 0,6% |
| 16 | 2,3% | 0,9% | 0,6% |
| 17 | 5,0% | 2,2% | 0,7% |
| Total | 1,7% | 0,8% | 0,4% |

Al analizar la tendencia por edad para prevalencia de vida, por cada joven de 13 años que presenta abuso de drogas se encuentran 25 en el de 17 años.

- Dependencia de drogas**

Tabla 47. Indicadores de prevalencia para dependencia de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 0,1% | 0,1% | 0,1% | 1,00 |
| | [0,13- 0,14] | [0,11- 0,12] | [0,12- 0,13] | |
| Prevalencia últimos 12 meses | 0,1% | 0,2% | 0,2% | - |
| | [0,13- 0,14] | [0,28- 0,30] | [0,17- 0,17] | |
| Prevalencia de vida | 0,1% | 0,3% | 0,2% | - |
| | [0,13-0,14] | [0,28- 0,30] | [0,21-0,22] | |

La prevalencia de los últimos 30 días de dependencia a drogas presentó el 0,1% sin diferencia por sexo.

Para los últimos 12 meses se incrementa a 0,2% para el total y como novedad es más frecuente en el sexo femenino, lo cual puede ser un indicador del incremento de riesgo para este grupo, la diferencia por sexo es estadísticamente significativa y la razón es de 2.

Tabla 48. Indicadores de prevalencia para dependencia de drogas por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 14 | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 15 | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 16 | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 17 | 1,1% | 0,9% | 0,7% |
| Total | 0,2% | 0,2% | 0,1% |

- **Dependencia de tabaco**

Tabla 49. Indicadores de prevalencia para abuso de drogas por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|--------------|--------------|-------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 0,0% | 0,6% | 0,3% | - |
| | - | [0,55- 0,57] | [0,26-0,27] | |
| Prevalencia últimos 12 meses | 0,1% | 0,6% | 0,4% | - |
| | [0,13- 0,14] | [0,55- 0,57] | [0,41-0,42] | |
| Prevalencia de vida | 0,1% | 0,6% | 0,4% | - |
| | [0,13- 0,14] | [0,55- 0,57] | [0,41-0,42] | |

Los resultados son indicadores del cambio que se viene dando en el sexo femenino, para la prevalencia en los últimos 30 días el 0,6% de las jóvenes presentan el trastorno y ninguno de los jóvenes del sexo masculino.

El comportamiento es similar para los otros dos indicadores de prevalencia y la razón es de 6 o sea que por cada hombre con el trastorno se encuentran 6 entre las mujeres.

La tendencia por edad es imprecisa, para todos los indicadores se presenta a partir de los 15 años.

Tabla 50. Indicadores de prevalencia para dependencia de tabaco por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 14 | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 15 | 1,5% | 1,5% | 1,5% |
| 16 | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 17 | 0,3% | 0,3% | 0,0% |
| Total | 0,4% | 0,4% | 0,3% |

- **Cualquier trastorno por sustancias**

Tabla 51. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por sustancias por cien según sexo y razón hombre/mujer

Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|-------------|--------------|--------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 1,7% | 1,3% | 1,5% | 1,31 |
| | [1,67-1,72] | [1,28-1,31] | [1,48-1,51] | |
| Prevalencia últimos 12 meses | 5,4% | 2,6% | 4,0% | 2,08 |
| | [5,36-5,43] | [2,57- 2,62] | [3,97- 4,02] | |
| Prevalencia de vida | 7,0% | 4,6% | 5,8% | 1,52 |
| | [6,95-7,04] | [4,56- 4,63] | [5,77-5,82] | |

Con relación a la prevalencia de cualquier trastorno por uso de sustancias para el total de los adolescentes se encontró en el 1,5%, para los últimos 12 meses 4,0% y para la prevalencia de vida llega al 5,8%.

Al analizar el promedio de grupo de trastornos por uso de sustancias, el sexo masculino presenta mayor probabilidad con diferencias estadísticamente significantes.

Tabla 52. Indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por sustancias por cien según edad

Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 0,4% | 0,4% | 0,2% |
| 14 | 2,9% | 2,4% | 1,5% |
| 15 | 4,6% | 3,4% | 1,4% |
| 16 | 6,8% | 4,1% | 1,5% |
| 17 | 14,8% | 9,9% | 3,1% |
| Total | 5,8% | 4,0% | 1,5% |

El comportamiento por edad es muy claro presentando gradiente positivo para los tres indicadores, siendo además muy fuerte y rápido el incremento, lo cual es un indicador de la severidad de este problema.

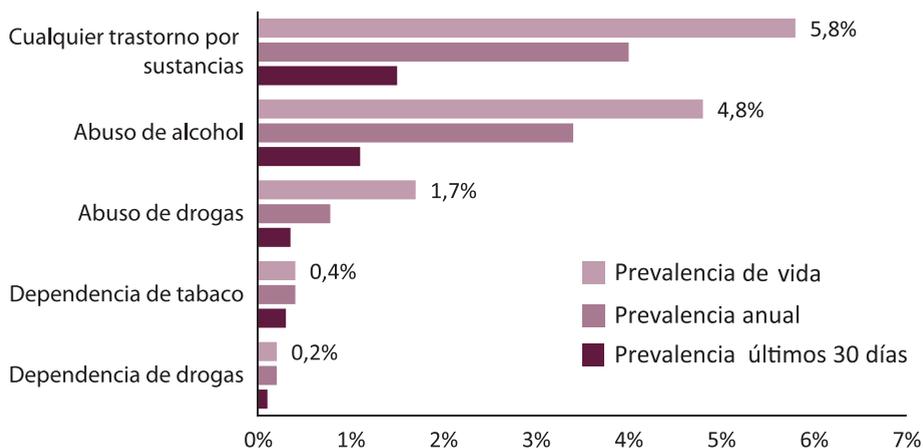


Gráfico 27. Trastornos por uso de sustancias
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

El orden entre los trastornos, muestra lo siguiente: para cualquiera de los trastornos por uso de sustancias ocupa el primer lugar y como trastorno independiente, se presenta en primer lugar el abuso de alcohol, seguido por el abuso de drogas, la dependencia al tabaco y la dependencia a otras drogas.

5.5 Trastornos de la alimentación

- Bulimia nerviosa**

Tabla 53. Indicadores de prevalencia para bulimia nerviosa por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|------------------------------|--------------|--------------|-------------|----------------------|
| Prevalencia últimos 30 días | 0,1% | 0,2% | 0,1% | 2 |
| | [0,13- 0,14] | [0,24-0,25] | [0,09-0,10] | |
| Prevalencia últimos 12 meses | 0,2% | 0,3% | 0,3% | 1.5 |
| | [0,23-0,24] | [0,28- 0,30] | [0,29-0,30] | |
| Prevalencia de vida | 0,2% | 1,0% | 0,6% | 5 |
| | [0,23-0,24] | [0,98- 1,00] | [0,59-0,60] | |

La prevalencia para los últimos 30 días es de 0,1%, para los últimos 12 meses 0,3% y la de vida del 0,6%.

Se presenta para los dos sexos, con predominio del sexo femenino. La tendencia por edad muestra que se presenta desde los 14 años.

Tabla 54. Indicadores de prevalencia para bulimia nerviosa por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida | 12 meses | 30 días |
|-------|-----------------------|----------|---------|
| 13 | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| 14 | 0,9% | 0,9% | 0,4% |
| 15 | 0,4% | 0,4% | 0,2% |
| 16 | 0,4% | 0,0% | 0,0% |
| 17 | 1,2% | 0,0% | 0,0% |
| Total | 0,6% | 0,3% | 0,1% |

- Anorexia nerviosa**

Tabla 55. Indicadores de prevalencia para anorexia nerviosa por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Indicador | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|---------------------|--------------|-------------|--------------|----------------------|
| Prevalencia de vida | 0,1% | 0,2% | 0,2% | 2 |
| | [0,13- 0,14] | [0,24-0,25] | [0,19- 0,20] | |

Como puede observarse en la tabla anterior para la anorexia solo presentó para el indicador de vida con 0,2% para el total siendo mayor para el sexo femenino.

Tabla 56. Indicadores de prevalencia para anorexia nerviosa por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Edad | Alguna vez en la vida |
|-------|-----------------------|
| 13 | 0,4% |
| 14 | 0,0% |
| 15 | 0,0% |
| 16 | 0,2% |
| 17 | 0,3% |
| Total | 0,2% |

5.6 Cualquier trastorno

En esta parte se presenta el análisis para la evaluación de la presencia de uno, dos o tres o más trastornos en el mismo adolescente, como indicador de la comorbilidad que más adelante se analizará en forma específica.

Tabla 57. Indicadores de prevalencia de vida por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Prevalencia de Vida | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|-----------------------|-----------|----------|-------|----------------------|
| Uno o más trastornos | 14,8% | 17,4% | 16,1% | 1,18 |
| Dos o más trastornos | 5,5% | 5,2% | 5,3% | 0,95 |
| Tres o más trastornos | 1,6% | 1,8% | 1,7% | 1,13 |

Para la prevalencia de vida se encuentra que el 16,1% de los adolescentes presentó uno cualquiera de los trastornos estudiados, siendo más alta para el sexo femenino con el 17,4% versus el masculino con el 14,8%.

El 5,3% presenta comorbilidad de dos de los trastornos estudiados, en este caso es mayor para el sexo masculino.

Para la presentación de tres de los trastornos en el mismo individuo se encontró una prevalencia de 1,7% muy similar por sexo.

Tabla 58. Indicadores de prevalencia 12 meses para uno o más trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Prevalencia Últimos 12 meses | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|---------------------------------|-----------|----------|-------|----------------------|
| Uno o más trastornos | 11,4% | 13,3% | 12,4% | 1,17 |
| Dos o más trastornos | 4,1% | 3,4% | 3,7% | 0,83 |
| Tres o más trastornos | 0,8% | 2,1% | 1,5% | 2,63 |

Los indicadores de comorbilidad para la prevalencia de los últimos 12 meses para uno cualquiera de los trastornos, presentan un 12,4% para el total, y 13,3% para el sexo femenino, superior al masculino con una frecuencia de 11,4%.

El 3,7% presenta comorbilidad de dos de los trastornos estudiados, en este caso es mayor para el sexo masculino.

Para la presentación de tres de los trastornos en el mismo individuo se encontró una prevalencia de 1,5%, superior para el sexo femenino.

Tabla 59. Indicadores de prevalencia 30 días para uno o más trastornos inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia por cien según sexo y razón hombre/mujer
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Prevalencia últimos 30 días | Masculino | Femenino | Total | Razón por sexo (F:M) |
|-----------------------------|-----------|----------|-------|----------------------|
| Uno o más trastornos | 5,1% | 5,5% | 5,3% | 1,08 |
| Dos o más trastornos | 0,7% | 1,0% | 0,9% | 1,43 |
| Tres o más trastornos | 0,1% | 0,4% | 0,3% | 4,00 |

Durante los últimos 30 días, para un solo trastorno no se presentaron diferencias significativas por sexo con una prevalencia total de 5,3%.

Dos trastornos de los estudiados se presentaron en el 0,9% y tres trastornos como comorbilidad en el 0,3% del total con mayor frecuencia para el sexo femenino con 0,4% versus el masculino con 0,1%.

Tabla 60. Indicadores de prevalencia de vida para uno o más trastornos inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Edad | Uno o más trastornos | Dos o más trastornos | Tres o más trastornos |
|-------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| 13 | 7,9% | 4,1% | 0,8% |
| 14 | 16,1% | 4,8% | 0,9% |
| 15 | 16,3% | 4,8% | 3,7% |
| 16 | 21,3% | 4,0% | 3,2% |
| 17 | 19,5% | 9,1% | 4,0% |
| Total | 16,1% | 5,3% | 2,5% |

Al analizar la tendencia de la presentación de comorbilidad durante la vida según edad, llama la atención que esta se presenta desde los 13 años. Para uno cualquiera de los trastornos estudiados la tendencia es clara y se encuentra que por cada joven con esta situación a los 13 años, se encuentran 2,5 en el grupo de 17 años. Para los otros dos grupos de comorbilidad con dos o tres o más trastornos, se presenta una tendencia menos clara.

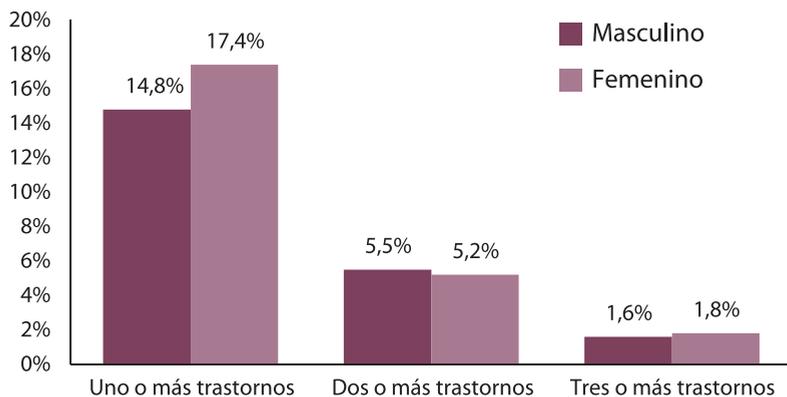


Gráfico 28. Cualquier trastorno. Prevalencia de vida
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Tabla 61. Indicadores de prevalencia últimos 12 meses para uno o más trastornos por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Edad | Uno o más trastornos | Dos o más trastornos | Tres o más trastornos |
|-------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| 13 | 5,0% | 3,4% | 0,8% |
| 14 | 12,4% | 3,6% | 0,3% |
| 15 | 13,4% | 2,9% | 1,7% |
| 16 | 15,5% | 3,0% | 1,9% |
| 17 | 15,9% | 5,9% | 2,7% |
| Total | 12,4% | 3,7% | 1,5% |

Durante los últimos 12 meses, el 12,4% presenta cualquiera de los trastornos estudiados y el gradiente por edad es muy claro, por cada adolescente en esta situación diagnóstica los 13 años, se presentan 3 a los 17 años.

La tendencia se conserva para los adolescentes afectados por dos o tres o más trastornos y para todos los grupos la frecuencia se presenta desde los 13 años.

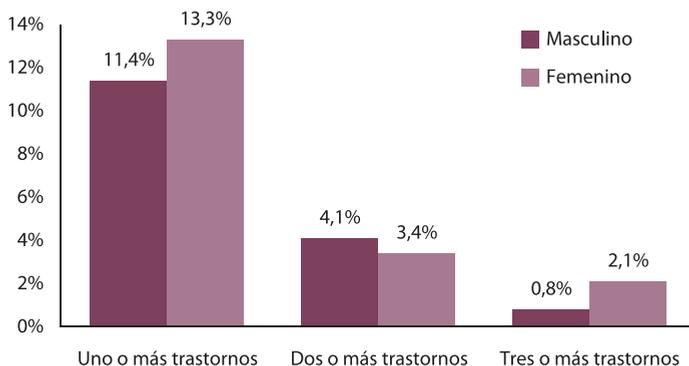


Gráfico 29. Cualquier trastorno. Prevalencia anual
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Tabla 62. Indicadores de prevalencia últimos 30 días para uno o más trastornos por cien según edad
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Edad | Uno o más trastornos | Dos o más trastornos | Tres o más trastornos |
|-------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| 13 | 3,1% | 0,4% | 0,4% |
| 14 | 5,8% | 0,3% | 0,0% |
| 15 | 4,4% | 1,4% | 0,0% |
| 16 | 8,0% | 0,8% | 0,2% |
| 17 | 5,2% | 1,4% | 0,8% |
| Total | 5,3% | 0,9% | 0,3% |

Para el periodo de los últimos 30 días el comportamiento de la tendencia es similar a los presentados para las demás prevalencias estimadas.

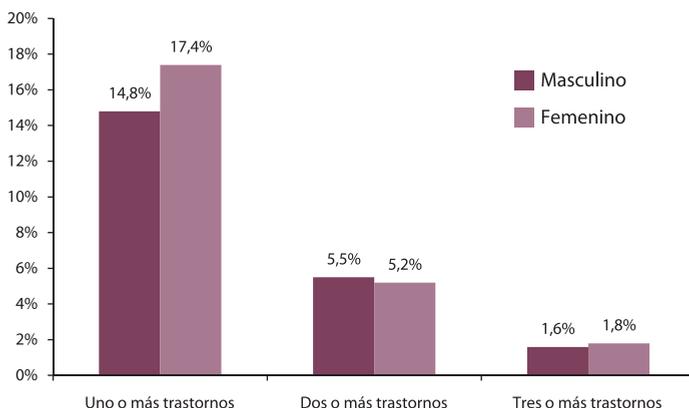


Gráfico 30. Cualquier trastorno. Prevalencia 30 días
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

5.7 Edad de inicio para trastornos psiquiátricos seleccionados

Como un complemento al análisis del comportamiento de los trastornos psiquiátricos en los adolescentes estudiados a continuación se presentan los resultados de la información obtenida sobre la edad de inicio de los diferentes trastornos mentales seleccionados.

En los gráficos siguientes se puede visualizar el comportamiento de cada uno de los trastornos presentados y su comportamiento según sexo, en el eje de la izquierda se presenta la proporción acumulada de casos y en el eje horizontal la edad de inicio del trastorno; por ejemplo en el siguiente gráfico para agorafobia se puede observar como edad de inicio los cuatros años, en un bajo porcentaje y entre los 11 y 12 años encontramos la mediana con aproximadamente el 50% de los jóvenes que informan la aparición del trastorno. Igualmente se puede comprobar un comportamiento similar para los dos sexos.

- **Algunos trastornos de ansiedad**

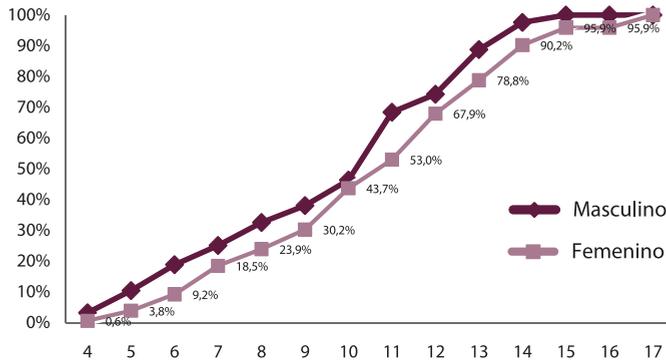


Gráfico 31. Edad de inicio. Agorafobia

Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

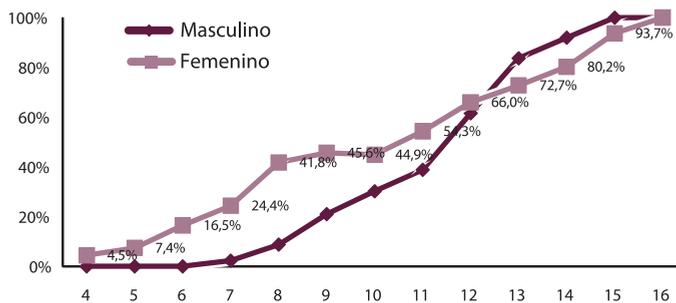


Gráfico 32. Edad de inicio. Trastorno de angustia con agorafobia

Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Con relación al trastorno de angustia con agorafobia la edad de inicio es diferente en su comportamiento por sexo, en la primera etapa de la vida, las mujeres tienen una frecuencia más alta de casos que los hombres; pero esta tendencia se acerca a partir de los trece años.

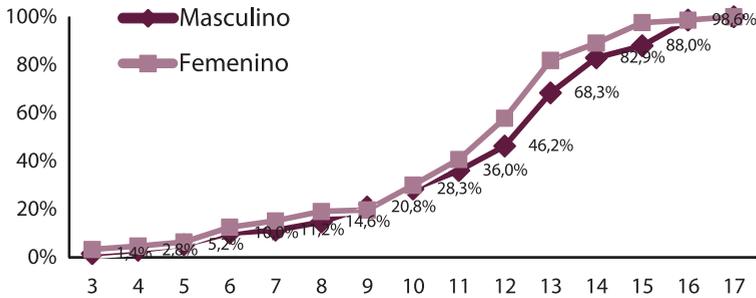


Gráfico 33. Edad de inicio. Trastorno estrés postraumático
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

La presencia del trastorno por estrés postraumático se reporta desde los tres años de edad, lo cual podría interpretarse como el severo impacto que producen en el niño los factores asociados al mismo. No se observan diferencias por sexo. La edad mediana de aparición para los niños es de 13,5 años y para las niñas de 12 años.

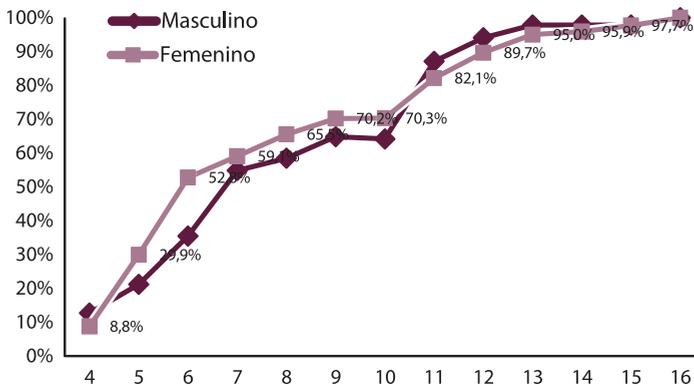


Gráfico 34. Edad de inicio. Trastorno ansiedad por separación
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

La presencia del trastorno de ansiedad por separación es informada a partir de los cuatro años de edad. La edad mediana para las niñas se encontró entre los 6 y 7 años y para los niños entre los 7 y 8 años.

- Algunos trastornos afectivos**

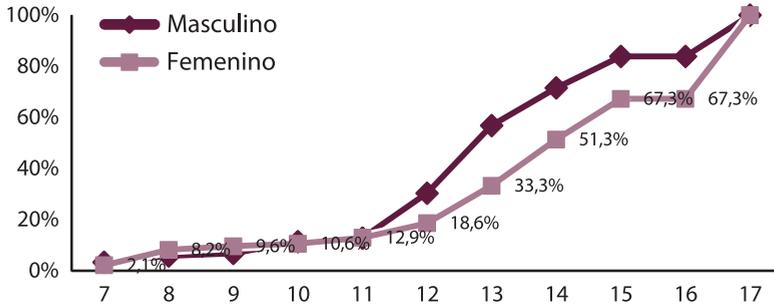


Gráfico 35. Edad de inicio. Trastorno manía
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

La edad de inicio para el trastorno de manía es a los 7 años, siendo la más tardía de los trastornos estudiados hasta el momento. Y consecuentemente con lo anterior la edad mediana para la aparición de manía fue informada para los hombres de 12 a 13 años y para las mujeres de 13 a 14 años.

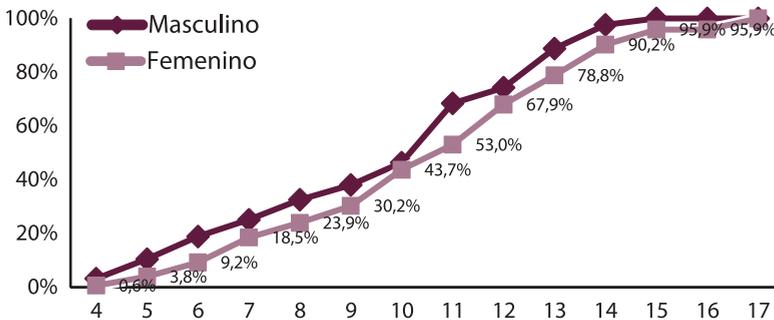


Gráfico 36. Edad de inicio. Trastorno disocial
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

La edad de inicio para el trastorno disocial es a los 4 años, con una edad mediana para la aparición del trastorno para los hombres de 11 a 12 años y para las mujeres de 10 a 11 años.

- **Algunos trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia**

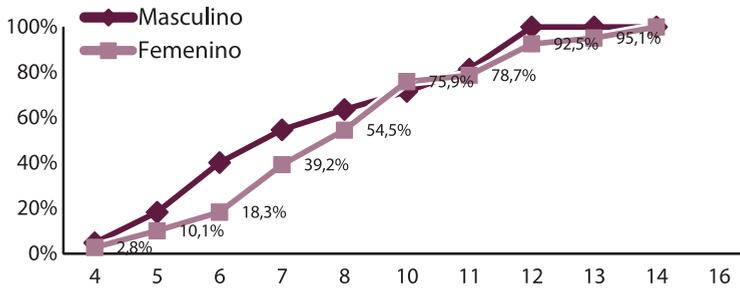


Gráfico 37. Edad de inicio. Trastorno déficit de atención
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Para el déficit de atención, la edad de inicio es a los 4 años, con una edad mediana para la aparición del trastorno en hombres de 6 a 7 años y en las mujeres de 7 a 8 años. En el caso del trastorno de hiperactividad para el sexo femenino el 72,8% de los casos se reportan antes de los 7 años de edad y para los niños un poco más tardío, con un 80% de casos en niños de 8 años o menos.

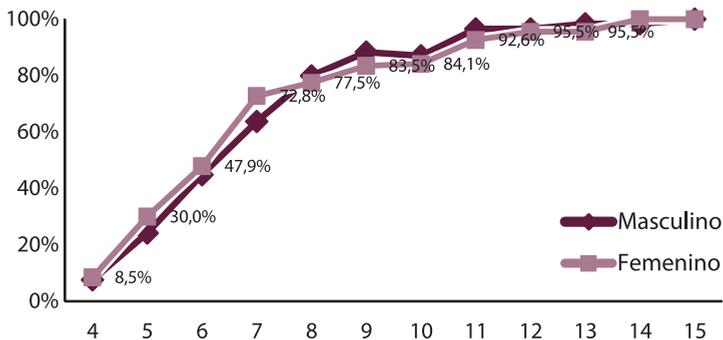


Gráfico 38. Edad de inicio. Trastorno hiperactividad
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

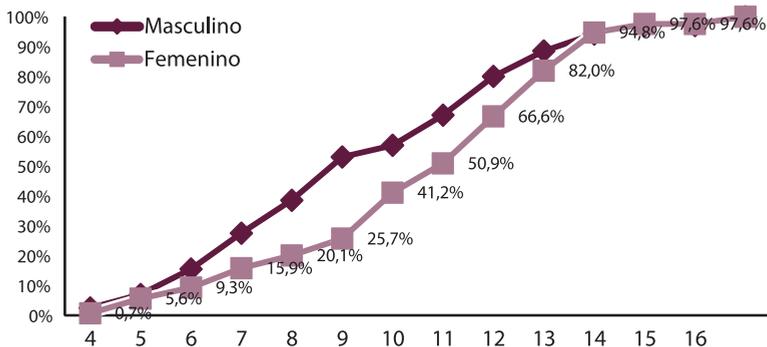


Gráfico 39. Edad de inicio. Trastorno negativista desafiante
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

El trastorno negativista desafiante, reportó como edad de inicio los 4 años de edad, con una mediana para la edad de aparición del trastorno en niños de 8 años y para las niñas a los 11 años.

Factores asociados al trastorno de depresión e indicadores de suicidio

Yolanda Torres de Galvis,
José Bareño Silva,
Dedsy Berbesí Fernández
y Gloria Maria Sierra Hincapié



6. FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE DEPRESIÓN E INDICADORES DE SUICIDIO

Yolanda Torres de Galvis, José Bareño Silva,
Dedsy Berbesí Fernández y Gloria Maria Sierra Hincapié

Una intervención preventiva bien diseñada puede reducir un amplio rango de problemas y el beneficio alcanzado ser a largo tiempo.

6.1 Aspectos generales

Importantes instituciones científicas, han llamado la atención sobre la forma en que los trastornos mentales, incluyendo la depresión, afectan a un gran número de jóvenes. Además, varios estudios informan que estos trastornos hoy comunes entre los jóvenes y que se presentan en las primeras etapas de la vida se comportan como un importante factor que puede predecir la presentación de problemas para la salud del adulto(85).

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una “solución.”

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública, según el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OPS(86), la tasa de suicidio consumado por cien mil habitantes para los grupos de 5 a 14 años es de 1,7 y 2,0 para el sexo masculino y el femenino respectivamente y para el grupo de 15 a 29 años de 15,6 por cien mil habitantes para el sexo masculino y de 12,2 por cien mil habitantes para el femenino.

En Estados Unidos en 2003, el suicidio ocupó el 11° lugar como causa principal de muerte entre los adultos(87), también se informa que al 41 por ciento de las personas atendidas en salas de urgencia por intento de suicidio relacionado con drogas, les fue diagnosticado un trastorno psiquiátrico, predominando la depresión. En un estudio realizado en Costa Rica, se informó que el 79% de los adolescentes entre los 12 y 19 años ha sufrido alguna vez de depresión, de ellos, el 23,5%

pensó en algún momento en el suicidio, casi un 10% refirió haber intentado suicidarse, y de ellos un 11,6% había sido tratado en el servicio de emergencias a raíz del intento de suicidio, cifra que representa un 1% de la muestra total(88).

En Colombia en el estudio realizado por Carlos Gómez y colaboradores, se encontró la mayor frecuencia de suicidio para el grupo de 15 a 24 años en el sexo femenino con una tasa de 2 por cien mil(89).

En el Segundo Estudio sobre Salud Mental del Adolescente en Medellín en el 2010, por Yolanda Torres de Galvis y colaboradores, se informó como los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Entre los hallazgos se informa como casi uno de cada cuatro adolescentes “alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse”, más de 13 de cada cien “alguna vez ha realizado un plan para suicidarse”, 14,4% “alguna vez ha intentado suicidarse” y finalmente 3,5% “alguna vez ha intentado suicidarse y requirió atención médica o atención en salud por este evento”.

Muchos trastornos pueden tener efectos de por vida, lo que representa altos costos psicosociales y económicos, no sólo para los jóvenes, sino también para sus familias, escuelas y comunidades. Los costos financieros en términos de servicios de tratamiento y pérdida de productividad se estiman en 247 mil millones dólares anualmente.

Pero, más allá de los costos financieros, los trastornos psiquiátricos, entre ellos la depresión también interfieren con la capacidad de los jóvenes para realizar tareas para su desarrollo social armonioso, tales como el establecimiento de relaciones interpersonales saludables, tener éxito escolar, y lograr hacer parte de la fuerza de trabajo.

La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias.

6.2 Resultados sobre depresión

Las enfermedades mentales están vinculadas a la mortalidad por suicidio y se acepta que entre las principales causas de mortalidad para los adolescentes se incluyen los accidentes, homicidios y suicidios(8).

Tabla 63. Prevalencia de vida y en el último año de depresión mayor
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Variables socio demográficas | | Depresión mayor | |
|------------------------------|--|-----------------|----------|
| | | Vida | 12 Meses |
| Sexo | Hombre | 4,9 | 3,5 |
| | Mujer | 9,2 | 6,5 |
| Edad | 13 | 4,1 | 2,3 |
| | 14 | 5,8 | 3,9 |
| | 15 | 7,1 | 4,6 |
| | 16 | 8,3 | 6,7 |
| | 17 | 10,3 | 7,7 |
| Situación Escolar | Todavía en el colegio | 6,0 | 4,2 |
| | Graduado | 9,9 | 7,3 |
| | Dejo/abandonado | 15,4 | 12,1 |
| | temporalmente abandono, pero planea regresar | 3,5 | 0,0 |
| Total | | 7,1 | 5,0 |

Como puede observarse la depresión para el total de la población incluida en el estudio presentó el 7,1% durante la vida y durante los últimos 12 meses el 5,0%, lo cual representa la severidad del problema.

Con relación a la edad, los dos indicadores de prevalencia aparecen desde los 13 años y se incrementan hasta los 17 años llegando en este grupo a 10,3% la prevalencia de vida y la anual al 7,7%. Según sexo es significativamente mayor en la mujer que en el hombre.

Con respecto a la situación escolar, los que han abandonado el estudio, presentan las prevalencias de vida y anuales en más del doble que la encontrada en los que permanecen en el colegio, siendo este hallazgo un aporte importante para justificar los esfuerzos para la disminución del abandono de la escolarización en edades tempranas.

Tabla 64. Antecedentes familiares asociados a depresión mayor en la vida y en el último año
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Factores de Riesgo (Familiares) | En la Vida | | Últimos 12 meses | |
|--------------------------------------|------------|------------------|------------------|------------------|
| | RD | IC 95% | RD | IC 95% |
| Madre Depresiva | 1,89 | (1,85 - 1,93) | 1,88 | (1,84 - 1,93) |
| Madre Nerviosa | 2,66 | (2,6 - 2,73) | 2,99 | (2,92 - 3,07) |
| Madre Ansiosa | 4,19 | (4,06 - 4,31) | 6,12 | (5,94 - 6,31) |
| Madre con consumo de sustancias | 10,66 | (9,98 - 11,38) | 15,45 | (14,47 - 16,5) |
| Madre con intentos de suicidio | 1,91 | (1,85 - 1,96) | N.C | |
| Padre Depresivo | 1,22 | (1,18 - 1,27) | N.C | |
| Padre con consumo de sustancias | 1,71 | (1,67 - 1,76) | 2,51 | (2,45 - 2,58) |
| Padre con trastornos de personalidad | 3,44 | (3,37 - 3,51) | 5,09 | (4,99 - 5,2) |

Entre el grupo de los factores de riesgo relacionados con los antecedentes familiares, los factores que presentan mayor asociación son el antecedente de consumo de sustancias psicoactivas por la madre, con una RD de 10,7 y 15,4 respectivamente para prevalencia de vida y en los 12 últimos meses, seguido por los antecedentes de ansiedad en la madre con RD de 4,19 y 6,12 respectivamente para la prevalencia de vida y la de los últimos 12 meses, y el trastorno de personalidad del padre con una RD de 3,44 y 5,09. Los antecedentes familiares (intento de suicidio en la madre y depresión en el padre) solo presentan asociación para la prevalencia de vida.

Tabla 65. Antecedentes de maltrato asociados a depresión mayor en la vida y en el último año
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Factores de Riesgo (maltrato) | En la vida | | Últimos 12 meses | |
|---------------------------------------|------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | RD | IC 95% | RD | IC 95% |
| Negligencia | 1,45 | (1,43 - 1,46) | 1,76 | (1,74 - 1,78) |
| Maltrato físico entre los padres | 1,06 | (1,05 - 1,07) | 1,02 | (1,01 - 1,03) |
| Maltrato físico madre | 1,14 | (1,12 - 1,15) | 1,10 | (1,09 - 1,12) |
| Maltrato físico padre | 1,50 | (1,49 - 1,51) | 1,47 | (1,46 - 1,49) |
| Maltrato psicológico entre los padres | 1,15 | (1,14 - 1,16) | 1,21 | (1,2 - 1,23) |
| Maltrato psicológico padre | 2,04 | (2,01 - 2,07) | 1,55 | (1,52 - 1,57) |
| Eventos vitales | 3,19 | (3,16 - 3,23) | 4,19 | (4,13 - 4,25) |

Los hallazgos para el grupo de antecedentes de maltrato, presentan la asociación más fuerte para el antecedente de maltrato psicológico infringido por el padre con una RD de 2,04 y la presencia de eventos vitales negativos con RD de 3,19 para prevalencia de depresión en la vida, llegando a una RD de 4,19 para la prevalencia en los últimos 12 meses.

Tabla 66. Consumo de sustancias y su asociación con depresión mayor en la vida y en el último año
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Factores de Riesgo (sustancias) | En la vida | | Últimos 12 meses | |
|--------------------------------------|------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | RD | IC 95% | RD | IC 95% |
| Consumo de marihuana | 3,58 | (3,53 - 3,64) | 3,37 | (3,31 - 3,43) |
| Consumo de cocaína y sus derivados | 5,21 | (5,05 - 5,38) | 5,74 | (5,55 - 5,93) |
| Consumo de medicamentos no recetados | 5,07 | (4,98 - 5,17) | 4,27 | (4,18 - 4,36) |
| Consumo de heroína y otros | 10,29 | (10 - 10,59) | 4,31 | (4,16 - 4,47) |
| Consumo de alcohol | 2,60 | (2,56 - 2,64) | 2,45 | (2,4 - 2,5) |
| Consumo de tabaco | 1,54 | (1,53 - 1,56) | 1,20 | (1,18 - 1,21) |

Llama la atención la fuerte asociación encontrada entre consumo de heroína y prevalencia de depresión en la vida con una RD de 10,29 y 4,31 durante el último año.

La asociación con consumo de cocaína y medicamentos no recetados presenta RD mayor de 5,0 seguidas de la encontrada para consumo de alcohol con RD de 2,6. Finalmente el consumo de tabaco también se encuentra asociado con depresión su RD es de 1,54 con un IC95% por encima de uno.

Siendo en general los factores de riesgo con mayor fuerza de asociación.

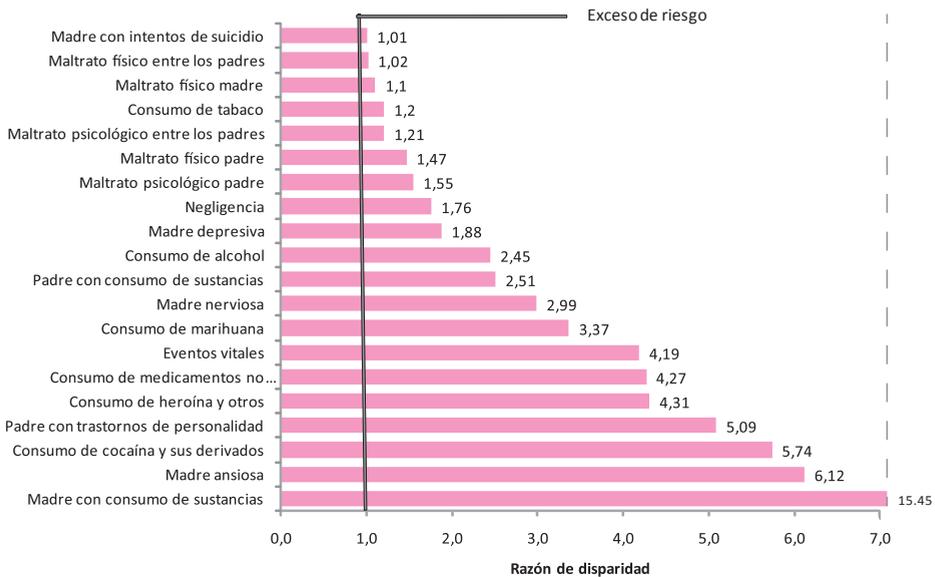


Gráfico 40. Factores asociados a la depresión mayor en los últimos 12 meses
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

En la gráfica anterior se visualiza el comportamiento de los factores de riesgo asociados a depresión en los últimos doce meses, para mejor comprensión debe recordarse que a partir de 1 se considera un aumento de riesgo de estar deprimido en el adolescente que informó la presencia del factor, otra forma de fácil interpretación es recordar que se trata de una razón y que se puede interpretar como la razón de presencia de depresión, entre el que está expuesto al factor de riesgo y el que no lo está. Por ejemplo: por cada no consumidor de cocaína que presenta depresión se encuentran 5,7 entre los consumidores.

Para mayor claridad se incluyeron de abajo hacia arriba los factores según el grado de asociación encontrada.

Tabla 67. Factores de protección asociados a depresión mayor en la vida y en el último año
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Factores de Protección | Depresión mayor en la vida | | Depresión Mayor 12 meses | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| | RD | IC 95% | RD | IC 95% |
| Supervisión de los padres | 0,18 | (0,18 - 0,19) | 0,27 | (0,26 - 0,28) |
| Comunicación con la madre | 0,38 | (0,38 - 0,39) | 0,5 | (0,49 - 0,51) |
| Comunicación con el padre | 0,38 | (0,38 - 0,39) | 0,46 | (0,45 - 0,47) |
| Espiritualidad | 0,48 | (0,48 - 0,49) | 0,48 | (0,47 - 0,48) |
| Madre estricta | NC | | 0,94 | (0,93 - 0,95) |
| Padre estricto | 0,65 | (0,64 - 0,66) | 0,78 | (0,77 - 0,79) |

Un elemento importante dentro de los hallazgos del estudio es el relacionado con los factores de protección o sea aquellos que disminuyen la presencia de indicadores de depresión mayor, en el cuadro se presenta el resultado, pero para mayor facilidad de comprensión se puede visualizar en el gráfico siguiente como **% de reducción del riesgo, (%reducción del riesgo = 1 - % factor de protección x 100)** en el cual se observa como la supervisión de los padres se comporta como el factor de protección más importante al disminuir el riesgo de depresión durante los últimos 12 meses en 73%, seguido de la comunicación con el padre, la espiritualidad y la comunicación de la madre, este es uno de los más valiosos aportes para la orientación de los programas de prevención.

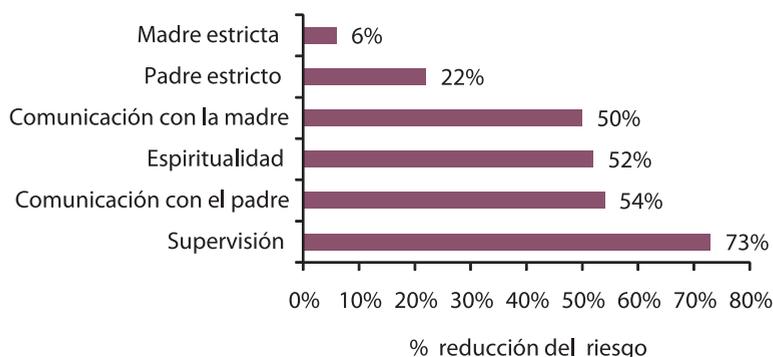


Gráfico 41. Factores de protección para depresión mayor en los últimos 12 meses
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

6.3 Resultados de suicidio

• Indicadores de suicidio

El 11,0% de los adolescentes informó haber pensado seriamente en la posibilidad de suicidarse; para el sexo femenino esta proporción fue 14,3%, dos veces la reportada en el sexo masculino para el cual se presentó el 7,6%.

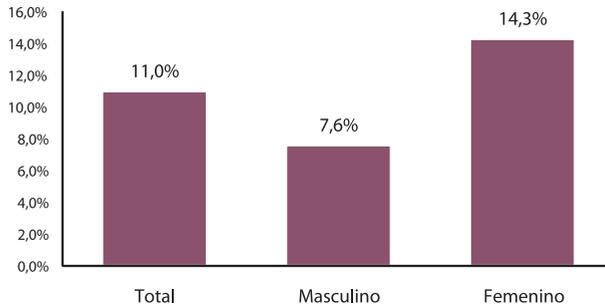


Gráfico 42. Ha pensado seriamente la posibilidad de suicidarse
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

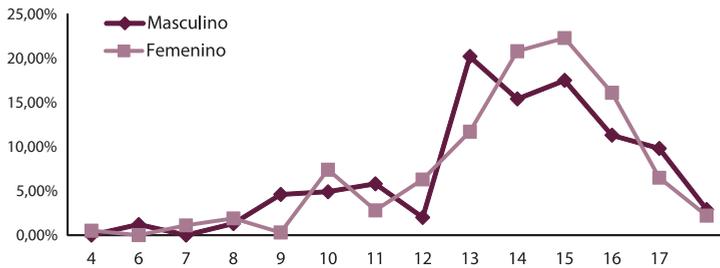


Gráfico 43. Edad de inicio de la presentación de ideación suicida
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Llama la atención la información sobre la edad en que los adolescentes pensaron seriamente la posibilidad de suicidarse; según lo reportado desde los cuatro años se ha presentado esta ideación en los adolescentes estudiados. Con un pico para los hombres entre los 12 y 13 años y para las mujeres entre los 14 y 15 años; lo que pudiera interpretarse como ligada a la crisis de la adolescencia, posteriormente la frecuencia baja. Con los resultados anteriores puede recomendarse tener especial cuidado con estos grupos de alto riesgo dentro de los programas de prevención del suicidio.

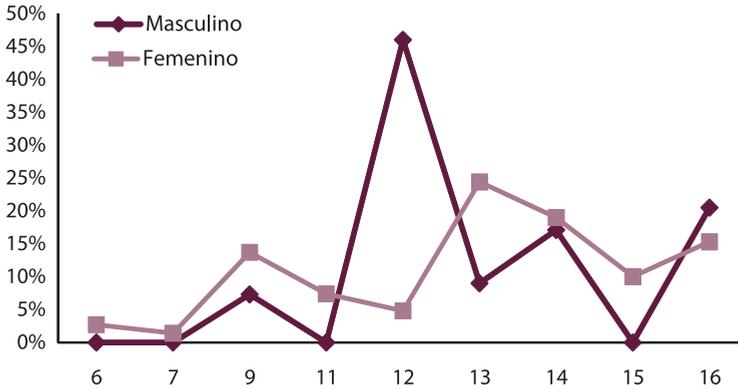


Gráfico 44. Cuantos años tenía la primera vez que hizo un plan para suicidarse
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Al observar el comportamiento de la edad en que se informan los planes para suicidarse es concordante con la grafica anterior; pero se ve más claramente el comportamiento para el sexo masculino mostrando que a los 11 años se presentan más del 45% de los planes para consumir el suicidio, lo cual ubica a este grupo de edad como de mayor riesgo, recordando que en el caso del sexo masculino se presenta mayor tendencia de suicidio consumado. Para las adolescentes la edad de mayor riesgo no es muy clara, sin embargo entre los 13 y 14 años de edad se reportan la mayor frecuencia de planes.

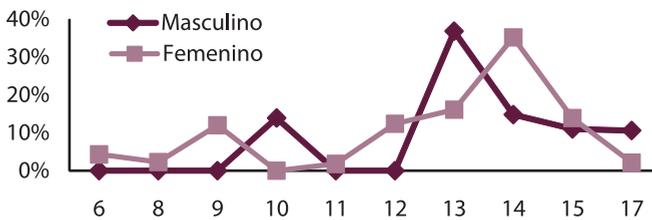


Gráfico 45. Cuantos años tenía la primera vez que intentó suicidarse.
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Con relación al intento de suicidio, la curva es bimodal, con una primera edad de riesgo de 9 años para las adolescentes y a los 10 años para los adolescentes; y otro pico de mayor intensidad a los 13 años para los jóvenes de sexo masculino y a los 14 años para las jóvenes del sexo femenino.

Tabla 68. Prevalencia de vida y en el último año de indicadores de suicidio
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Variables socio demográficas | | En la vida | | | En el último año | | |
|------------------------------|------------------------|------------------|--------------|---------------------|------------------|--------------|---------------------|
| | | Ideación suicida | Plan suicida | Intento de suicidio | Ideación suicida | Plan suicida | Intento de suicidio |
| Sexo | Hombre | 7,31 | 1,31 | 1,58 | 1,83 | 0,26 | 0,32 |
| | Mujer | 13,84 | 5,9 | 7,19 | 7,07 | 3,16 | 3,58 |
| | Razón M/H | 1,9 | 4,5 | 4,6 | 3,9 | 12,2 | 11,2 |
| Edad | 13 | 7,13 | 3,58 | 3,44 | 2,22 | 1,25 | 1,86 |
| | 14 | 11,5 | 3,04 | 4,35 | 5,04 | 2,2 | 1,79 |
| | 15 | 9,26 | 2,94 | 4,01 | 4,31 | 0,86 | 2,33 |
| | 16 | 10,76 | 3,62 | 3,4 | 4,26 | 2,25 | 1,56 |
| | 17 | 14,75 | 5,07 | 7,04 | 6,78 | 2,14 | 2,33 |
| | Todavía en el colegio | 9,3 | 3,32 | 3,76 | 4,21 | 1,76 | 1,82 |
| Situación escolar | Graduado | 12,17 | 6,01 | 3,16 | 7,38 | 2,83 | 1,7 |
| | Dejo/abandonado | 12,18 | 4,24 | 8,48 | 4,04 | 1,09 | 3,29 |
| | Temporalmente abandono | 29,21 | 4,7 | 9,28 | 6,51 | 1,11 | 2,21 |
| Total | | 10.6 | 3.6 | 4.4 | 4.5 | 1.7 | 2.0 |

En la tabla anterior, se presenta la prevalencia de vida y para el último año de los tres indicadores de suicidio estudiados: ideación suicida, plan e intento de suicidio.

Los resultados según sexo son concordantes con el conocimiento sobre el tema, presentándose una mayor frecuencia para todos los indicadores en el caso de la mujer, al analizar la razón por sexo se encuentra, en especial para el último año para plan e intento de suicidio muy alta, siendo más de 10 mujeres por cada hombre.

El análisis por edad, en general, para todos los indicadores de vida y de los últimos 12 meses, presenta una tendencia al incremento a partir de los trece años y el grupo de mayor riesgo se concentra en el de 17 años.

Una de las fortalezas del estudio comparada con los estudios que habitualmente se llevan a cabo en adolescentes es que parte de población en una muestra de hogares por lo cual se incluyen escolarizados y no escolarizados, es partir de una muestra representativa de la población, por esta razón se logró encontrar que el grupo de más alto riesgo para ideación suicida es el de los adolescentes que han abandonado temporalmente el colegio.

Tabla 69. Antecedentes familiares como factores asociados a indicadores de suicidio en los últimos 12 meses
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Factores de riesgo (familiares) | Ideación suicida | | Planeación suicida | | Intento de suicidio | |
|--------------------------------------|------------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------|-------------------|
| | RD | IC 95% | RD | IC 95% | RD | IC 95% |
| Madre depresiva | 2,21 | (2,16 - 2,27) | 3,43 | (3,33 - 3,54) | 0,72 | (0,68 - 0,76) |
| Madre nerviosa | 2,15 | (2,08 - 2,22) | 6,07 | (5,88 - 6,27) | NC | |
| Madre ansiosa | 7,81 | (7,59 - 8,04) | 4,94 | (4,71 - 5,18) | 4,27 | (4,07 - 4,48) |
| Madre con trastornos de personalidad | 13,11 | (12,43 - 13,83) | NC | | 31,31 | (29,68 - 33,02) |
| Madre con intentos de suicidio | 1,75 | (1,68 - 1,81) | 4,84 | (4,66 - 5,03) | 4,21 | (4,06 - 4,37) |
| Padre con consumo de sustancias | 2,49 | (2,43 - 2,56) | NC | | 3,29 | (3,18 - 3,41) |
| Padre estricto | 1,06 | (1,04 - 1,07) | 1,33 | (1,31 - 1,35) | 0,55 | (0,54 - 0,56) |

Los factores de riesgo del entorno familiar que presentan mayor asociación con los indicadores de suicidio, son la presencia de trastornos de personalidad en la madre con una RD de 13,1 para ideación suicida en la vida, llegando a una RD de 31,3 para el intento de suicidio en el mismo periodo. También se encontró una fuerte asociación para el antecedente de madre con ansiedad percibida y madre con antecedente de intento de suicidio, con una RD de 2,21 para intento de suicidio.

Con relación a los antecedentes paternos, solo se encontró asociación con padre consumidor de sustancias psicoactivas con una RD de 3,3. En la tabla siguiente se presentan los resultados para los mismos indicadores para los últimos 12 meses.

Tabla 70. Antecedentes de maltrato como factores asociados a los indicadores de suicidio en los últimos 12 meses
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Factores de riesgo (maltrato) | Ideación suicida | | Planeación suicida | | Intento de suicidio | |
|---------------------------------------|------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| | RD | IC 95% | RD | IC 95% | RD | IC 95% |
| Negligencia | 1,53 | (1,52 - 1,55) | 1,38 | (1,36 - 1,41) | 2,08 | (2,04 - 2,11) |
| Maltrato físico entre los padres | 2,65 | (2,62 - 2,68) | 2,65 | (2,60 - 2,70) | 2,23 | (2,19 - 2,27) |
| Maltrato físico (Madre) | 3,76 | (3,72 - 3,8) | 5,31 | (5,22 - 5,41) | 6,40 | (6,29 - 6,51) |
| Maltrato físico (Padre) | 1,40 | (1,37 - 1,43) | 1,52 | (1,47 - 1,57) | 1,32 | (1,28 - 1,36) |
| Maltrato psicológico entre los padres | 1,82 | (1,80 - 1,84) | 1,80 | (1,77 - 1,84) | 1,38 | (1,35 - 1,40) |
| Maltrato psicológico (Madre) | 2,62 | (2,59 - 2,65) | 2,59 | (2,54 - 2,64) | 2,61 | (2,57 - 2,66) |
| Maltrato psicológico (Padre) | 3,29 | (3,24 - 3,34) | 1,88 | (1,83 - 1,94) | 2,30 | (2,25 - 2,36) |
| Eventos vitales | 2,16 | (2,13 - 2,18) | 2,01 | (1,97 - 2,05) | 1,73 | (1,70 - 1,76) |

Los resultados de factores asociados con indicadores de suicidio durante los últimos 12 meses, muestran como el maltrato físico de la madre hacia el hijo es el factor de riesgo más importante en especial para intento de suicidio en el último año con una RD de 6,4 y planeación suicida durante el mismo periodo con una RD de 5,3. Con relación a la fuerza de asociación le sigue el maltrato psicológico del padre hacia los hijos con una RD de 3,29 para ideación y RD de 2,3 para intento de suicidio, también se confirma lo informado por otros autores sobre el efecto como factor de riesgo para suicidio al ser testigos del maltrato físico entre los padres con una RD de 2,65 para ideación y de 2,23 para intento de suicidio.

Tabla 71. Consumo de sustancias como factores asociados al suicidio en los últimos 12 meses
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Factores de riesgo (sustancias) | Ideación suicida | | Planeación suicida | | Intento de suicidio | |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| | RD | IC 95% | RD | IC 95% | RD | IC 95% |
| Consumo de marihuana | 2,92 | (2,87 - 2,98) | 0,67 | (0,64 - 0,71) | 2,30 | (2,23 - 2,37) |
| Consumo de cocaína y sus derivados | 6,90 | (6,68 - 7,14) | 11,10 | (10,67 - 11,54) | 3,85 | (3,65 - 4,07) |
| Consumo de medicamentos no recetados | 3,68 | (3,59 - 3,77) | 4,67 | (4,52 - 4,83) | 4,33 | (4,19 - 4,47) |
| Consumo de heroína y otros | 4,48 | (4,32 - 4,65) | | NC | 2,88 | (2,71 - 3,06) |
| Consumo de alcohol | 2,27 | (2,22 - 2,31) | 4,25 | (4,07 - 4,43) | 1,14 | (1,12 - 1,17) |
| Consumo de tabaco | 1,50 | (1,48 - 1,52) | 1,65 | (1,62 - 1,68) | 1,07 | (1,05 - 1,10) |

Al analizar los antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, el consumo de cocaína y el consumo de heroína ocupan los primeros lugares como factores de riesgo para los indicadores de suicidio.

Las demás drogas estudiadas presentan asociación pero menos fuerte que las anteriormente priorizadas, pero debe tenerse en cuenta que el alcohol, la marihuana y el tabaco son consideradas puertas de entrada que anteceden al consumo de cocaína y heroína.

Tabla 72. Otros factores de riesgo asociados a indicadores de intento de suicidio durante los últimos 12 meses
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Otros factores de riesgo | Ideación suicida | | Planeación suicida | | Intento de suicidio | |
|--|------------------|-------------|--------------------|---------------|---------------------|-------------|
| | RD | IC 95% | RD | IC 95% | RD | IC 95% |
| Tiene responsabilidad adulta (asumió responsabilidades) | 1,84 | (1,81-1,87) | 1,69 | (1,66-1,73) | 1,11 | (1,08-1,14) |
| Estuvo alguna vez en o centro de rehabilitación | 0,82 | (0,77-0,86) | NC | | 2,12 | (2,0-2,24) |
| Ser atacado sexualmente o golpeado | 2,91 | (2,81-3,01) | 5,82 | (5,6-6,06) | 3,8 | (3,64-3,97) |
| Ruptura de relación de amistad importante | 1,76 | (1,75-1,78) | 1,53 | (1,51-1,55) | 2,01 | (1,98-2,03) |
| Problemas con los padres o un familiar cercano en los últimos 12 meses | 1,79 | (1,77-1,81) | 1,13 | (1,11-1,16) | 1,36 | (1,33-1,38) |
| Problemas con los profesores o el jefe en el trabajo en los últimos 12 meses | 1,61 | (1,59-1,63) | 1,91 | (1,88-1,95) | 1,03 | (1,01-1,05) |
| Perdida de un bebe por aborto espontaneo o provocado o porque nació muerto | 3,62 | (3,52-3,71) | 11,17 | (10,84-11,52) | 2,76 | (2,68-2,85) |

Al explorar la asociación con otros factores de riesgo, se encontró una RD de 3,6 entre ideación suicida y haber perdido un bebe por aborto espontáneo o provocado o porque el niño nació muerto, la fuerza de asociación para este factor se incrementa llegando a una RD de 11,7 para planeación suicida. Para el factor *haber sido víctima de ataque sexual o haber sido golpeado*, se encontró una RD 2,91 para ideación, RD de 5,82 para planeación y RD de 3,8 para intento de suicidio. Entre los demás factores estudiados: *tener que asumir responsabilidades de adulto*, presentó una RD 1,84 para ideación suicida, *haber estado en una institución de rehabilitación* con RD de 2,12 para intento de suicidio y la ruptura de una relación importante RD de 2,01 para intento de suicidio.

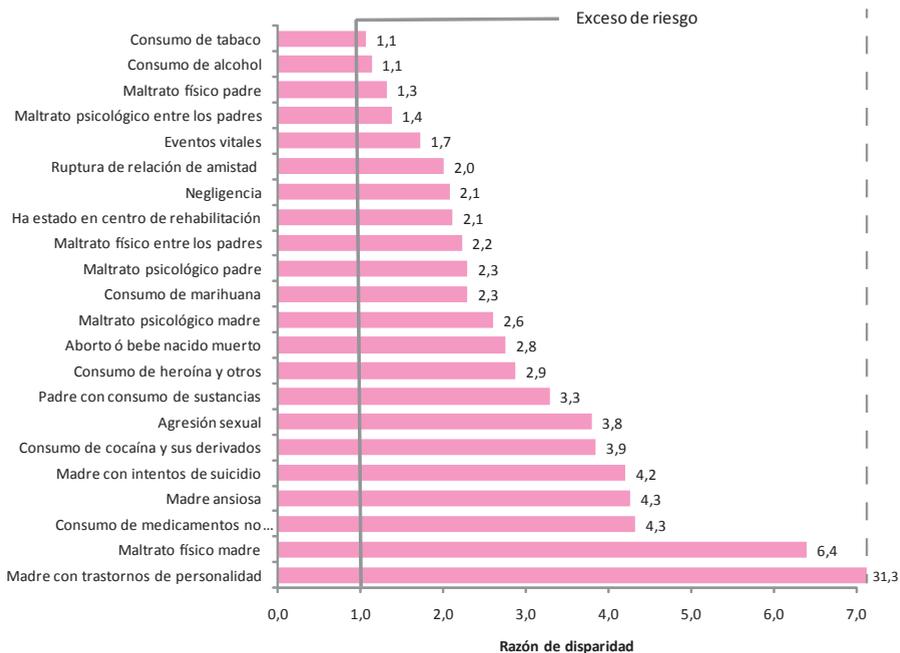


Gráfico 46. Factores asociados al intento de suicidio en los últimos 12 meses
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

En la gráfica se presenta la síntesis de los factores asociados a intento de suicidio durante los últimos 12 meses, sobresaliendo entre los factores estudiados:

Factores asociados a intento de suicidio durante los últimos 12 meses
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| | |
|--|--|
| Factores asociados con la madre | <ul style="list-style-type: none"> • Factores asociados con la madre • Madre ansiosa • Antecedentes de intento de suicidio • Maltrato psicológico |
| Factores asociados con el padre | <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de consumo de sustancias • Maltrato físico • Maltrato psicológico |
| Factores asociados con los dos padres | <ul style="list-style-type: none"> • Maltrato físico entre los padres • Negligencia |
| Factores asociados al adolescente | <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de drogas • Aborto de un bebé o nacido muerto • Problemas con la justicia (permanencia en una institución de rehabilitación de menores) • Consumo de bebidas alcohólicas y tabaco |
| Otros factores de riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Víctima de agresión sexual • Ruptura de relaciones de amistad • Eventos vitales negativos |

Al aplicar el modelo de regresión logística las razones de disparidad para algunos de los factores estudiados fueron modificados por el ajuste de esta metodología en especial los factores de riesgo: consumo de cocaína cuya razón de disparidad llego a 20,14; el maltrato físico de la madre con una RD 7,1 y la madre con trastorno de personalidad con RD 8,3.

Tabla 73. Factores de protección asociados a los indicadores de suicidio en la vida
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Factores de protección | Ideación suicida | | Planeación suicida | | Intento de suicidio | |
|---------------------------|------------------|---------------|--------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | RD | IC 95% | RD | IC 95% | RD | IC 95% |
| Supervisión | 0,68 | (0,67 - 0,69) | 0,59 | (0,57 - 0,61) | 0,28 | (0,27 - 0,29) |
| Cohesión familiar | 0,18 | (0,17 - 0,19) | | NC | | NC |
| Comunicación con la madre | 0,63 | (0,62 - 0,63) | 0,14 | (0,14 - 0,15) | 0,39 | (0,38 - 0,39) |
| Comunicación con el padre | 0,33 | (0,32 - 0,33) | 0,28 | (0,27 - 0,29) | 0,31 | (0,3 - 0,32) |
| Espiritualidad | 0,66 | (0,65 - 0,66) | 0,59 | (0,58 - 0,6) | 0,46 | (0,46 - 0,47) |
| Madre estricta | 0,92 | (0,91 - 0,93) | 0,81 | (0,8 - 0,82) | 0,90 | (0,89 - 0,91) |
| Padre estricto | 0,75 | (0,74 - 0,76) | 0,94 | (0,93 - 0,95) | 0,80 | (0,79 - 0,81) |

Con respecto a los factores de protección asociados con la prevención del suicidio, en primer lugar se encontró la comunicación de la madre para la prevención de la planeación suicida, la cohesión familiar como factor protector en la ideación y para intento de suicidio la supervisión seguida de la comunicación con el padre.

Tabla 74. Factores de protección asociados a los indicadores de suicidio en los últimos 12 meses
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

| Factores de protección | Ideación suicida | | Planeación suicida | | Intento de suicidio | |
|---------------------------|------------------|---------------|--------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | RD | IC 95% | RD | IC 95% | RD | IC 95% |
| Supervisión | 0,68 | (0,66 - 0,7) | 0,96 | (0,92 - 0,99) | 0,66 | (0,63 - 0,68) |
| Comunicación con la madre | 0,4 | (0,39 - 0,4) | 0,27 | (0,26 - 0,27) | 0,16 | (0,15 - 0,17) |
| Comunicación con el padre | 0,44 | (0,43 - 0,45) | 0,22 | (0,21 - 0,23) | 0,3 | (0,29 - 0,31) |
| Espiritualidad | 0,52 | (0,52 - 0,53) | 0,53 | (0,51 - 0,54) | 0,44 | (0,43 - 0,45) |
| Madre estricta | 0,95 | (0,94 - 0,96) | | NC | | NC |

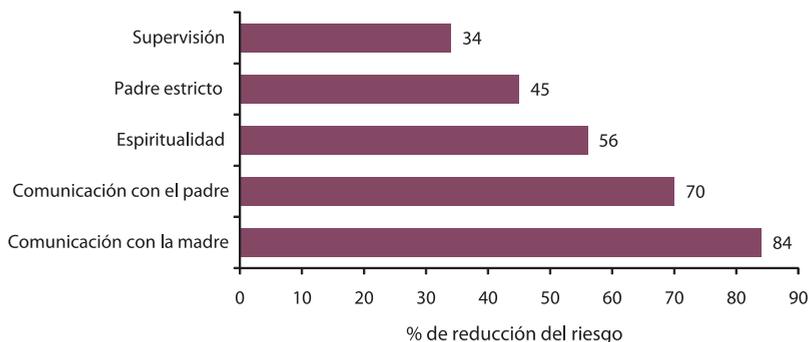


Gráfico 47. Factores de protección para intento de suicidio en los últimos 12 meses
Estudio Nacional de Salud Mental Adolescentes - Colombia

Un elemento importante dentro de los hallazgos del estudio es el relacionado con los factores de protección o sea aquellos que disminuyen la presencia de indicadores de suicidio, lo cual se puede visualizar en el gráfico, en el cual se observa como la buena comunicación con la madre se comporta como el factor de protección más importante al disminuir el riesgo de suicidio durante los últimos 12 meses con un 84%, seguido con 70% para la comunicación con el padre. La espiritualidad es otro de los factores de protección importantes con una proporción de disminución de riesgo de intento de suicidio del 56% y la supervisión y la percepción de padre estricto, también se comportaron como tales.

Conclusiones



7. CONCLUSIONES

La prevalencia de los trastornos mentales utilizando el CIDI-OMS instrumento con el respaldo para su validación transcultural de la OMS y el WMH-CIDI Consortium, mostró como principales hallazgos para los adolescentes colombianos:

- De los 1.520 adolescentes encuestados, para una población expandida de 2.959.022 del área urbana, un 49,4% (1.460.399) pertenecen al sexo masculino y el 50,6% (1.498.623) al femenino.
- Cerca del 80,0% de los adolescentes se encontraban estudiando, llama la atención que un alto porcentaje, 18,9% en promedio, llegando al 23,1% en el sexo masculino, informó compartir el tiempo de estudio con trabajo parcial.
- Con relación a las expectativas de avance académico, el 71,70% aspira a graduarse como profesional, siendo mayor esta proporción para el sexo femenino. Solo el 1,40% no aspira a graduarse, siendo mayor la proporción de jóvenes del sexo masculino que dan esta respuesta.
- El perfil encontrado con relación a las condiciones de vida del adolescente y situación de su familia, reconoce como aspectos positivos: la cohesión familiar, la presencia de figuras paterna y materna en alta proporción; sin embargo se encuentran factores de riesgo ligados a la familia tales como: maltrato en la infancia, antecedentes de hermanos con consumo de sustancias psicoactivas y presencia de trastornos mentales como depresión y ansiedad. Como aspectos complementarios relacionados con la familia, una alta proporción de los adolescentes informó dificultades económicas.
- La exposición a situaciones peligrosas, obligados o por culpa de los padres o personas encargadas del cuidado del niño, a pesar de no presentar una proporción muy alta, se comportan como factores de riesgo que pueden afectar la salud mental del adolescente y el futuro desarrollo del adulto.
- La información sobre el desarrollo de su sexualidad reporta una cuarta parte de jóvenes que han tenido relaciones sexuales, siendo más alta la

frecuencia para el sexo masculino con el 31,6% versus el 18,1% para el femenino. El 4,1% de las jóvenes informan haber tenido un hijo versus el 0,4% de los hombres.

- La espiritualidad ha sido reportada como un factor protector de salud mental para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas; 8 de cada 10 adolescentes encuestados informó que las creencias religiosas son muy importantes o algo importantes para ello.

Muchos de los problemas de salud mental del adulto tienen su iniciación en la niñez y la adolescencia, entre los hallazgos del presente estudio llama la atención la temprana edad en que se inician. Para muchos de los trastornos mentales estudiados la edad de iniciación fue a los 4 años.

La proporción de prevalencia para las adolescentes del sexo femenino comparadas con los adolescentes del sexo masculino fue mayor para todos los grupos de trastornos estudiados, menos para el de uso de sustancias y otros como el trastorno por comportamiento disocial, lo que es concordante con los hallazgos del estudio en adultos llevado a cabo en el país con la misma metodología. También es concordante con otros estudios como el de Abram y colaboradores realizado en adolescentes en situación de detención(90,91).

Numerosos investigadores han reportado hallazgos sobre la asociación entre trastornos psiquiátricos en los niños adolescentes y su aparición en los adultos(92). Copeland y colaboradores(93) informaron la asociación encontrada en el análisis bivariado entre diagnóstico de depresión en el adulto y su aparición en la adolescencia, así como su comorbilidad con trastorno oposicional desafiante, trastornos por uso de sustancias, con diagnóstico de ansiedad y depresión en el adulto. Lo cual concuerda con los hallazgos del Estudio Nacional de Salud Mental en adultos.

Un aporte del presente estudio es la estimación del número de casos esperados en la población de adolescentes colombianos para el año 2010, el cual podrá ser utilizado para el cálculo de los recursos necesarios para la atención de la salud mental del adolescente. Como dato global de prevalencia de vida para cualquier trastorno se encontró que el 16,1% de los adolescentes han sufrido o sufren uno o más trastornos mentales. Siendo mayor esta proporción para las adolescentes con un 17,4% y un 14,8% para los adolescentes del sexo masculino.

El 11,0% de los adolescentes informó haber pensado seriamente la posibilidad de suicidarse; para el sexo femenino esta proporción fue 14,3%, dos veces la reportada en el sexo masculino para el cual se presentó el 7,6%.

8. RECOMENDACIONES

La salud mental es un componente crítico de la salud general de los niños y adolescentes. Fomentar su salud social y emocional como parte de su desarrollo debe ser una prioridad. La promoción de la salud mental y el tratamiento de desórdenes mentales del niño y el adolescente, deben ser metas importantes de la salud pública(16).

La Organización Mundial de la Salud, ha reconocido la importancia de hacer el diagnóstico oportuno de los problemas de salud mental en el niño y el adolescente, como una forma de prevenir problemas en la edad adulta y para la sociedad en general.

Para analizar la población adolescente es necesario retomar su definición por ser un momento evolutivo tan trascendental en el desarrollo y aparición de situaciones de índole psicológico. Este concepto nos remite a la etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. El grupo estudiado en el momento de recolección de la información estaba entre los 13 y los 17 años de edad o sea que incluye una parte de la etapa de preadolescencia y parte de la adolescencia según la definición de la OMS.

Los resultados se consideran de gran importancia para la formulación de las políticas y asignación de recursos necesarios para la atención de los trastornos mentales del adolescente en Colombia.

El 11,0% de los adolescentes informó haber pensado seriamente la posibilidad de suicidarse; para el sexo femenino esta proporción fue 14,3%, dos veces la reportada en el sexo masculino para el cual se presentó el 7,6%.

Un importante aporte del estudio es el conocimiento sobre el comportamiento de los factores de riesgo y de protección asociados con intento de suicidio, los cuales se pueden agrupar en factores asociados a características de los padres, de los propios adolescentes y otros factores tales como los eventos vitales negativos y el antecedente de aborto o de haber ingresado a una institución de

rehabilitación, resaltando además factores de protección fundamentales en la familia como: la buena comunicación con los padres y la espiritualidad del adolescente.

La satisfacción de las necesidades psicológicas de los niños puede ayudar a fortalecer a las sociedades que enfrentan los efectos desestabilizadores de la pobreza, el conflicto armado, el hambre y las enfermedades infecciosas.

La OMS ha declarado que la falta de buena salud mental en las primeras etapas de la vida puede llevar a trastornos mentales con consecuencias en el largo plazo, socavar el cumplimiento de las prácticas de salud generalmente aceptadas como buenas, y reducir la capacidad de las sociedades de ser seguras y productivas.

Es fundamental que todos trabajemos juntos, los profesionales de la salud mental, los que abogan por la causa, las familias, y los encargados de formular políticas, a fin de mejorar la atención y el tratamiento de nuestros niños y adolescentes.

En octubre del 2008, la OMS presentó el Programa de acción para superar las brechas en salud mental y mejorar y ampliar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias(12). El programa se basa en las mejores evidencias científicas disponibles y ofrece un conjunto de estrategias y actividades para ampliar y mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

Para reducir la carga que significan los trastornos mentales resulta esencial prestar atención a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos psíquicos. La promoción de la salud mental se inserta dentro del contexto más amplio de la salud pública y propone un enfoque diferente al curativo, que **hace hincapié en la protección de los atributos positivos de la salud mental y el fomento del estado de bienestar**(13). Los factores de riesgo y de protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida, y muchos de ellos pueden modificarse. Hay pruebas de que los programas dirigidos a la infancia y las intervenciones tempranas en la vida son eficaces(14).

Con demasiada frecuencia, se pierden oportunidades de utilizar los enfoques basados en la evidencia para prevenir la aparición del trastorno, establecer el apoyo a la construcción de políticas públicas e intervenciones para el desarrollo saludable de todos los jóvenes, y limitar la exposición a factores ambientales que aumentan los riesgos para la presentación de los trastornos. No cabe duda que en el largo plazo es más costo-efectivo abordar estos trastornos con enfoque hacia la prevención temprana.

Las intervenciones antes de que el trastorno se manifieste, ofrecen la mejor oportunidad para proteger a los jóvenes. Estas intervenciones deben integrar la

atención médica de rutina y la promoción de bienestar, así como los programas de las escuelas, las familias y las comunidades. Las políticas y prácticas dirigidas a los jóvenes con factores de riesgo específico, la promoción del desarrollo emocional positivo, y la creación de recursos en la familia, la escuela y la comunidad han demostrado ser eficaces en la reducción y prevención de los trastornos mentales en los adolescentes. Haciendo uso de las intervenciones basadas en la evidencia ya disponibles se podrían ahorrar miles de millones de dólares al evitar o mitigar los trastornos que de otro modo requerirían un tratamiento costoso.

8.1 Intervenciones ya probadas

Un estudio reciente realizado por el National Research Council de los Estados Unidos, revisó las investigaciones sobre la prevención de los trastornos mentales y abuso de sustancias entre los jóvenes y con base en sus resultados se recomendaron múltiples estrategias para mejorar su bienestar emocional y psicológico. La investigación, que se llevo a cabo como meta-análisis e incluyó numerosos ensayos aleatorios y demostró el valor de las siguientes intervenciones:

Fortalecimiento de las familias dirigido a la solución de de problemas como el consumo de sustancias o conductas agresivas; la enseñanza de habilidades para mejorar la comunicación entre padres e hijos así como ayudar a las familias a hacer frente a los eventos negativos (por ejemplo, divorcio) o a las adversidades como una enfermedad mental, los problemas con los padres o la situación de pobreza.

Fortalecimiento de las habilidades y cualidades personales para aumentar la *resiliencia* y las aptitudes para mejorar los procesos cognitivos y del comportamiento.

Prevención de los trastornos específicos, como la ansiedad o la depresión, mediante la aplicación de programas de tamización para hacer el diagnóstico y ofrecer tratamiento a los grupo de jóvenes en situación de alto riesgo, a través de entrenamiento cognitivo o de otras intervenciones preventivas.

Promover la salud mental en las escuelas, ofreciendo apoyo a los niños que afrontan tensiones serias; modificar el entorno escolar para promover la conducta pro-social y el desarrollo de habilidades en los estudiantes para la toma de decisiones, conciencia de sí mismos, autoestima, habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales y la orientación hacia la prevención de la violencia, la conducta agresiva, y el consumo de sustancias.

Promover la salud mental a través de la atención de salud (aplicando las políticas nacionales en este caso la atención primaria en salud mental) y los programas

de la comunidad mediante la promoción y apoyo de comportamientos pro-sociales, la enseñanza de habilidades de afrontamiento, y dirigidas a los factores modificables del estilo de vida que pueden afectar el comportamiento y la salud emocional, como el sueño, dieta saludable, actividad física, actividades con aprovechamiento del sol y la luz.

La clave del éxito para la mayoría de estos enfoques es la identificación oportuna de los riesgos biológicos, psicológicos y sociales – o sea la exposición a los factores que pueden aumentar el riesgo de un niño o adolescente de padecer los trastornos mentales que sean objeto de la intervención. Algunos de estos riesgos están asociados a las características específicas de cada joven o el medio ambiente familiar, (como la presencia de enfermedad mental de los padres, abuso de sustancias o trastornos graves de la familia), pero también pueden estar en el medio ambiente social, como las tensiones, la pobreza, la violencia, la falta de escuelas seguras, y la falta de acceso a la atención de salud. La mayoría de los factores de riesgo tienden a presentarse en forma múltiple y a la vez pueden estar asociados a más de un trastorno. (Modelo de causa múltiple - efecto múltiple).

Las intervenciones tienden a intervenir un solo problema, pero existe cada vez más evidencia que demuestra como las intervenciones de prevención y tratamiento bien diseñadas se pueden orientar a reducir a al mismo tiempo, varios problemas y trastornos y que su efecto se mantendrá en el largo plazo.

Una intervención preventiva bien diseñada puede reducir un amplio rango de problemas y el beneficio alcanzado ser a largo tiempo.

Estos programas a menudo ayudan a los niños y adolescentes, a las familias y a las escuelas a construir fortalezas que apoyan el bienestar y su beneficio se extienden más allá de un solo trastorno.

“En todo el mundo, la salud mental de los niños y los adolescentes es importante— para todas las culturas y razas, desde la lactancia hasta llegar a la edad adulta y más. Reconocer y tratar los trastornos emocionales y conductuales graves de la niñez y la adolescencia debe ser una prioridad para todos los países, si es que los niños y las sociedades en que se desarrollan han de alcanzar su pleno potencial.”

L. Patt Franciosi, PhD Presidente, Junta Directiva de la WFMH

AGRADECIMIENTOS

The analysis for this book is carried out in conjunction with the World Health Organization World Mental Health (WMH) Survey Initiative. We thank the WMH staff for assistance with instrumentation, fieldwork, and data analysis. These activities were supported by the United States National Institute of Mental Health (R01MH070884), the Mental Health Burden Study: Contract number HHS-N271200700030C, the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, the Pfizer Foundation, the US Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864, and R01 DA016558), the Fogarty International Center (FIRCA R03-TW006481), the Pan American Health Organization, the Eli Lilly & Company Foundation, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmithKline, Bristol-Myers Squibb, and Shire. A complete list of WMH publications can be found at <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>. The Chinese World Mental Health Survey Initiative is supported by the Pfizer Foundation.

The Colombian National Study of Mental Health (NSMH) is supported by the Ministry of Social Protection. The ESEMeD project is funded by the European Commission (Contracts QLG5-1999-01042; SANCO 2004123), the Piedmont Region (Italy), Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, Spain (FIS 00/0028), Ministerio de Ciencia y Tecnología, Spain (SAF 2000-158-CE), Department de Salut, Generalitat de Catalunya, Spain, Instituto de Salud Carlos III (CIBER CB06/02/0046, RETICS RD06/0011 REM-TAP), and other local agencies and by an unrestricted educational grant from GlaxoSmithKline. The Israel National Health

Survey is funded by the Ministry of Health with support from the Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research and the National Insurance Institute of Israel. The World Mental Health Japan (WMHJ) Survey is supported by the Grant for Research on Psychiatric and Neurological Diseases and Mental Health (H13-SHOGAI-023, H14-TOKUBETSU-026, H16-KOKORO-013) from the Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. The Lebanese National Mental Health Survey (LEBANON) is supported by the Lebanese Ministry of Public Health, the WHO (Lebanon), Fogarty International, Act for Lebanon, anonymous private donations to IDRAAC, Lebanon, and unrestricted grants from Janssen Cilag, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Roche, and Novartis.

The Mexican National Comorbidity Survey (MNCS) is supported by The National Institute of Psychiatry Ramon de la Fuente (INPRFMDIES 4280) and by the National Council on Science and Technology (CONACyT-G30544- H), with supplemental support from the PanAmerican Health Organization (PAHO). The Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing (NSMHW) is supported by the WHO (Geneva), the WHO (Nigeria), and the Federal Ministry of Health, Abuja, Nigeria. The Ukraine Comorbid Mental Disorders during Periods of Social Disruption (CMDPSD) study is funded by the US National Institute of Mental Health (RO1-MH61905). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) is supported by the National Institute of Mental Health (NIMH; U01-MH60220) with supplemental support from the National Institute of Drug Abuse (NIDA), the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), the Robert Wood Johnson Foundation (RWJF; Grant 044708), and the John W. Alden Trust.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
- 2 Benjet C. Los trastornos mentales en niños y adolescentes en América Latina y el Caribe. Capítulo en "Epidemiología de las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe". Washington D.C: OPS; 2008.
- 3 WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: World Health Organization; 2005.
- 4 Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-877
- 5 Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2005;18(4/5):229-240.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica No. 622. Washington DC: OPS/OMS; 2007.
- 7 Organización Mundial de la Salud. Informe regional sobre el suicidio. Informe usando la base de datos sobre mortalidad de OPS. Washington DC: OMS; 2008.
- 8 Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. CD48/8. Washington, D.C. 2008. [Último acceso: 19 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-08-s.pdf>.
- 9 World Health Organization. Atlas Child and Adolescent Mental Health Resources. Global Concerns: Implications for the Future. Geneva: World Health Organization; 2005.
- 10 Organización Mundial de la Salud. Salud mental y bienestar psicosocial del niño en situaciones de gran escasez de alimentos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.

- 11 Organización Mundial de la Salud. VIH/ y Salud Mental. 124ª reunión del Consejo Ejecutivo, enero 2009 (EB124/6). Ginebra, 2008. [Último acceso: 19 de agosto de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf.
- 12 Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: OMS; 2008.
- 13 Herrman H, Swartz L. Promotion of mental health in poorly resourced countries. *Lancet*. 2007;370(9594):1195-1197.
- 14 Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado. [Último acceso: 19 de agosto de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.
- 15 Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. [Último acceso: 19 de agosto de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish
- 16 U.S. Department of Health & Human Services. Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda. Washington, DC: Department of Health & Human Services; 2000.
- 17 Hedberg VA, Bracken AC, Stashwick CA. Long-term consequences of adolescent health behaviors: implications for adolescent health services. *Adolesc Med*. 1999;10(1):137-151.
- 18 World Health Organization. WHO Atlas Child and Adolescent. Ginebra: World Health Organization; 2005.
- 19 World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva: World Health Organization; 2003.
- 20 Foster G. Supporting community efforts to assist orphans in Africa. *N Engl J Med*. 2002;346(24):1907-1910.
- 21 World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
- 22 World Health Organization. The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

- 23 Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wickramaratne P. Depressed adolescents grown up. *JAMA*. 1999;281(18):1707-1713.
- 24 Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behavior. *Am Psychologist*. 1989;44(2):329-335.
- 25 Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ*. 2001;323(7306):191
- 26 Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ransom J, O'Brien PC. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*. 2001;285(1):60-66.
- 27 Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158(1):125-127.
- 28 Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(12):1434-1440.
- 29 Heatherton TF, Mahamedi F, Striepe M, Field AE, Keel P. A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *J Abnorm Psychol*. 1997;106(1):117-25.
- 30 Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(9):1086-1093.
- 31 Torres de Galvis Y. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del Departamento de Antioquia. Hallazgos para la prevención. Medellín: Editorial Marín Vieco Ltda.; 2003.
- 32 Maya Mejía JM, Torres de Galvis Y, Murrelle L, Rodríguez M. de los A, Mejía Montoya R, Gaviria Muñoz D, Calderon Lopera G. et. al. Consumo de sustancias psicoactivas y otros factores asociados a violencia juvenil, Medellín 2000. Medellín: Editorial Marín Vieco Ltda.; 2000.
- 33 Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, Cruz C. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud mental* 2009;32(2):155-163.
- 34 Lau JY, Goldman D, Buzas B, Fromm SJ, Guyer AE, Hodgkinson C, Monk CS, Nelson EE, Shen PH, Pine DS, Ernst M. Amygdala function and 5-HTT gene

variants in adolescent anxiety and major depressive disorder. *Biol Psychiatry*. 2009;65(4):349-355.

- 35 American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSMIV*. Barcelona: Masson S.A.; 1995.
- 36 Rutter M, Smith D. *Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes*. New York: Wiley; 1995.
- 37 National Institute of Mental Health. *Trastornos de ansiedad*. [Último acceso: 14 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/index.shtml>
- 38 Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-627.
- 39 Bourdon KH, Boyd JH, Rae DS, et al. Gender differences in phobias: Results of the ECA community survey. *Journal of Anxiety Disorders*. 1998;2:227-241.
- 40 Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press; 1991.
- 41 Kendler KS, Walters EE, Truett KR, Heath AC, Neale MC, Martin NG, Eaves LJ. A twin-family study of self-report symptoms of panic-phobia and somatization. *Behav Genet*. 1995;25(6):499-515.
- 42 Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;(34):24-28.
- 43 National Child Traumatic Stress Network. *Entendamos el estrés traumático infantil*. [Último acceso: 14 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.nctsn.net/nctsn_assets/pdfs/edu_materials/Entendamoselstrtraumatico.pdf
- 44 Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorders: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press; 1990.
- 45 Still GF. Some abnormal psychological conditions in children. *Lancet* 1902;1:1008-1012.
- 46 American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.

- 47 Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/ hyperactivity disorder. American Academy of Paediatrics. Paediatrics. 2000;105(5):1158-1170.
- 48 Cardo E. y Servera-Barceló M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Rev Neurol. 2005;40(Supl 1): S11-S15.
- 49 Buitelaar JK, Engeland H. Epidemiological approaches. In: Sandberg S. Hyperactivity disorders of childhood. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
- 50 Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(6):716-722.
- 51 Burd L, Klug MG, Coumbe MJ, Kerbeshian J. Children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder: 1. Prevalence and cost of care. J Child Neurol 2003;18(8): 555-561.
- 52 Leung PW, Luk SL, Ho TP, Taylor E, Mak FL, Bacon-Shone J. The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. Br J Psychiatry 1996;168(4): 486-496.
- 53 Baumgaertel A, Wolraich M, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for TDAH in a German elementary school sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34(5):629-638.
- 54 Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Amler RW, Feldman HM, Pierce K, Wolraich ML. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. Pediatrics. 2001;107(3):E43.
- 55 Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Pankratz VS, Weaver AL, Weber KJ, Mrazek DA, Jacobsen SJ. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester, Minn. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002 Mar;156(3):217-24
- 56 Barbaresi W, Katusic S, Colligan R, Weaver A, Pankratz V, Mrazek D, Jacobsen S. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. Acta Paediatr Suppl. 2004;93(445):55-59.
- 57 Wolraich ML, Lambert EW, Bickman L, Simmons T, Doffing MA, Worley KA. Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder. J Dev Behav Pediatr 2004;25(1):41-47.

- 58 Servera M, Cardó E, Llobera J. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Rev Neurol*. 44(1):10-14.
- 59 DuPaul G, Power JT, Anastopoulos AD, Reid R. *ADHD-Rating Scales DSM-IV for parents and teachers*. New York: Guilford Press; 1998.
- 60 Costello E. Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(6):836-841.
- 61 Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Aug;36(8):1036-45. Erratum in: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 Dec;36(12):1783.
- 62 Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *J Atten Disord* 2002;5(3):143-154.
- 63 Montiel-Nava C, Peña JA, López M, Salas M, Zurga JR, Montiel-Barbero I, et al. estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños maracabinos. *Rev Neurol* 2002;35(11):1019-1024.
- 64 Barkley RA. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain Dev* 2003;25(2):77-83.
- 65 Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry* 2004;55(7):692-700.
- 66 Weiss M, Worling D, Wasdell M. A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *J Atten Disord* 2003;7(1):1-9.
- 67 Newcorn JH, Halperin JM, Jensen PS, Abikoff HB, Arnold LE, Cantwell DP, Conners CK, Elliott GR, Epstein JN, Greenhill LL, Hechtman L, Hinshaw SP, Hoza B, Kraemer HC, Pelham WE, Severe JB, Swanson JM, Wells KC, Wigal T, Vitiello B. Symptom profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(2):137-146.
- 68 Banaschewski T, Brandeis D, Heinrich H, Albrecht B, Brunner E, Rothenberger A. Association of ADHD and conduct disorder –brain electrical evidence for the existence of a distinct subtype. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44(3):356-376.
- 69 Faraone SV, Biederman J, Weber W, Russell R. Psychiatric neuropsychological and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(2):185-193.

- 70 Rietveld MJ, Hudziak JJ, Bartels M, Van Beijsterveldt CE, Boomsma DI. Heritability of attention problems in children: I. Cross-sectional results from a study of twins, age 3-12 years. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2003;117B(1):102-113.
- 71 Nichols PL, Chen TC. *Minimal brain dysfunction: a prospective study*. Hillsdale, NY: Erlbaum; 1981.
- 72 Batstra L, Hadders-Algra M, Neeleman J. Effect of antenatal exposure to maternal smoking on behavioural problems and academic achievement in childhood: prospective evidence from a Dutch birth cohort. *Early Hum Dev* 2003;75(1-2):21-33.
- 73 Thapar A, Fowler T, Rice F, Scourfield J, van den Bree M, Thomas H, Harold G, Hay D. Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *Am J Psychiatry* 2003;160(11):1985-1989.
- 74 Indredavik MS, Vik T, Heyerdahl S, Kulseng S, Fayers P, Brubakk AM. Psychiatric symptoms and disorders in adolescents with low birth weight. *Psychiatric symptoms and disorders in adolescents with low birth weight. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2004;89(5):F445-50.
- 75 Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 2005;57(11):1313-1323.
- 76 Khan SA, Faraone SV. The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: A literature review of 2005. *Curr Psychiatry Rep.* 2006;8(5):393-397.
- 77 Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(4):378-385.
- 78 Linnert KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A, Kottimaa A, Moilanen I, Thomsen PH, Olsen J, Jarvelin MR. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention-deficit/hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry.* 2003;160(6):1028-1040.
- 79 Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004;13(2):93-121.

- 80 McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication II Associations With Persistence of DSM-IV Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(2):124-132.
- 81 Kenneth K, Myers J. A Developmental Twin Study of Church Attendance and Alcohol and Nicotine Consumption: A Model for Analyzing the Changing Impact of Genes and Environment. *Am J Psychiatry*. 2009;166(10):1150-1155.
- 82 Torres de Galvis Y, Osorio JJ, López Bustamente PL, Mejía R. *Salud Mental del adolescente Medellín 2006*. Medellín: Ed. Artes y Letras; 2007.
- 83 Torres de Galvis Y. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia 2003. Medellín: Ed. Marin Vieco; 2004.
- 84 Kessler RC, Abelson J, Demler O, Escobar JI, Gibbon M, Guyer ME, Howes MJ, Jin R, Vega WA, Walters EE, Wang P, Zaslavsky A, Zheng H. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):122-139.
- 85 O'Connell ME, Boat T, Warner K. *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People*. Washington D.C.: The National Academic Press; 2009.
- 86 Organización Panamericana de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington D.C: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 87 Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System*.
- 88 Molina M, Durán V, Donas S, Rocabado F. *Conductas de Riesgo en Adolescentes de 12 a 19 años en Costa Rica*. Costa Rica: Ediciones Perro Azul; 1999.
- 89 Gómez RC, Rodríguez MN, Romero L, López E, Díaz-Granados N, Nossa N. Suicidio y lesiones autoinflingidas Colombia 1973 – 1996. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2002; XXXI(2):92-104.
- 90 Abram KM, Teplin LA, McClelland GM, Dulcan MK. Comorbid Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(11):1097-1108.

- 91 Eaton D, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth Risk Behavior Surveillance. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion United States,
- 92 Stein MB, Fuetsch M, Müller N, Höfler M, Lieb R, Wittchen HU. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(3):251-256.
- 93 Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Jul;66(7):764-72

El libro informa sobre los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental del Adolescente en Colombia, hace parte del Estudio Mundial de Salud Mental en el cual están participando a través del Consortium CIDI-OMS y se considera un importante aporte al conocimiento de este campo de la salud.

A partir de una muestra probabilística de adolescentes de 13 a 17 años residentes en el área urbana de 25 departamentos de Colombia y mediante la aplicación del instrumento CIDI-OMS, que incluye 23 diagnósticos psiquiátricos, se logró la estimación de la prevalencia de vida, la prevalencia de los últimos 12 meses y la prevalencia reciente (últimos 30 días), de los principales trastornos psiquiátricos.

La prevalencia de vida para cualquier trastorno muestra que el 16,1% de los adolescentes han sufrido o sufren uno o más trastornos mentales. Siendo mayor esta proporción para las adolescentes con un 17,4% y un 14,8% para los adolescentes del sexo masculino.

Con relación a las condiciones de vida del adolescente y situación de su familia, reconoce como aspectos positivos: la cohesión familiar, la presencia de figuras paterna y materna en alta proporción. Se encuentran factores de riesgo ligados a la familia como: maltrato en la infancia, antecedentes de hermanos con consumo de sustancias psicoactivas y presencia de trastornos mentales como depresión y ansiedad. Una alta proporción de los adolescentes informó dificultades económicas.

El 11,0% de los adolescentes ha pensado seriamente en la posibilidad de suicidarse; para el sexo femenino esta proporción fue 14,3%, dos veces la reportada en el sexo masculino para el cual se presentó el 7,6%.

Los resultados se consideran de gran importancia para la formulación de las políticas y asignación de recursos necesarios para la atención de los trastornos mentales del adolescente en Colombia. El libro tiene gran interés para los que formulan políticas y programas, así como para los que tienen como responsabilidad el cuidado de la salud mental de los jóvenes y para los investigadores sobre el tema.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Salud Pública
República de Colombia



UNODC
Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

ISBN 978-958-8674-04-9

