



CES Medicina

ISSN: 0120-8705

revistamedica@ces.edu.co

Universidad CES

Colombia

TORRES DE GALVIS, YOLANDA; AGUDELO-MARTÍNEZ, ALEJANDRA; SIERRA-HINCAPIÉ,
GLORIA MARÍA; SALAS-ZAPATA, CAROLINA
Prevalencia de trastornos mentales en población general del municipio de Itagüí (Colombia), 2012
CES Medicina, vol. 28, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 49-60
Universidad CES
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261132141005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Prevalencia de trastornos mentales en población general del municipio de Itagüí (Colombia), 2012

Prevalence of mental disorders in the general population, Itagüí (Colombia) 2012

YOLANDA TORRES DE GALVIS¹, ALEJANDRA AGUDELO-MARTÍNEZ², GLORIA MARÍA SIERRA-HINCAPIÉ³,
CAROLINA SALAS-ZAPATA⁴

Forma de citar: Torres de Galvis Y, Agudelo-Martínez A, Sierra-Hincapié GM, Salas-Zapata C. Prevalencia de trastornos mentales en población general del municipio de Itagüí (Colombia), 2012. Rev CES Med 2014; 28(1): 49-60.

RESUMEN

Introducción: los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica para la sociedad, también aumentan el riesgo de las enfermedades físicas. Teniendo en cuenta las actuales limitaciones en la efectividad de las modalidades de tratamiento para disminuir la discapacidad debida a trastornos mentales y de conducta, el método recomendable para reducir la carga causada por estos trastornos es la prevención.

Objetivo: determinar la prevalencia de vida y la prevalencia de los últimos 12 meses de los principales trastornos psiquiátricos según sexo, grupo poblacional y área geográfica para el municipio de Itagüí en el año 2012.

¹ Jefe Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental - Facultad de Medicina – CES, Magíster en Salud Pública, Dra. HC. ytorres@ces.edu.co.

² Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad CES.

³ Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad CES.

⁴ Magíster en Epidemiología. Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad CES.

Recibido en: julio 23 de 2013. **Revisado en:** febrero 26 de 2014. **Aceptado en:** abril 21 de 2014.

Materiales y métodos: estudio poblacional representativo de hogares para el municipio de Itagüí con información recopilada a través de entrevistas, utilizando el World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (CIDI). La muestra fue de 896 personas no institucionalizadas. El análisis de la información respondió a la estimación de las proporciones de prevalencia anual y de vida según edad, sexo y lugar de residencia, el procesamiento de datos se realizó en los programas SAS versión 9.0 ® y SPSS versión 21 ®.

Resultados: la prevalencia de vida para cualquier trastorno mostró que el 22,5 % de la población ha sufrido o sufre uno o más trastornos mentales, siendo mayor esta proporción para las mujeres. La prevalencia anual mostró que el 11,9 % de la población sufrió cualquier trastorno mental en los 12 meses anteriores al estudio. Las prevalencias fueron menores en adolescentes con relación a los adultos. El comportamiento de la prevalencia del último año presentó el nivel de riesgo más alto para las comunas 4, 5 y 6, pasando a riesgo medio con una prevalencia menor para los residentes de las comunas 1, 2 y 3.

Conclusiones: se hace necesario desarrollar programas de prevención con un componente innovador y que busque impactar múltiples niveles: el ambiente, la familia y los individuos.

PALABRAS CLAVE

Encuesta salud mental
Prevalencia trastornos mentales
Estudios de prevalencia
Itagüí

ABSTRACT

Introduction: Mental disorders represent not only an immense psychological, social and economic burden to society, these also increase the risk of physical illness. Given the current limitations in the effectiveness of treatment mo-

dalities to reduce disability due to mental and behavioral disorders, the recommended method to reduce the burden caused by these disorders is prevention.

Objective: To determine the prevalence of life and the prevalence of the last 12 months of major psychiatric disorders by sex, population group and geographic area in Itagüí city (Colombia) in 2012.

Materials and methods: We conducted a population-representative survey for the city of Itagüí with information gathered through interviews, using the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (CIDI) to generate diagnoses of mental health problems. The sample was 896 non-institutionalized persons. Data processing was performed on SAS software version 9.0 and SPSS version 21.

Results: The lifetime prevalence for any disorder showed that 22.5 % of the population has suffered or have one or more mental disorders, this proportion was higher for women. The annual prevalence showed that 11.9 % of the study population suffered any mental disorder in the 12 months preceding the survey. According to the group of disorders among adolescents and adults, the prevalence between the two groups were lower in adolescents relative to adults for anxiety disorders, 9.1 % and 6.8 % respectively, the same trend was observed for the group of mood disorders, in adolescents being 2.7 % and 3.7 % in adults, and finally, the behavior of the prevalence of past year presented the highest risk level for districts 4, 5 and 6; passing average risk with lower prevalence for residents of the district 1, 2 and 3.

Conclusions: Most prevalent mental disorders for the population studied were those of anxiety and those that are due to psychoactive substance use, for the lifetime prevalence and the prevalence of last year, being more common in

women and in adults for anxiety disorders, and in men and teenagers the disorders due to substance use with increased risk for communes 4, 5 and 6 of the city. It is necessary to develop prevention programs with an innovative component and seek impact multiple levels: the environment, the family and individuals.

KEY WORDS

Mental health surveys

Mental disorders

Prevalence

Itagüi

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial cerca de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales y de la conducta. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida. Además, las condiciones neuropsiquiátricas son responsables del 13 % del total de los años de vida ajustados por discapacidad que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo y que se estima que para el año 2020 aumentarán en 15 % (1,2).

La *Encuesta Mundial de Salud Mental* de la Organización Mundial de la Salud (WHO-CIDI) ha encontrado que los trastornos mentales tienen alta prevalencia, producen gran discapacidad y con frecuencia no reciben tratamiento. Más de la mitad de las personas con trastornos mentales severos en Estados Unidos y en algunos países europeos no están recibiendo tratamiento y la situación es aún peor en algunos países en desarrollo de acuerdo a los estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3-5).

Por ejemplo, el promedio ponderado para la prevalencia anual de depresión mayor es de 5,5 %

en países con ingresos altos y de 5,9 % en países de bajos ingresos (6), y este trastorno es la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial (7). En Latinoamérica, la enfermedad mental es responsable del 8,2 % de la carga de enfermedad representada en los años de vida ajustados por discapacidad, siendo la depresión uno de los trastornos que contribuye en mayor proporción al aumento de la discapacidad. En general, se espera que todos los trastornos psiquiátricos contribuyan en un 20,9 % de la carga total de enfermedad para el año 2020 (8).

En Colombia, la información epidemiológica ha evidenciado una alta prevalencia de alteraciones de salud mental en la población general y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición epidemiológica y demográfica que se está dando en el país, los cuales están relacionados con el comportamiento y la salud mental de los individuos y las comunidades (9), y que se configuran como un problema de salud pública por su magnitud, los costos que implica y su impacto en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que generan.

El *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*, encontró que alrededor de ocho de cada 20 personas, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19,3 % alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15,0 %) y los de uso de sustancias (10,6 %) (10).

Los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica para la sociedad, sino también aumentan el riesgo de las enfermedades físicas. Teniendo en cuenta las actuales limitaciones en la efectividad de las modalidades de tratamiento para disminuir la

discapacidad debida a trastornos mentales y de conducta, el método recomendable para reducir la carga causada por estos trastornos es la prevención (11).

Adicionalmente, la alta comorbilidad de los trastornos mentales (12) y sus interrelaciones con las enfermedades físicas y los problemas sociales respaldan la necesidad de crear políticas de salud pública integradas y dirigidas a conjuntos de problemas relacionados, que comparten determinantes comunes y presentan etapas tempranas en sus trayectorias, afectando poblaciones con diferente nivel de riesgo.

Por razones éticas y con el fin de lograr el uso óptimo de los recursos limitados para la prevención, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda asignar prioridad a los programas y políticas preventivas que demuestren la evidencia científica de su efectividad, que debe ser culturalmente sensitivos y que, de ser posible, partan del conocimiento de la propia realidad como evidencia disponible.

Las anteriores recomendaciones de la OMS se pueden considerar como el telón de fondo que justificó la realización del *Primer Estudio Poblacional sobre Salud Mental* en el municipio de Itagüí, permitiendo contar con el diagnóstico integral de la situación de salud mental para la población y poder contar con datos epidemiológicos y de vigilancia exactos a nivel comunitario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de prevalencia, representativo de la población de 13 a 65 años residente en el municipio de Itagüí. La información fue recopilada a través de la aplicación de entrevistas en el hogar, utilizando el *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview* (versión CIDI-CAPI) para la generación de los diagnósticos de trastornos mentales según las variables de interés.

La población objetivo fue la población general no institucionalizada, con hogar fijo. El tamaño de muestra para el estudio fue calculado con base en la fórmula para la estimación de una proporción poblacional. Se utilizó un nivel de confianza de 99 %, una precisión de 5 % y una prevalencia estimada de 5,9 % (prevalencia anual esperada para depresión según resultados del *Primer Estudio de Salud Mental - Medellín 2011-2012*). El diseño muestral seleccionado fue el probabilístico y multietápico, la muestra fue de 896 personas.

Para el caso de los adolescentes se consideró el grupo de 13 a 18 años y para la población adulta la comprendida entre los 19 y los 65 años, seleccionados a partir del marco muestral que comprende la totalidad de viviendas, ubicadas en los diferentes estratos socioeconómicos, en las seis comunas del municipio de Itagüí. El procesamiento se realizó en el programa SAS ® versión 9.0 y SPSS ® versión 21, el primero de obligatoria utilización para correr los algoritmos diagnósticos de los trastornos mentales, y el segundo se utilizó para el procesamiento general de la información.

Para la sección diagnóstica se aplicó el instrumento CIDI-CAPI, (*Composite International Diagnostic Interview*) (13) que es una entrevista altamente estructurada, diseñada para ser aplicada por entrevistadores legos, debidamente entrenados. La entrevista genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV).

Por su facilidad, se seleccionó para la aplicación la versión CIDI-CAPI (en lugar de la versión a papel y lápiz), la cual emplea un software instalado en minicomputadores evitando el uso del papel y disminuyendo, de esta forma, el tiempo para la digitación de la información, así como las inconsistencias y errores inherentes a la etapa de transcripción de la información a la base de datos. Igualmente, el programa utiliza arboles de decisión con base en la aplicación de algoritmos, lo que

ayuda a mejorar la calidad de la entrevista al facilitar la correcta aplicación por el entrevistador.

Se incluyeron 14 escalas de trastornos psiquiátricos y 22 escalas sobre factores de riesgo y protección. Las escalas de trastornos psiquiátricos incluyeron los siguientes grupos: trastornos de ansiedad, trastornos del ánimo, trastornos del inicio en la infancia, niñez y adolescencia, y trastornos por uso de sustancias psicoactivas.

Como fortaleza, el CIDI – CAPI incluye los algoritmos para la aplicación de los criterios diagnósticos de cada uno de los trastornos mentales estudiados, los cuales fueron el primer paso para el procesamiento de la información; seguidamente, se realizó la primera etapa del procesamiento mediante las técnicas de la estadística descriptiva clásica y luego se llevó a cabo el análisis univariado aplicado a todas las variables que constituyen los datos, 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 mentales según sexo, grupo poblacional y lugar de residencia considerados como ejes del análisis para el estudio, obteniendo en esta forma la estimación de las proporciones de prevalencia de vida y prevalencia del último año y el cálculo de los intervalos de confianza con 95 % para cada una de estas medidas.

El proyecto de investigación fue estudiado y aprobado en primera instancia por el Comité Operativo de Investigaciones de la Facultad de Medicina y en segunda instancia por el Comité Institucional de Ética de la Universidad CES.

RESULTADOS

Se estudiaron 896 personas, 44,5 % pertenecientes al sexo masculino y el resto al femenino.

Del total, 28,3 % pertenecía al grupo de adolescentes. Los grupos de edad presentaron una distribución armónica con relación al sexo. Según escolaridad, cerca del 50 % alcanzó el nivel de secundaria, seguido del 24,3 % con formación técnica y tecnológica. La afiliación al régimen de seguridad social que más se presentó fue al régimen contributivo con 67,6 % para el total de las personas y no se presentaron diferencias para cada uno de los regímenes según sexo.

Los estratos socioeconómicos que predominaron fueron el 2 y el 3; para la comuna 3 se presentaron viviendas con estrato 4 y la comuna con mayor proporción para el estrato más bajo fue la 6 con un 19,2 %.

El diagnóstico del comportamiento de los trastornos estudiados, presenta los siguientes hallazgos: el análisis por cada grupo de trastornos evidencia, para cualquier trastorno de ansiedad, que una de cada 10 personas lo ha sufrido en la vida, siendo más alta su prevalencia en el sexo femenino (17,7 %) que en el masculino. En cuanto a los trastornos del estado de ánimo, el 10,4 % (IC 95 % 8,4-12,9) de la población estudiada los presenta o ha presentado en cualquier momento. Este indicador es más alto para el sexo femenino con 11,6 % versus 8,9 % en el masculino; sin embargo, las diferencias no alcanzan a ser significativas. Para cualquier trastorno de inicio en la infancia, niñez y adolescencia el indicador de prevalencia de vida fue de 10,9 %, siendo más alto en los hombres que en las mujeres.

Los resultados para el indicador de cualquier trastorno por uso de sustancias incluyendo el alcohol, señalan que el 11,6 % (IC95 % 8,5-14,6) de la población estudiada los presentó o los ha presentado en cualquier momento de la vida. Esta frecuencia es casi el doble para el sexo masculino, con una prevalencia de 21,6 % (IC 95 % 15,3-28,0).

Al analizar la prevalencia de uno o más trastornos mentales durante la vida, se encontró que de cada 100 personas estudiadas, más de 22 los

han padecido y la razón por sexo fue de 1,3 mujeres por cada hombre.

Por grupo de trastornos, la prevalencia anual para cualquier trastorno de ansiedad fue de 8,8 %, siendo mayor en las mujeres que en los hombres con 10,8 % y 6,2 %, respectivamente. En cuanto a cualquier trastorno del estado del ánimo se presentó una prevalencia anual de 3,6 %, sin diferencias significativas por sexo. Para los trastornos de inicio en la niñez y la adolescencia el indicador fue más alto para el sexo masculino y para cualquier trastorno por uso de sustancias la prevalencia del último año fue de 4,8 % (IC 95 % 2,7-6,8), en forma concordante con el indicador de vida el comportamiento para el sexo masculino, con 11,1 % (IC 95 % 6,3-16,0) fue más alta. En general,

la prevalencia anual muestra que el 11,9 % de la población de estudio presentó cualquier trastorno mental en los 12 meses anteriores al estudio.

Al observar el comportamiento de los indicadores de prevalencia anual y las tendencias de los trastornos según adolescentes y adultos, las prevalencias entre los dos grupos son menores en adolescentes con relación a los adultos, para los trastornos de ansiedad: 9,1 % y 6,8 %, respectivamente; igual tendencia se observa para el grupo de trastornos del estado del ánimo, siendo en adolescentes 2,7 % y 3,7 % en adultos. Llama la atención la prevalencia de los trastornos por fobia social y el obsesivo compulsivo en los adolescentes, presentándose dos veces en comparación con los adultos.

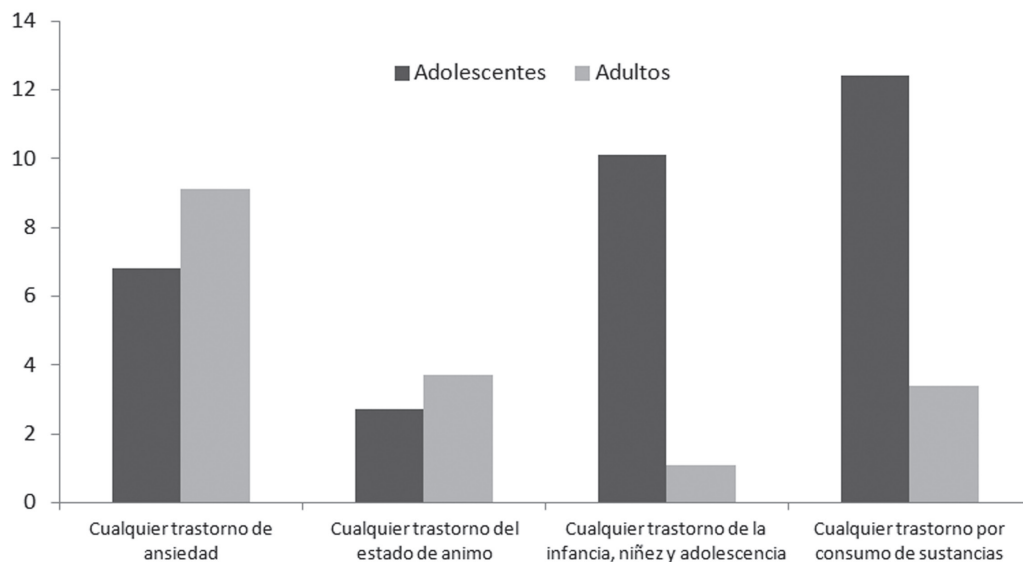


Gráfico 1. Comportamiento de los indicadores de prevalencia anual según grupo de trastornos mentales - adolescentes y adultos. Estudio de Salud Mental – Itagüí 2012

Según el gráfico 1, el análisis global permite concluir que se presenta una clara diferencia en el comportamiento de los trastornos, según los grupos de adolescentes y adultos, predominando los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia y cualquier trastorno por consumo de sustancias en el de adolescentes y los trastornos

de ansiedad y del estado del ánimo en el grupo de adultos.

Al analizar el comportamiento de la prevalencia anual como trastorno individual, en los adultos el de mayor frecuencia fue el estrés postraumático con 11,0 %, seguido por la depresión mayor con 9,2 %.

Como puede apreciarse en el cuadro 1, la mayor diferencia de proporciones para la prevalencia de vida entre los grupos de adolescentes y adultos se encontró con 6,7 % para estrés postraumático, seguida con 5,7 % para depresión mayor, siendo en ambos casos más altas en el grupo de adultos; por el contrario, es más alta la prevalencia anual para el trastorno por abuso de drogas en los adolescentes 12,8 % versus 6,3 % en adultos, con resultado similar para la diferencia de prevalencia de vida (11,2 % versus 1,7 %). Para los adolescentes ocupa el primer lugar el trastorno por abuso de drogas con 12,8 %, seguido por el trastorno negativista desafiante con 7,3 % y el trastorno de conducta con 5,5 %.

Las diferencias mayores para la prevalencia anual entre adolescentes y adultos se presentaron para los trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia. Para los adolescentes la prevalencia fue de 10,1 % y para los adultos 1,1 % o sea un adulto por cada 10 adolescentes, seguida por el trastorno de abuso de drogas con una diferencia de 9,5 % a favor del grupo de adolescentes.

En general, con relación al indicador de prevalencia anual para los trastornos por uso de sustancias se observó una preocupante situación con una prevalencia en adolescentes de 12,4 % versus 3,4 % para los adultos, casi cuatro adolescentes por cada adulto, concordante con su comportamiento al analizar el resultado de la prevalencia de vida (cuadro 1).

El territorio urbano del municipio de Itagüí está dividido en seis comunas, esta división se dio básicamente por reconocimiento territorial, sin aplicar los criterios socio económicos de la población. La zona norte del municipio se caracteriza por presentar un tejido urbano muy definido y una malla vial coherente (comuna 4), la zona centro es el sector tradicional del municipio y está organizada alrededor del parque principal (comunidades 1, 5 y 6) y la zona sur, la última en desarrollarse en el municipio, presenta una estructura

desordenada: se registran asentamientos piratas con crecimientos no planificados; unidades de vivienda cerradas que no permiten formar un tejido urbano; barrios generados por la industria con mejores niveles de organización, al igual que áreas industriales y de servicios que limitan las posibilidades de urbanización (comuna 2 y 3).

Al analizar el comportamiento de riesgo para cualquier trastorno mental por área geográfica, se divide en dos grandes grupos: con riesgo alto para trastorno mental en el último año en los residentes de las comunas 4, 5 y 6, en las cuales predomina el estrato medio-bajo, con una prevalencia que oscila entre el 9,8 % y el 14 % y con riesgo medio con una prevalencia menor a 9,8 % para los residentes de las comunas 1, 2 y 3 (en las cuales predominan los estratos medio y medio alto). Según comuna de residencia, no se presentaron grupos con riesgo bajo, ni muy alto para cualquier trastorno mental (mapa 1).

En el cuadro 2 se presentan los resultados por grupo de trastorno mental. Para los trastornos de ansiedad, el menor riesgo se presentó para la comuna 3, seguido de la 1. Con el más alto riesgo se encontraron las comunas 6 y la 4; la comuna 5 presentó un riesgo intermedio. Para los trastornos afectivos o del estado del ánimo, se comportaron según nivel de riesgo, bajo la comuna 3, medio la 1 y la 2 y muy alto las 4 y 5.

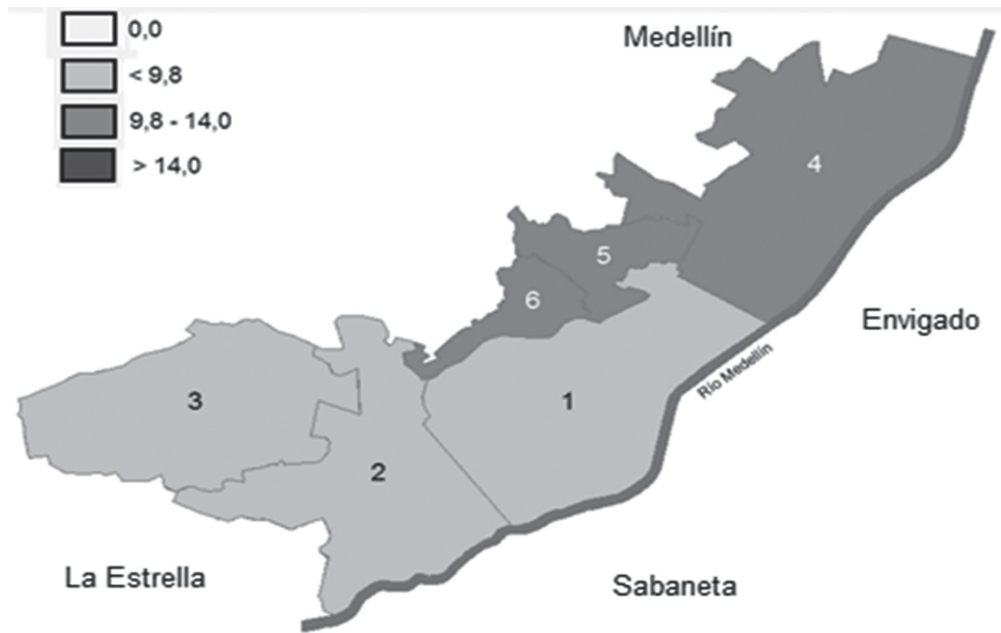
Para los trastornos de aparición en la infancia, niñez y adolescencia todas las comunas presentaron casos, las comunas 1 y 2 presentaron un riesgo bajo (menor a 1,0 %), el resto presentaron un riesgo alto con prevalencias (entre 1,0 % a 3,9 %).

Los trastornos por sustancias no registraron casos en la comuna 6, el mayor riesgo para las comunas 5 y 3, en la 2 la prevalencia fue de 0,7 % y en las demás las prevalencias presentadas fueron entre 1 y 2 % (cuadro 2).

Cuadro 1. Prevalencia de vida y anual (%) de trastornos mentales por grupo de adolescentes y adultos. Estudio de Salud Mental – Itagüí 2012

	En la vida		Último año	
	Adolescentes	Adultos	Adolescentes	Adultos
Trastornos de ansiedad				
Trastorno de pánico	0	0,3	0	0,3
Ansiedad generalizada	0	2,1	0	1
Fobia específica	4,9	7,5	4,6	4,8
Fobia social	3,8	2,2	3,8*	1,7
Agorafobia	0,2	0,5	0,2	0,3
Estrés postraumático	4,3	11	0,9	2,6
Ansiedad por separación	0	2,8	0	1,4
Obsesivo compulsivo	4,2	1,9	4,2	1,9
Cualquier trastorno de ansiedad	7,6	15,5	6,8	9,1
Trastornos del estado de ánimo				
Depresión mayor	3,5	9,2	1,5	2,9
Distimia	0	0,2	0	0,1
Bipolar I y II	1,5	2,1	1,2	0,9
Cualquier trastorno del estado de ánimo	4,9	11,4	2,7	3,7
Trastornos de inicio de la infancia, niñez y adolescencia				
Negativista desafiante	7,3	7,8	7,3	1,1
Trastorno de conducta	5,5	1,7	3,7	0,8
Déficit de atención	4,2	4,6	4,2	0,2
Cualquier trastorno de la infancia, niñez y adolescencia	11,9	10,7	10,1	1,1
Trastornos por uso de sustancias				
Abuso de alcohol	3,1	7,1	1,7	1,8
Dependencia de alcohol	0,5	3,7	0,5	0,7
Abuso de drogas	12,8	6,3	11,2	1,7
Dependencia de drogas	0,5	1,9	0,5	1,4
Cualquier trastorno por consumo de sustancias	14,7	10,9	12,4	3,4

* Los valores resaltados, significan que se encontraron diferencias entre los grupos



Mapa 1. Nivel de riesgo para cualquier trastorno, según comuna.
Estudio de Salud Mental – Itagüí 2012

Cuadro 2. Nivel de riesgo y prevalencia en el último año e IC 95 % de grupos de trastornos según área geográfica. Itagüí 2012

Comuna	Grupo de trastornos en el último año					Nivel de riesgo
	Ansiedad	Afectivos	Impulsivos	Sustancias	Cualquier trastorno	
1	3,9 (0,8 - 6,9)	2,0 (0,1 - 4,3)	0,2 (0,1 - 1,5)	1,0 (0,1 - 3,4)	7,2 (3,1 - 11,2)	Medio
2	5,5 (1,8 - 9,2)	1,8 (0,1 - 4,0)	0,9 (0,1 - 3,1)	0,7 (0,1 - 2,8)	6,6 (2,6 - 10,6)	Bajo
3	2,2 (0,1 - 4,5)	0,2 (0,1 - 0,9)	2,1 (0,1 - 5,3)	3,9 (0,1 - 8,3)	5,0 (1,5 - 8,5)	Bajo
4	9,7 (5,0 - 14,5)	3,7 (0,7 - 6,7)	1,5 (0,1 - 4,5)	1,9 (0,1 - 5,1)	10,6 (5,7 - 15,6)	Muy alto
5	6,5 (2,5 - 10,5)	5,0 (1,5 - 8,5)	2,3 (0,1 - 5,8)	4,3 (0,1 - 9,0)	9,8 (5,0 - 14,6)	Muy alto
6	9,9 (5,1 - 14,8)	4,5 (1,2 - 7,9)	2,5 (0,1 - 6,3)	0,0 (0,0 - 0,0)	11,5 (6,3 - 16,7)	Muy alto

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio brindan importante información sobre el comportamiento de los trastornos mentales en la población general del municipio de Itagüí, permitiendo contar con el diagnóstico actualizado y confiable, como base para la toma de decisiones y la orientación de las intervenciones más adecuadas según el nivel de riesgo de la población, dirigidas hacia los trastornos de mayor prevalencia; además, estos hallazgos podrán ser utilizados como línea de base para la evaluación de su impacto.

Dado el diseño muestral aplicado y la amplia aceptación que tuvo el estudio por parte de la comunidad, que dio como resultado lograr encuestar al 99 % del total de las unidades finales de muestreo, los resultados son generalizables al total de la población de 13 a 65 años residente en el área urbana del municipio de Itagüí. Los grupos de trastornos mentales con mayor prevalencia de vida fueron los de ansiedad y los del estado del ánimo, con resultados concordantes con los estudios que han aplicado la misma metodología, tanto en Colombia (10,14) como en otros países (10,15–18).

Con relación a los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, el 11,6 % de la población estudiada presenta o ha presentado en cualquier momento de la vida cualquier trastorno por uso de sustancias incluyendo el alcohol, frecuencia similar a la encontrada para Colombia (10) y el estudio de México e inferior a la de Brasil, Canadá y Estados Unidos (10,15–18) La frecuencia es casi el doble para el sexo masculino.

Este grupo de trastornos, ocupa el segundo lugar con relación a la prevalencia de vida, presentando una mayor problemática en hombres que en mujeres y en adolescentes que en adultos, lo cual genera un alto impacto en los ámbitos, social, económico y de salud. En los estudios ya citados que permiten comparar los hallazgos con varios países que aplicaron igual metodología que el

presente estudio (10,15–18), estos trastornos ocupan el tercer lugar para la prevalencia de vida. Es de anotar que nuestro hallazgo es concordante con el *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003* (10), en el cual ocuparon el segundo lugar.

Otro trastorno con elevada prevalencia fue el de ansiedad. En el presente estudio, el trastorno de ansiedad fue más frecuente para el sexo femenino; sin embargo, el trastorno obsesivo compulsivo se presentó con una mayor prevalencia anual para el masculino; hallazgo concordante con otros estudios que han reportando mayor prevalencia en los hombres, principalmente para los trastornos como la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo (19,20).

El tercer lugar como grupo, lo ocupan los trastornos del estado del ánimo. Según los resultados del estudio, cuatro de cada 100 personas presentan cualquiera de estos trastornos, con igual frecuencia por sexo, lo cual no concuerda con la literatura sobre el tema, en donde se informa una prevalencia mayor para las mujeres que para los hombres, principalmente para trastornos como la depresión mayor. El comportamiento en el presente estudio concuerda con los resultados de Colombia (10) y otros estudios (21,22).

La etapa de la vida en que este grupo de trastornos presentó las mayores prevalencias fue entre los adultos. Otros estudios han descrito el impacto de los trastornos del ánimo en los niños y adolescentes; con respecto a la morbilidad y mortalidad: algunos informan que a los 18 años alrededor del 14 % de las personas han experimentado este tipo de trastorno y en estudios realizados en los Estados Unidos los trastornos del ánimo se han diagnosticado como la segunda causa de morbilidad en niños con edades entre 10 a 14 años y el primer lugar en los adolescentes de 15 a 17, concluyendo que los trastornos de ánimo tienen una alta prevalencia de la infancia, niñez y adolescencia y presentan importantes repercusiones a largo plazo en la vida de quien los sufre (23,24).

Los principales determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud mental están relacionados con grandes problemas, entre ellos se destaca la pobreza. Las poblaciones que viven en circunstancias socioeconómicas de pobreza están en mayor riesgo de presentar problemas de salud mental, sufrir de depresión y gozar de un bienestar subjetivo inferior (25). Los hallazgos en el municipio de Itagüí, concuerdan con esta situación, al confirmar la mayor frecuencia para todos los trastornos estudiados, en las comunas que presentan una mayor situación de pobreza.

CONCLUSIONES

El estudio de salud mental en la población general de 13 a 65 años de Itagüí, realizado con la aplicación de la metodología del Estudio Mundial liderado por el Consorcio Harvard-OMS, le permitirá al equipo encargado de la formulación de políticas públicas y toma de decisiones, contar con el diagnóstico actualizado con la más alta confiabilidad, como línea de base y para la evaluación de las intervenciones tendientes a solucionar o mejorar la salud mental de la población.

Conflicto de interés y financiación:

Los autores confirman no tener ningún conflicto de interés. La financiación del estudio estuvo a cargo de la Secretaría de Salud del municipio de Itagüí y la Facultad de Medicina de la Universidad CES.

REFERENCIAS

1. OMS. Documentos básicos. 43. ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. 2007.
3. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8; 370(9590):841–50.
4. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004 Jun; 291(21):2581–90.
5. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun; 62(6):629–40.
6. Kessler R, Ustun T. *The WHO World Mental Health Survey: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University; 2008.
7. Spijker J, Graaf R, Bijl R, Beekman A, Ormel J, Nolen W. Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands mental health Survey and incidence study (NEMESIS). *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110(3):208–14.
8. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005; 34(4):506–14.
9. Pardo A G, Sandoval D A, Umbarila Z D. Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. 2004; 13:13–28.
10. Posada Villa J. *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 2003*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; Fundación FES Social; 2005.
11. Organización Mundial de la Salud. *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas, informe compendiado*. Ginebra.: OMS; 2004.



12. Torres de Galvis Y, Posada Villa J, Bareño Silva J, Berbesí Fernández DY. Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010; 39:14–35.
13. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, *et al.* Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2006;15(4):167–80.
14. The WHO World Mental Health Survey Consortium, Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental, Secretaría de Salud de Medellín. Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012. Medellín: Universidad CES; 2011.
15. The WHO World Mental Health Survey Consortium, Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental, Secretaría de Salud y Protección Social. Primer estudio poblacional de salud mental en población general, Itagüí 2012. Medellín: Universidad CES; 2011.
16. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002 Jul; 37(7):316–25.
17. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Jun; 62(6):593–602.
18. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ.* 2000; 78(4):413–26.
19. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, *et al.* Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica.* 2006 Apr; 126(12):445–51.
20. Wagner R, Silove D, Joukhador J, Manicavasagar V, Marnane C, Kirsten LT, *et al.* Characteristics of the first 1000 clients attending an anxiety clinic in South West Sydney. *Australian Journal of Psychology.* 2005 Dec; 57(3):180–5.
21. Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009 Feb; 37(1):49–53.
22. Nieto-Moreno M, Gimeno Blanco P, Adán J, García-Olmos L, Valle J, Chatterji S, *et al.* Applicability of the ICF in measuring functioning and disability in unipolar depression in primary care settings. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006 Dec; 34(6):393–6.
23. Lasky T, Krieger A, Elixhauser A, Vitiello B. Children's hospitalizations with a mood disorder diagnosis in general hospitals in the United States 2000-2006. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2011;5:27.
24. Farias AC de, Cordeiro ML. Mood disorders in children and adolescents: update for pediatricians. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2011 Aug; Available from: <http://www.jped.com.br/Redirect.aspx?varArtigo=2210>
25. Hosman CMH, Jané Llopis, Saxena S, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Prevention Research Centre (Netherlands). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report. Geneva: World Health Organization; 2004.