



Resultados del **TAMIZAJE** EN SALUD MENTAL

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 2009-2010



SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Antioquia para todos.
Manos a la obra!

A white silhouette of the map of the Department of Antioquia, Colombia, centered on a white background. The map shows the characteristic shape of the region, including its northern and southern extensions.

**Resultados del
TAMIZAJE
EN SALUD MENTAL**

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 2009-2010

LUIS ALFREDO RAMOS BOTERO

Gobernador de Antioquia

CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR

Secretario Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

JORGE ALBEIRO VALENCIA CARDONA

Sub Secretario Seccional de Salud y
Protección Social de Antioquia

HÉCTOR MANUEL QUIRÓS ARANGO

Director Atención a las Personas

DORA MARÍA GÓMEZ GÓMEZ

Referente Proyectos Salud Mental – SSSA

Esta publicación se realizó en los marcos
de los Contratos Interadministrativos
2009SS160170 - 2010SS160292 DSSA - ESE HOMO
2009SS160128 - 2010SS160293 DSSA - ESE CARISMA
ISBN 978-958-99689-4-9

Primera edición: Septiembre 2011
Impreso y hecho en Medellín, Colombia

Para efectos educativos se autoriza la reproducción
parcial o total del material previa consulta y
autorización escrita de los editores y de la
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.



SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Antioquia para todos.
¡Manos a la obra!

EQUIPO DE TRABAJO

Dora María Gómez Gómez

Referente Proyectos Salud Mental – SSSA

Marina Hincapié Rivera

Contratista, SSSA-HOMO para los Proyectos de Salud Mental

Cecilia María Martínez Delgado

Epidemióloga Contratista, SSSA-HOMO

Carolina Salas Zapata

Epidemióloga Contratista, Secretaría de Salud de Medellín

Liliana María Cardona Escobar

Gerente de Sistemas de Información en Salud

Contratista, SSSA-HOMO

Ana María Castañeda Cárdenas

Gerente de Sistemas de Información en Salud Contratista, SSSA-HOMO

Ximena Alexandra Ríos

Epidemióloga Contratista, SSSA-CARISMA

Carolina Cuesta Hincapié

Auditora de Calidad Contratista, SSSA-CARISMA

ASESORÍA TÉCNICA

María Vilma Restrepo Restrepo

Médica, Magíster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental

Mónica Schnitter Castellanos

Psicóloga, Magíster en Psicología Clínica

ASESORÍA ESTADÍSTICA

Luis Gonzalo Álvarez Sánchez

Bsc. Estadístico. Mgs. Epidemiología

REVISIÓN Y AJUSTES

Aura Ruiz Granada

Médica, Magister en Salud Mental

Juan Alexander Escobar Rincon

Médico-Psiquiatra

Marina Hincapié Rivera

Contratistas, SSSA-HOMO para los Proyectos de Salud Mental

EQUIPO DE CONTRATISTAS PARA SALUD MENTAL DEPARTAMENTAL

Adriana María Mora Londoño

Ana María González Restrepo

Beatriz Guerrero Zuluaga

Beatriz Eugenia Jiménez Gómez

Clara Olga Espinosa Correa

Claudia Rodríguez Torres

Diana Lucy Durán Montoya

Erika María Zapata

Gloria Cecilia Cardona Ríos

Leonor Marina Restrepo Cadavid

Luis Humberto Rúa Yepes

Luz Adriana Moncada Carvajal

Nelsy Yaneth Ospina Díaz

Olga Patricia Granda Atehortúa

Oscar Fernando Oquendo Morantes

Oscar Alberto Rubio Henao

Paula Andrea González Vega

Paola Andrea Salazar Hoyos

Peter Alexander Muñoz Villa

Vanessa Azula Aristizábal

RECOLECTORES DE INFORMACIÓN

Contratistas municipales

DIGITADORES

Henry López Jiménez

Profesional Universitario SSSA

Olga Lucía Sanín Correa

Nayra Andrea Díaz Restrepo

David Llano Posada

Apoyo Logístico, Contratistas para

Salud Mental Departamental

Juan Camilo Arango Puerta

Diseño de software, Contratista para

Salud Mental Departamental

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Albeiro Ospina Patiño

Isabel González Vega

CORRECCIÓN DE ESTILO

Verónica Jiménez Serna

CONTENIDO

GLOSARIO DE TÉRMINOS	8
RESUMEN	12
INTRODUCCIÓN	16
PROBLEMÁTICA DEL ESTUDIO	20
MARCO DE REFERENCIA	26
Definición y aplicaciones de un estudio de tamizaje	27
Concepto de Salud Mental	27
Antecedentes epidemiológicos de salud mental en el mundo, Colombia y Antioquia	31
Instrumentos utilizados en el Tamizaje y precisión de las problemáticas estudiadas	35
OBJETIVOS DEL TAMIZAJE EN SALUD MENTAL	52
General	53
Específicos	53

MATERIALES Y MÉTODOS	54
Población de interés	55
Tamaño de la muestra	55
Población y muestra para Medellín	56
Selección de participantes, excepto Medellín	57
Instrumentos aplicados	58
APGAR Familiar	58
Cuestionario de Calidad de Vida QLi-Sp	58
Cuestionario de Síntomas de Trastornos Mentales (SRQ)	59
Cuestionario de Síntomas para Niños-Niñas (RQC)	60
Control de sesgos	60
RESULTADOS	62
Análisis general de la muestra obtenida	63
Análisis de salud mental del departamento de Antioquia	69
Análisis de funcionamiento familiar (APGAR de familia)	69
Sintomatología de Trastornos Mentales del Adulto (SRQ)	70
Análisis del Cuestionario de Calidad de Vida QLi-Sp	74
Análisis de sintomatología de trastornos relacionados con salud mental en niños y niñas según el instrumento RQC (Reporting Questionnaire for Children)	75
Resultados del tamizaje por subregiones y municipios	76
Resultado del tamizaje de niñas y niños en situación de desplazamiento de los padres o madres	138
Problemas de Salud Mental en niños y niñas en condición de desplazamiento ..	140
Resultado del tamizaje en las personas en situación de desplazamiento	144
Resultados del tamizaje en población indígena encuestada y análisis de los datos	153
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	164
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	170
ANEXOS	174
Escala para medir funcionalidad familiar según la percepción de un individuo (APGAR familiar)	175
Índice de calidad de vida (QLI-Sp)	176
SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982 Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.....	176
Cuestionario de síntomas para niños RQC	178
Consentimiento Informado para Tamizaje en Salud Mental	178
BIBLIOGRAFÍA	182

Glosario de Términos



Caso de salud mental: Se refiere a la persona que obtiene un puntaje positivo según criterios de clasificación del instrumento establecidos en el Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria¹.

Calidad de vida: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la manera en que el individuo, de acuerdo a su entorno cultural y su sistema de valores, tiene relación con los objetivos, criterios y expectativas así como su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

Remisión: Según el Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria se refiere al envío al servicio médico de un “caso”, realizado por un trabajador de atención primaria en salud, en la cual se capta sintomatología de alguno de los trastornos mentales que mide dicho instrumento.

Screening o Tamizaje: La Organización Mundial de la Salud (OMS), define tamizaje como “el uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología²”. Sin embargo en este estudio se prefiere destacar que es una medición rápida, fácil de realizar, que evidencia síntomas de fenómenos, en este caso, relacionados con el proceso salud-enfermedad mental.

Confiable: Una de las características técnicas que determinan la utilidad de los resultados de un instrumento de medición es su grado de reproducibilidad, se refiere al hecho de que los resultados obtenidos con un instrumento en una determinada ocasión, bajo ciertas condiciones, deben ser similares si se vuelve a medir el mismo rasgo en condiciones idénticas³.

Sensibilidad de un test o prueba diagnóstica: Es la capacidad de un examen, de un instrumento o de una prueba para detectar las personas con la presencia de una determinada enfermedad.

Especificidad de un test o prueba diagnóstica: Es la capacidad de un examen, de un instrumento o de una prueba para detectar las personas sanas.

Trastorno Mental (TM): Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además este síndrome no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular⁴.

Evaluación especializada: Es un término utilizado en el Manual de Atención Primaria en Salud Mental que indica la necesidad de remitir el o la paciente a un profesional de medicina o según su criterio a un profesional de psiquiatría⁵.

Calidad de vida: La calidad de vida es uno de los componentes de la salud mental que se relaciona con el aspecto de bienestar percibido por una persona respecto a diferentes aspectos de su experiencia de vida; para su medición no se tiene una unidad específica y con valor universal. Se define el bienestar en términos de la satisfacción de necesidades que pueden ser determinadas por los mismos individuos. De acuerdo a esta visión, la dimensión que es meta última del desarrollo social no concierne a rasgos objetivos de calidad de vida, sino en el bienestar subjetivo de las personas en términos de satisfacción y felicidad. De ahí que la conceptualización de calidad de vida sea operacionalizada primariamente por indicadores sociales subjetivos⁶.

Acciones colectivas: Son intervenciones contenidas en el Plan de Salud Pública, normatizado en el Decreto 3039 de 2007 contenido en diario oficial, año CXLIII. n. 46716. 10, agosto, 2007, Pág. 8 del Presidente de la República de Colombia, sin que se especifiquen su modelo ni sus contenidos.

Atención Primaria en Salud (APS) en Salud Mental: Se refiere a la estrategia propuesta por la OMS con el fin de conseguir unos sistemas de salud más equitativos, integradores y justos⁷, fortaleciendo el primer punto de contacto del o la usuaria con el sistema y responsabilizando a éste de todas las dimensiones de la atención, esperando que los proveedores de servicios manejen directamente o por remisión a otros niveles una serie completa de intervenciones para mejorar el estado de salud, incluyendo la salud mental. El componente de salud mental en la atención primaria en salud hace que esta atención sea realmente un paquete integral de servicios y logra de mejor manera los resultados que se buscan en este campo. Se espera que los proveedores de atención en salud mental en APS, ofrezcan servicios para detectar y modificar comportamientos de riesgo, así como problemas y trastornos de salud mental tanto agudos como recurrentes y crónicos mientras toma en cuenta las cambiantes condiciones de vida, las circunstancias sociales y los contextos ambientales de los individuos y las poblaciones. Mientras no exista una estrategia de APS real, el primer nivel de atención (del Sistema General de Seguridad Social en Colombia) tendrá dificultades para atender las demandas por los diversos problemas en salud mental⁸.



Resumen

El acceso a diversos servicios de salud mental, para que las personas sean efectivamente diagnosticadas, tratadas, referidas y continúen el seguimiento necesario, es tal vez uno de los retos importantes que tienen los prestadores de servicios de salud en las próximas décadas si se reconoce que estaremos ante una pandemia en poco tiempo.

Para la atención de los pacientes que lo solicitan, es necesario que las entidades territoriales reconozcan que los problemas de esta índole deben ser debidamente caracterizados, y a partir de estos resultados, sensibilizar a los decisores políticos, planificadores y prestadores de servicios, que permitan orientar estrategias acerca de la necesidad de invertir recursos y de realizar acuerdos políticos en beneficio del mantenimiento de la salud mental, de tal manera que la ruta de atención brindada sea la más pertinente.

Los estudios de prevalencia y los tamizajes sobre un problema de salud, se constituyen en uno de los pasos más importantes en la planeación de estos servicios, puesto que ellos permiten reconocer la magnitud de las necesidades y algunos factores relacionados; aunque no existe un modelo específico que pueda aplicarse en todos los países, se han diseñado y validado diversos instrumentos bien para captar su presencia, o al menos alguna sintomatología en poblaciones vulnerables.

Durante finales del año 2009 y comienzos del 2010, se recolectó información de los municipios del departamento de Antioquia, en hogares seleccionados de manera aleatoria, entrevistando personas adultas, y sus respectivos hijos, hijas en caso de que los tuvieran. La muestra total fue de 45.876 individuos de ambos sexos, entre 18 y 60 años de edad, procedentes del área urbana y del área rural que distara no más de una hora de la cabecera municipal, así como 15.186 niños de ambos sexos entre 5 y 15 años de edad. No participaron dos municipios y a otra localidad se excluyó de la muestra por compromiso ético.

El funcionamiento familiar fue medido con el APGAR familiar; analizados los resultados de esta encuesta, el 42.7% de las personas encuestadas reveló mal funcionamiento familiar. Los síntomas de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad fueron medidos con el SRQ y el 14.2% de los entrevistados presentó una puntuación desfavorable. Los síntomas de psicosis mostraron una alta puntuación (81.3%), incluso por encima de otras sintomatologías, datos que son importantes de corroborar mediante la aplicación de otros tests. El consumo problemático de alcohol, fue del 27.2%. No obstante los datos referidos a sintomatología de problemas de salud mental, la percepción de calidad de vida, valorada mediante el QLi-Sp, tuvo una puntuación favorable (por encima de 80

puntos sobre 100 de manera global).

La sintomatología de los niños y niñas fue medida mediante el RQC; el 51.7% presentó síntomas compatibles con trastornos del desarrollo.

Este tamizaje podrá ser una referencia para establecer tendencias en las problemáticas medidas, si se utilizan estos instrumentos como referencia para futuros estudios en la misma población; igualmente se podrán establecer comparaciones al analizar las variables para la población desplazada, ya que ésta ha sido estudiada parcialmente por otros, pero se sabe que Antioquia es el departamento colombiano con mayor proporción de población en esta condición (45% según CODHES, Sistema de Información sobre Desplazamiento y Derechos Humanos, 1997), además de que esta población tiene una mortalidad seis veces mayor que el promedio nacional.

Introducción



Los trastornos mentales y del comportamiento son un conjunto de síntomas agrupados en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), en el Capítulo V; se identifican con las letras y números desde F00 hasta F99. La Organización Mundial de la Salud define a estas entidades como “una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales⁹”.

Las trastornos mentales afectan a millones de personas en el mundo y constituyen un grupo de entidades que se manifiestan de tal manera, que muchas veces pasan desapercibidas; su evolución posterior puede o no complicar la situación de una persona en caso de no identificarse tempranamente; así mismo, las falencias en su tratamiento crean una enorme carga de sufrimiento, discapacidad y pérdida económica. A pesar de los avances exitosos en el tratamiento de estos trastornos, solo una pequeña minoría de los afectados recibe tratamiento básico. La integración de los servicios de salud mental en la atención primaria es la mejor estrategia para disminuir la brecha en la desigualdad en el acceso a servicios en este campo².

Para el desarrollo de políticas y de legislación en esta materia, adecuadas a cada país, se requieren una serie de pasos; el primero de ellos, según la OMS, es obtener información fiable sobre los trastornos mentales en todo el país y también sobre las distintas variaciones entre regiones y grupos de población³. Colombia cuenta con un sistema de información en salud que fluye desde las instituciones prestadoras de servicios de salud hasta las direcciones locales de salud, y de éstas hacia las departamentales o seccionales y luego al Ministerio de la Protección Social; dicho flujo de información debe tener como característica su precisión, validez y análisis continuo, para que los sistemas de vigilancia epidemiológica, tengan la importancia que ameritan pues podrán dar cuenta del comportamiento y tendencias de las problemáticas psiquiátricas y/o psicosociales.

En materia de salud mental en Antioquia hay estudios realizados por el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, indicativos de que la problemática de salud mental, es de magnitud considerable^{10, 11 4-6}. El Tamizaje de Salud Mental en los Municipios de Antioquia, realizado entre noviembre del 2009 y marzo de 2010, es un punto de acercamiento, aunque no de diagnóstico, a dicha problemática. En la línea de políticas para “la promoción de la salud y la calidad de vida”, respondiendo a la evidencia detectada en la “Línea de base de 2008 para salud mental” sobre un importante número de municipios antioqueños sin datos acerca de salud

mental y como parte de las actividades establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública, en el Decreto 3039 de 2007 y en la Resolución 425 de 2008, se sugiere la ejecución de tamizajes dirigidos a obtener información precisa para la toma de decisiones.

Los estudios poblacionales de salud mental, incluyendo el de Colombia en el 2003, han utilizado el instrumento CIDI de la OMS que proporciona información sobre 17 diagnósticos principales y seis secundarios, pero su aplicación puede tomar entre 30 minutos y 3 horas¹². Por esta razón se decide realizar un tamizaje de salud mental departamental utilizando diversos instrumentos, sacrificando mayor amplitud en los diagnósticos, con el fin de obtener una información rápida, útil y adecuada a los recursos existentes. La información existente se complementará con este rastreo poblacional de síntomas psiquiátricos y factores de riesgo para problemas de salud mental que incluye: algunos trastornos mentales, condiciones de riesgo y funcionalidad familiar.

El tamizaje utilizó una serie de pruebas aplicadas a una muestra representativa del Departamento, que se enfocan en identificar sintomatología de posibles trastornos mentales en concordancia con lo que pretende cada uno de los instrumentos seleccionados; precisamente es una de las limitaciones de cualquier escala con la que se intenta medir algún fenómeno, algunos por falta de claridad en su validación o por ser sensibles pero no específicos; en consecuencia requieren de la utilización de otros instrumentos para profundizar en el análisis, de tal manera que se logre obtener un diagnóstico acertado, evidenciando con mayor precisión la presencia de una patología psiquiátrica.

Los instrumentos aplicados fueron seleccionados de un compendio enviado por el Ministerio de la Protección Social, que sirven para medir diversos problemas y fenómenos de salud mental, empleando el criterio de problemas “menores”, “mayores” o de gran impacto para la salud de las personas. Los problemas que miden los instrumentos seleccionados son aquellos que se consideraron prioritarios para la intervención en salud mental.



Problemática del Estudio

La salud mental es “un campo complejo, un bien colectivo e individual, de naturaleza simbólica, emocional y relacional, un bien deseable que contribuye al desarrollo humano y social y que hace posible los derechos. El campo de la salud mental está constituido por las formas en que las personas significan la realidad y cómo ella incide en los modos de relación y resonancia emocional; la modificación de aquello que requiera ser modificado para que sea posible una vida con el ejercicio de los derechos como eje¹³”; lo anterior implica una significación para el trabajo de los agentes de salud y bienestar, ya que es a éstos a quienes compete intervenir para modificar algunas situaciones de la vida (específicamente lo que se refiere al proceso salud/enfermedad) para hacer posible el derecho a la salud en aquellos que la pierden o que podrían perderla.

El campo de la salud mental incluye tanto lo explícito de la definición anterior, como lo implícito o no dicho: aquellas significaciones de las problemáticas del campo, espacio donde se ubican los trastornos mentales y otras problemáticas psicosociales que afectan la relación y la vida emocional.

A pesar de los avances en neuropsiquiatría, psicología y otras ciencias sociales, los sistemas de salud no han evolucionado al mismo ritmo, dando prioridad a otras patologías mejor estudiadas, desde el punto de vista de la salud pública, destinando menos recursos para la población afectada por estos problemas; de hecho, “no existe una legislación sobre salud mental en el 25% de países, que aglutinan casi el 31% de la población mundial. En un 50% de los países, las leyes relativas a salud mental fueron aprobadas después de 1990, mientras que en el 15%, la legislación sobre salud mental se remonta a antes de 1960, época en la que la mayoría de los tratamientos actuales no estaban disponibles. (Organización Mundial de la Salud, 2001)¹⁴”.

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia ha venido monitoreando los problemas de salud mental desde dos fuentes de información: del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) y de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). De estos últimos, la población atendida en niveles de baja complejidad, así como en las instituciones psiquiátricas, mostró una demanda de atención en salud mental por trastornos afectivos, seguida de la esquizofrenia. Las líneas de base realizadas entre 2006 y 2009, reflejan un comportamiento de la morbilidad que oscila entre el 1.9% y el 2.4% anual con respecto al total de consultas realizadas en los diferentes servicios de las IPS. Durante el 2009 los pacientes atendidos por consulta externa, fueron 11.155 en todo el Departamento, de los cuales el 31.8% correspondieron a trastornos de humor (afectivos); se hospitalizaron 4486 personas por la misma causa, en segundo lugar estuvo la esquizofrenia; en los servicios de urgencias se atendieron en el mismo año,

1301 personas diagnosticadas con trastornos mentales y del comportamiento.

En el SIVIGILA departamental, de 2009, se notificaron 3.651 casos de violencias, con una tasa de 61 por cien mil habitantes, estos datos corresponden a 27 casos de abandono, 531 de abuso sexual, 133 de negligencia, 2237 de violencia física, 469 de violencia psicológica y 254 de violencia sexual. Así mismo fueron reportados por este medio, 72 casos de suicidio, representando una tasa de 1.22 casos por cada 100.000 habitantes. Otros asuntos no menos graves fueron 2.389 intentos de suicidio y 139 accidentes por minas antipersonales. En el caso de las violencias en el país es necesario anotar que existe un gran subregistro por lo que las cifras mencionadas corresponden a las demandas de servicios y a las notificaciones judiciales.

En 2008, se realizó la línea de base sobre la “inclusión del componente de salud mental en los planes territoriales de salud”. El 30.4% (38) de las direcciones locales de salud, afirmaron tener diagnóstico de salud mental y 36.8% (46) informaron tener programa de salud mental en su municipio; el 34% (42) realizó programas de prevención de las patologías mentales. El 20% (25) de los municipios dicen tener “Red de Promoción de la Salud Mental”. Participan en dicha red, todas las instituciones municipales de educación, eclesiásticas, comisarías de familia, direcciones locales de salud, empresas sociales del estado y organizaciones no gubernamentales, entre otras¹⁵.

Los servicios de psicología se encontraron en el 48.8% (61) de las localidades, la labor de este recurso humano estuvo centrada en acciones colectivas dirigidas a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Además se encontraron cuatro médicos Psiquiatras, dos en la Subregión Oriente y dos en Valle de Aburrá (Tabla 1). (SSSA. Proyectos de salud mental. Línea de base de Trastornos mentales y del Comportamiento. Antioquia. 2008).

RECURSO HUMANO INSTITUCIONAL	REGIÓN									
	Bajo Cauca	Magdalena Medio	Nordeste	Norte	Occidente	Oriente	Suroeste	Urabá	Valle de Aburrá	Total General
Psiquiatra	0	0	0	0	0	2	0	0	2	4
Psicólogo (a)	4	1	4	5	8	20	7	0	3	52
Médico (a) general	2	0	4	6	5	12	4	1	1	35
Enfermera (o)	2	0	4	6	5	10	3	1	0	31
Auxiliar de enfermería	3	0	3	6	5	11	4	2	0	34
Trabajador (a) Social	3	1	0	2	2	3	1	1	2	15
Promotor (a) Social	1	1	0	4	1	1	2	0	0	10
Terapeuta ocupacional	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Otros	0	1	2	0	1	5	1	0	1	11
Total Regional	15	4	17	29	27	65	22	5	9	193

Tabla 1. Distribución del recurso humano para atención a problemas de Salud Mental. Departamento de Antioquia, 2008.

Fuente: SSSA. Encuesta línea de base. Antioquia, 2008.

No hubo suficiente claridad sobre las camas hospitalarias destinadas al manejo de pacientes con trastorno mental; lo que se puede deducir de la información recopilada, es que si se presenta este tipo de problemas, se destinan camas para su manejo³.

Algunos de los problemas de salud mental podrían atenderse en niveles locales; sin embargo, el desconocimiento del manejo, las condiciones inapropiadas para la atención o la inexistencia de personal calificado, obligan a la remisión a un nivel de atención de mayor complejidad, es una de las conclusiones a las que se llegó con dicha línea de base.

Este panorama permite observar la necesidad de un mayor posicionamiento del tema de salud mental en el departamento de Antioquia, que requiere de esfuerzos permanentes, porque la problemática social de los últimos veinte años, está mostrando sus efectos en la salud de las personas; en la medida en que se logre identificar de manera temprana los riesgos de presentar trastornos, permitirá evitar situaciones de crisis que pueden acarrear la muerte en muchos de los casos, o contener, de alguna manera, el sufrimiento

humano que produce el agotamiento de la capacidad de solución de los problemas, incluso cotidianos.

Siguiendo las directrices de la Resolución 0425 de 2008 y atendiendo la necesidad de documentar más ampliamente las tendencias de algunas de las problemáticas de salud mental en la población antioqueña y para argumentar el mantenimiento y mejoramiento de las propuestas de intervención, se realizó el Tamizaje de Salud Mental que a continuación se presenta. Aspectos como estos llevan también a recurrir a estudios de este tipo, para seguir documentando la pertinencia y urgencia de continuar promoviendo la ampliación de los servicios en materia de salud mental integral en el departamento de Antioquia.

Marco de Referencia



Definición y aplicaciones de un estudio de tamizaje

Un tamizaje es un procedimiento que detecta personas en riesgo de sufrir un evento o de presentar un trastorno, con el propósito de evaluarlas a profundidad y facilitar su tratamiento oportuno.

Es un procedimiento sencillo basado en instrumentos o cuestionarios validados (reproducibles en diferentes situaciones con resultados semejantes). La Organización Mundial de la Salud señala que la base para comparar los eventos de salud mental son los síntomas “o conductas que llaman la atención del observador”.

Producto de un estudio de tamizaje se obtienen acercamientos a diferentes realidades que pueden marcar tendencias en ausencia de otros estudios, y que no reviste la característica de un estudio diagnóstico; eso sí, se reconoce el valor como herramienta para la detección de problemas, una de las prioridades en salud pública. “Existen muchos factores que pueden incidir en el fenómeno de la poca detección de trastornos: los pacientes reportan solamente los síntomas somáticos en los escenarios médicos, los profesionales no indagan los síntomas afectivos y cognitivos, no se dispone de recursos para realizar evaluaciones, la corta duración de la consulta en los sistemas de salud, la creencia de que ciertos estados de ánimo son normales o apropiados en ciertas situaciones”, sumado al desconocimiento de los diagnósticos psiquiátricos y problemáticas psicosociales que ameritan intervención¹⁶.

Las pruebas utilizadas para un tamizaje deben tener como característica su valor predictivo, la rapidez y facilidad de su aplicación, además no es necesario un personal de la disciplina para la toma de la información. Como no tiene un valor diagnóstico, su utilidad más importante es la detección temprana, para una remisión oportuna y un tratamiento eficaz.

Concepto de salud mental Salud mental: diversidad y complejidad

La revisión del concepto de salud mental, sus definiciones e implicaciones es una tarea extensa y compleja. No una, sino múltiples, diversas y ricas conceptualizaciones son posibles y deseables. Por supuesto que al contextualizarlas, argumentarlas y co-construirlas se puede aproximar a las visiones comprensivas que posibiliten las

intervenciones en su sentido más amplio, en la apuesta por su promoción.

El documento Propuesta para una Política para el Campo de la Salud Mental del Ministerio de Protección Social (2007) explica que al considerar la salud mental desde una perspectiva de derechos, deberes y de desarrollo y no sólo de atención, implica ampliar el concepto de objeto de atención; sin embargo, es evidente que este campo debe ser intervenido, para no perpetuar los problemas que agobian a las comunidades, tales como las violencias, las condiciones de inequidad y las que interfieren con el desarrollo y la superación de la pobreza¹⁷.

Considerar entonces, la salud mental desde el marco de los derechos y del desarrollo, y trascender una visión estrictamente asistencial centrada en los trastornos, supone aceptar que la salud mental es una fuerza transformadora que impulsa y ayuda al desarrollo, al ejercicio y garantía de los derechos, contribuye a la solución de los problemas del país (conflicto armado y sus secuelas, desastres, pobreza extrema) y mitiga el sufrimiento derivado de las vicisitudes de la vida cotidiana y de situaciones específicas (discapacidad, deterioro de las condiciones sociales y personales) pero además posibilita la atención de estos problemas y trastornos por diversas metodologías disponibles en el momento histórico. La salud mental es una fuerza que opera con las potencialidades y recursos de los territorios y sus habitantes, y a partir de sus necesidades y expectativas¹⁸.

El contexto propicio para las acciones orientadas a la promoción de la salud mental es la Ley 1122 de 2007, la cual establece que éstas deben ser incluidas en el Plan de Salud Pública, al igual que las acciones conducentes al tratamiento de los trastornos mentales de mayor prevalencia y la prevención de la violencia, el maltrato, el consumo de sustancias y el suicidio¹⁹.

Además de lo normativo, el país viene construyendo una política de salud mental, cuya versión de 1998²⁰ es la vigente, pero los avances para mejorar ésta se han divulgado en el 2005 y en 2007; ésta última propuesta concibe la salud mental como un campo complejo, “el campo de la salud mental”, en el que diferentes fuerzas configuran y hacen posibles y significativas diversas formas de bienestar o malestar emocional y de relación de los ciudadanos. La salud y el trastorno mental no son conceptos contrarios, son configuraciones distintas de un proceso bidireccional lo cual explica porque se puede carecer de salud mental sin tener una patología mental.

La salud mental, según lo propuesto en 2007, es una construcción dinámica y multidimensional determinada y determinante, es a la vez fin, medio y producto. Un fin como bien, un medio para el desarrollo individual y colectivo, el incremento de

capitales y el ejercicio de los derechos y un producto de lo que ella misma ha contribuido a desarrollar, incrementar y garantizar. Constituye una fuerza transformadora que contribuye a modificar condiciones y situaciones de vida, a partir de acciones orientadas a cambiar e incrementar los capitales simbólicos, culturales y sociales, los cuales inciden también en el capital económico, generando en conjunto mayor capital global y desarrollo humano y social.

El Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad de Antioquia propone la salud mental como “un campo del conocimiento donde se estudian los orígenes e intervenciones de problemas del comportamiento humano y de su desarrollo, tales como los trastornos mentales, definidos por la psiquiatría, así como las problemáticas psicosociales, identificadas de forma diversa por las disciplinas; igualmente este campo se interesa por reconocer los determinantes del bienestar humano ligados con la satisfacción individual y la aceptación social²¹”.

Este concepto se puede apreciar en la siguiente gráfica donde aparecen los componentes del campo de la salud mental expresados como áreas dinámicas que se entrecruzan y que intentan llenar el campo del imaginario de la salud mental “ideal” o deseable y los límites de los sectores que colaboran para su obtención. Estas áreas representan tanto los campos del trastorno mental como los problemas psicosociales rodeados por la presencia, o no, de los determinantes de la salud mental.

CAMPO DE LA SALUD MENTAL

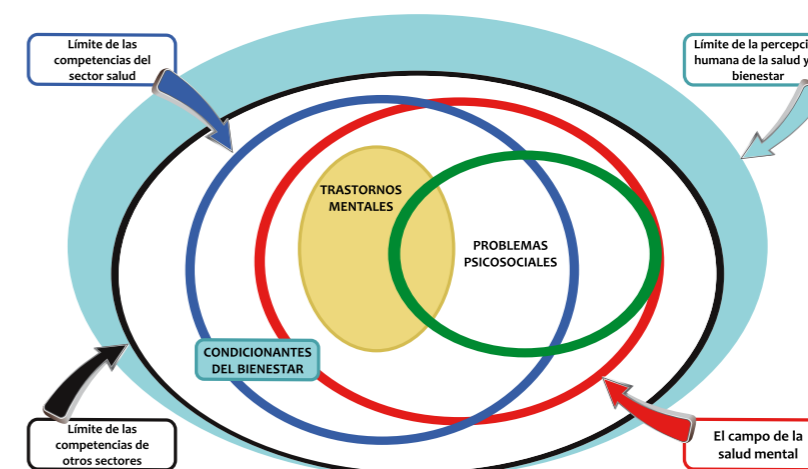


Figura 1. Definición de salud mental como un campo del conocimiento para la resolución de problemas y la promoción del bienestar humano. (Restrepo V. Ruiz A., 2008).

Si se tienen en cuenta los anteriores planteamientos sobre salud mental podría adaptarse gráficamente para el trabajo del tamizaje en el departamento de Antioquia, otro esquema al incluirse los tres momentos del proceso de la salud mental desde lo normal a lo patológico y desde la conceptualización de sus componentes a la intervención; los factores psicosociales y los determinantes de la salud mental son elementos que se adicionan al concepto de la política nacional y que se repiten en diferentes momentos ya que en este campo los problemas psicosociales no son vistos solo como factores de riesgo para el trastorno mental sino como objeto de intervención y asuntos que merecen la aplicación de tecnologías y normalización para su intervención:

NIVEL DE LO NORMAL A LO ANORMAL	DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL	FACTORES DE RIESGO (PROBLEMAS PSICOSOCIALES)	TRASTORNOS MENTALES (PROBLEMAS PSICOSOCIALES)
PROCESOS SALUD A ENFERMEDAD	NORMALIDAD	RIESGO PARA LA SALUD MENTAL	PROBLEMAS DE SALUD MENTAL
MODIFICACIÓN O INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL	PROMOCIÓN DE LA SALUD	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD O DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

Figura 2. Modificación del concepto de salud mental basado en el que se propone como campo de la salud mental.

Este anterior esquema amplía la perspectiva para la comprensión del campo de la salud mental ya que inserta el elemento de la intervención de los problemas de salud mental no solo en cuanto al riesgo de trastorno mental como último peldaño de lo no deseable e incluye los problemas psicosociales, aunque en este campo existe una discusión sobre las implicaciones de incluir estos problemas (comunes a todos los seres humanos) y considerarlos como objeto de atención para el tratamiento y la rehabilitación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sistema que opera actualmente en el país, ya que estas problemáticas no están incluidas obligatoriamente en los servicios de baja complejidad.



Se reconoce la salud mental como fuerza impulsora de desarrollo del país, porque está relacionada con la garantía de los derechos de sus ciudadanos y ciudadanas; los Proyectos de Salud Mental de la SSSA, proponen abordar el tema de la salud mental retomando y promoviendo la Dignidad Humana, incluyendo para su intervención integral, además de los trastornos mentales clásicos, diferentes problemáticas de orden psicosocial como son las derivadas de la violencia intrafamiliar, la violencia sexual (incluida el abuso sexual), la intervención psicosocial a la población en situación de desplazamiento, y la atención biopsicosocial a víctimas de accidentes por Minas, entre otras, asumiendo además el cumplimiento de las competencias asignadas por la legislación en materia de juventud e infancia, mujer y grupos especiales.

Antecedentes epidemiológicos de salud mental en el mundo, Colombia y Antioquia

La situación de Salud Mental en el mundo ha sido valorada con diferentes instrumentos y, tal como se explicó en el aparte de Tamizaje, algunos de estos estudios se acercan de manera más precisa a un diagnóstico de la problemática. Al utilizar otras metodologías, no permiten comparación, aunque sí evidencian cifras, datos de importancia en el tema y se convierten en el único referente posible para contrastar los resultados obtenidos en los diferentes países y regiones.

A nivel mundial, una de cada cuatro personas se ven afectadas por trastornos mentales o neurológicos, en algún momento de sus vidas. Alrededor de 450 millones de personas sufren actualmente estos trastornos y por lo tanto se ubican entre las principales causas de enfermedad y discapacidad. Aunque se dispone de tratamientos, casi dos tercios de las personas con un trastorno mental conocido, nunca buscan ayuda de un profesional de la salud. Los trastornos depresivos son la cuarta causa de la carga de morbilidad mundial. En la actualidad, más de un 33% de los países asignan menos del 1% de sus presupuestos de salud total a la salud mental. Hay sólo un psiquiatra por cada 100 000 personas en más de la mitad de los países en el mundo. Los pobres a menudo soportan la mayor carga de trastornos mentales, tanto en términos del riesgo de sufrirlo como de no tener acceso al tratamiento²².

En el informe mundial de la salud mental (2001)²³ se destaca que los años de vida perdidos por enfermedades neuropsiquiátricas (ajustados por discapacidad, DALY) llegaron a ser el 12% de todos los años perdidos por todas las enfermedades; y si se suman los años



de discapacidad por estas mismas causas estas llegan al 31% de toda la discapacidad mundial por enfermedad (DALY). El análisis por región confirma que estas patologías pueden llegar a causar el 43% de la discapacidad como es el caso de Europa y América. Estas proporciones pueden confirmarse en la gráfica 1 tomada de dicho informe:

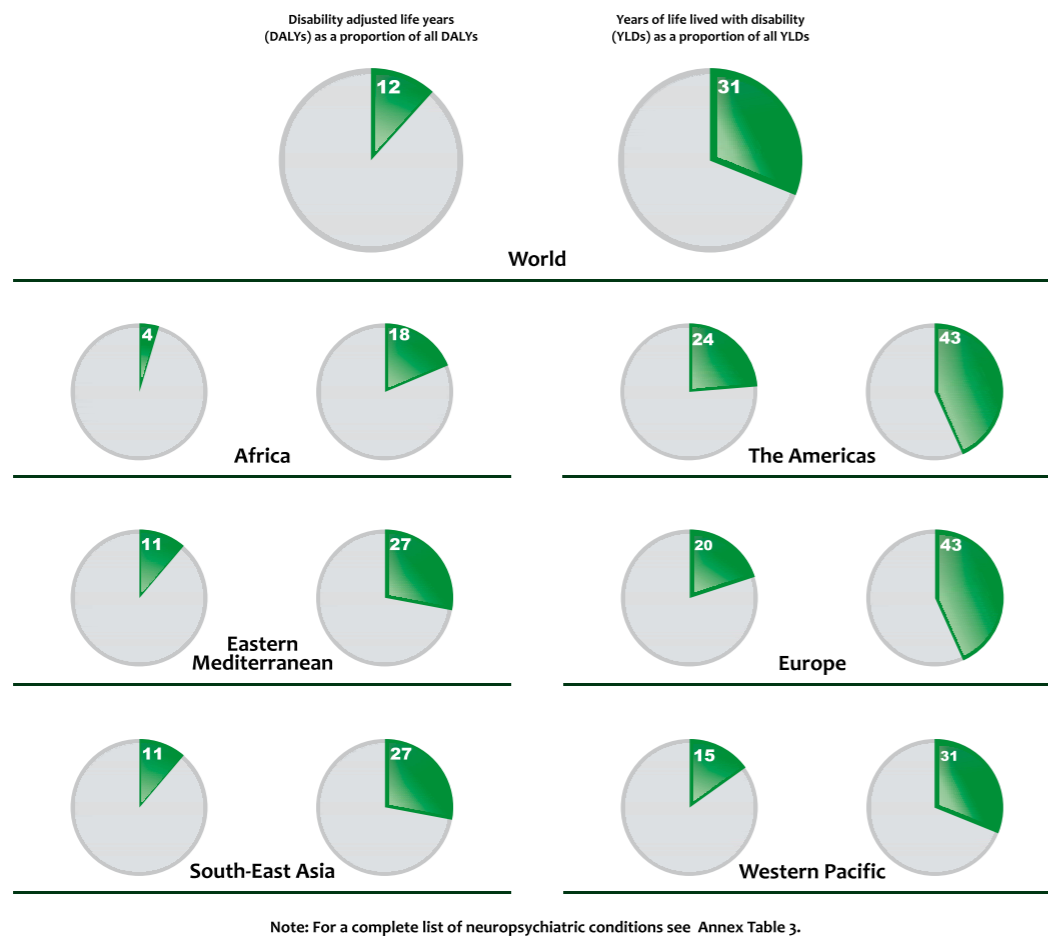


Gráfico 1. Carga de las enfermedades neuropsiquiátricas como proporción de toda la carga de enfermedad en el mundo y por regiones. Informe Mundial de Salud Mental (2001), OMS.

Las principales patologías de este grupo son: la depresión (a la que se le atribuye el 4.4% de los DALY), el consumo de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la demencia por alzheimer, el retardo mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia. Los factores asociados con la prevalencia, incidencia y evolución de los trastornos mentales y del comportamiento incluyen la pobreza, sexo, edad, conflictos y desastres, enfermedades físicas graves y los factores del ambiente familiar y social²⁴.

Las prevalencias de Trastornos Mentales captadas a través del primer nivel de atención en 10 ciudades de países con diferente nivel de desarrollo muestran que la depresión se presenta en el 10.4%, la ansiedad generalizada en 7.9% y la dependencia al alcohol en el 2.7% de los consultantes. Se calcula que cualquier tipo de trastorno mental afecta al 24% de esta población atendida, utilizando el CIDI (Composite International Diagnostic Interview) para su diagnóstico²⁵.

Pero los problemas de salud mental no se suscriben sólo a los trastornos mentales; la violencia, la sexualidad insegura y otras conductas que afectan no solo la salud mental sino la calidad de vida y en ella algunos aspectos de la salud en general y del desarrollo de los pueblos. “La violencia es una de las principales causas de muerte en las personas entre los 15 y 44 años en el mundo y es responsable del 14% de las defunciones entre la población masculina y del 7% entre la femenina. En un día 1.424 personas son asesinadas lo que corresponde a una por minuto y aproximadamente una persona se suicida cada 40 segundos. Unas 35 personas mueren cada hora como consecuencia directa de un conflicto armado. Algunos estudios han demostrado que en algunos países los gastos sanitarios causados por la violencia representan más del 5% del producto interno bruto²⁶”.

En el caso de América, es necesario sumar al análisis de los trastornos mentales y la angustia psicológica grave o SPD²⁷ (Serious Psychological Distress), el cual afectaba en Estados Unidos, durante el último año al 10.9 % de los mayores de 18 años; el 44.6% de ellos recibieron servicios de salud mental; estos servicios fueron más demandados por los mayores de 26 años y en menor proporción por el grupo de 18 y 25²⁸.

En diciembre de 2005 la directora de la OPS, doctora Mirta Roses Periago, publica un informe en el que se afirma que el número de personas con trastornos mentales en la Región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en el año 2010²⁹.

Como se había citado, en el año 2003, Colombia pudo comprobar que el 40.1% de los colombianos habían presentado alguna vez en su vida síntomas de cualquiera de los trastornos mentales estudiados en la Encuesta Nacional de SM. El trastorno más frecuente corresponde a los trastornos de ansiedad (19.3%), seguidos por los trastornos afectivos (15%) y por aquellos desencadenados por abuso y dependencia a psicoactivos (10.6%). La ideación suicida en cualquier momento de la vida aparece en aproximadamente el 12% de los colombianos.

Esta encuesta, aunque fue representativa de ciertas regiones del país no lo es de la totalidad de los departamentos por lo que hasta el momento se carece de información de la prevalencia poblacional de problemas de salud mental en Antioquia; aunque se tiene información derivada de estudios en Antioquia (Torres, 1999)³⁰, esta fue compilada utilizando otros instrumentos diferentes a los del 2003 por lo tanto no es posible la comparación entre estudios; este último mostró que en Antioquia el trastorno de ansiedad generalizada (en la vida) fue de 2.1%, la depresión mayor de 15% y la ideación suicida del 5.3%.

Las tasas de suicidio en Colombia no han variado sustancialmente en los últimos 55 años, aunque se han presentado picos en 1965 y en el año 2000 que alcanzan los 6.1 y los 5.7 casos por 100.000 habitantes, respectivamente; en el año 2000 el aumento de la tasa de suicidio se presentó tanto en hombres como en mujeres, con una diferencia de 3.4 suicidios masculinos por cada suicidio femenino.

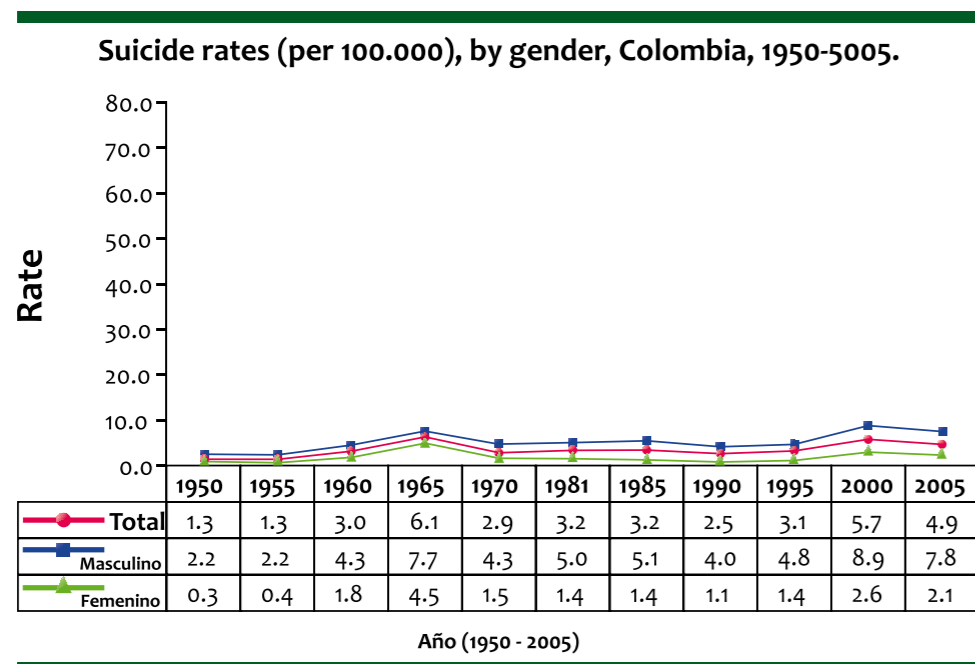


Gráfico 2. Tasa de suicidio por género, Colombia, 1950-2005 Fuente: OMS 2005.

Si comparamos los datos en Colombia con otros de estudios globales vemos que, en el mundo, los trastornos del afecto representan el 5.3% de la carga de DALY y en 15 ciudades estudiadas, la depresión unipolar afecta al 10.4% de la población³¹. En Colombia, los trastornos del afecto son la segunda causa de trastorno mental, afectando al 15%

de la población y en la región central donde está ubicada Antioquia, llegan al 15.5%. En Antioquia en el 2005, el 37.7% de todas las atenciones en problemas de salud mental de la red pública de servicios, eran por diagnósticos del grupo de trastornos del humor (o del afecto)³².

Instrumentos utilizados en el Tamizaje y precisión de las problemáticas estudiadas

SRQ o Self-Reporting Questionnaire

El SRQ o (Self Reporting Questionnaire)³³ es un instrumento que se diseñó en el año 1983 para captar algunos trastornos mentales o sintomatología correspondiente, dirigido a personal auxiliar de servicios de salud ambulatorios (trabajadores de atención primaria); la sintomatología que recoge este instrumento puede indicar: angustia, depresión, psicosis, epilepsia y problemas con el uso de alcohol. Su estructura fue diseñada para ayudar a captar tempranamente sintomatología psiquiátrica por personal de atención primaria no profesional¹. Los síntomas que se estudian en este instrumento no son específicos ni exhaustivos² de los trastornos estudiados y por lo tanto son imprecisos para su diagnóstico, para que éste sea adecuado se requiere de la presencia de sus síntomas, del tiempo de presentación y del impacto en el funcionamiento del individuo; por lo que este instrumento solo muestra un indicio de la presencia de los trastornos mentales buscados. Sin embargo el instrumento tiene el valor de captar problemas de salud mental y hacerlos evidentes para personal de trabajo extramural en salud, quienes prestan sus servicios en zonas geográficas apartadas o a población cuya cobertura en salud es baja, y que carecen de oportunidad de ser valorados por médicos, psiquiatras o psicólogos.

El SRQ fue validado en cuatro países, incluyendo Colombia, en 1982 y ha sido citado en 16 artículos de revistas psiquiátricas, de anestesia, neurología y psicofarmacología, mostrando su utilización en países como China (2009), Brasil (2009 y 1986), Vietnam

1 En ese momento (1983) y en Colombia, "atención primaria" se refería a una estrategia de salud de primer nivel y que pretendía acercar los servicios de salud a poblaciones con dificultades para el acceso ofreciendo servicios de tipo extramural y comunitario.

2 Instrumentos actuales para diagnóstico de TM contienen todos los síntomas comprendidos para un diagnóstico compatible con el DSM-IV.

(2006), Etiopía (2002) y en estudios multicéntricos de Brasil, Inglaterra, Francia, Holanda, Estados Unidos y Alemania (1993)³⁴.

Definición de trastornos mentales estudiados en el tamizaje

A continuación se definen los trastornos mentales cuya sintomatología está contenida en el SRQ; con ello se pretende explicar la precisión que el instrumento tiene al medir ciertos trastornos ya que para algunos de ellos se conjugan un buen número de preguntas (angustia, depresión, problemas con el alcohol) mientras que para otros solo se encuentran pocas preguntas (epilepsia, psicosis). Además es necesario considerar los avances que en materia de diagnóstico tiene la psiquiatría en la actualidad y destacar que el instrumento tiene 27 años de ser creado y que su selección, para el presente estudio, se hizo por ser el único instrumento de tamizaje validado en Colombia; por lo tanto, este estudio no diagnostica trastornos mentales.

Angustia

Aunque el término “angustia” se encuentra en la clasificación actual de enfermedades como uno de los trastornos de ansiedad (DSM-IV: trastorno de angustia con o sin agorafobia; CIE 10ª bajo el código F-41 y F40.01)³⁵ en el instrumento SRQ se refiere más al discomfort psicológico y síntomas ansiosos inespecíficos que podrían ser parte de cualquiera de los trastornos de ansiedad o inclusive de la ansiedad normal.

Los 13 síntomas que contiene el DSM-IV para captar problemas de ansiedad son: 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 sofocaciones³⁶. En el SRQ se mide la angustia (ansiedad) con nueve síntomas: cefaleas frecuentes, trastornos de sueño, temor fácil, temblor, nervios, tensión o aburrimiento, problemas digestivos, dificultad para pensar, sensaciones estomacales desagradables y fatiga sin explicación. Según el manual del instrumento con más de tres preguntas positivas de éstos síntomas (preguntas: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 19 y 20) se puede calificar como “síndrome de angustia³⁷”.

Al parecer, el diseño del instrumento tuvo en cuenta que la ansiedad y la tristeza, se consideran respuestas naturales y normales de los seres humanos a las situaciones del vivir. El miedo, como sensación propia de diversos organismos, en los humanos es posible entenderlo de dos maneras: Como respuesta a cualquier amenaza para la

integridad biológica del organismo (enfermedad, trastorno, pérdida del sustento, la guerra) y como respuesta a la percepción de una novedad, cuyo grado de amenaza puede variar entre los sujetos de diferentes culturas³⁸.

La ansiedad por otra parte, siguiendo a Freedman, A.M., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1982), pertenece siempre al ámbito de las relaciones interpersonales y puede en ocasiones, combinarse el miedo y la ansiedad por periodos breves o prolongados³⁹. Esta perspectiva tiene como contexto una teorización sobre el desarrollo interpersonal/relacional. Desde los estudios del desarrollo, la ansiedad, es inherente al desarrollo del sujeto en el contexto relacional. Los trastornos en el proceso de organización psíquica debido a amenazas o circunstancias de pérdida o abandono definen características de la relación del individuo con los demás y con el mundo.

Trastornos de Ansiedad

Aunque el instrumento no mide específicamente los diferentes trastornos de ansiedad, contiene varios síntomas que hacen referencia a estos trastornos y en el manual del instrumento aparecen agrupados bajo el término “angustia” aunque éste se conoce como uno más de los trastornos de ansiedad.

Los sistemas taxonómicos como: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y el Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM), clasifican la ansiedad y la depresión de maneras semejantes, sin embargo hay diferencias entre los principios de clasificación. El DSM-IV es una taxonomía ateorica y sin atributos de significado de las enfermedades o trastornos de la función, es de tipo categorial, asignando individuos según los rubros diagnósticos apropiados. Sus categorías están construidas para ubicar síntomas y atributos que las personas tienen en común en un mismo compartimiento diagnóstico.

Otros sistemas como el PDM proponen una taxonomía de las personas, con categorías amplias, dimensionales para cada encabezado indicando el rango cubierto, que va desde el funcionamiento normal hasta niveles más neuróticos y extremos de funcionamiento, como son por ejemplo las organizaciones fronterizas. El propósito es tratar de elucidar aquello que hace único y diferente de manera evidenciable a un individuo de cualquier otro en el mundo (PDM 2006)⁴⁰.

Bajo el término “trastornos de ansiedad” el DSM-IV-TR incluye trastornos de pánico, agorafobia, fobia social y otras fobias específicas; trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés post-traumático (TEPT); trastorno por estrés agudo, trastorno

de ansiedad generalizado, trastornos de ansiedad debidos a condiciones médicas generales; trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

El manual PDM (1996) plantea que la ansiedad puede describirse como temor o miedo sin un peligro evidente y comprende contenido, tanto cognitivo como emocional. La experiencia interna de los trastornos de ansiedad presenta cuatro estados: estados afectivos; patrones cognitivos en los trastornos de ansiedad (distractibilidad, confusión y dificultad para pensar, temores específicos de todo tipo); estados somáticos que pueden incluir tensión, sudoración en las manos, la sensación de “mariposas” en el estómago o una cinta apretada en la cabeza, urgencia de orinar o defecar, dificultad para respirar o la sensación de estar desconectado del propio cuerpo. Por último, patrones relacionales (dependencia y búsqueda de reaseguramiento, expresiones de culpa)⁴¹.

Existen numerosos instrumentos clínicos para medir los trastornos de ansiedad; en Colombia se ha utilizado el Test de Zung de ansiedad (1971)⁴², cinco ítems que hacen referencia a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad; su validez indica que la correlación oscila entre 0.34 y 0.65. El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1.988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Tiene una consistencia interna de 0.90 a 0.94, una fiabilidad test-retest tras una semana de 0.67 a 0.93 y tras 7 semanas de 0.62. No tiene punto de corte pero su correlación con otras escalas es mejor para los ítems de ansiedad que de depresión⁴³.

Algunos de los trastornos de ansiedad en el mundo (Trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de pánico) corresponden al 0.2%, 0.3% y 0.4% respectivamente de la carga de DALY por mortalidad⁴⁴. En Colombia (2003)⁴⁵ el 19.3% ha presentado al menos una vez en la vida trastornos de ansiedad y en Antioquia (1999)⁴⁶ el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se presentó alguna vez en la vida en el 4.2%, el trastorno de pánico en el 0.1%, las fobias en el 0.2%, el trastorno de ansiedad generalizada en el 2.1% y el trastorno obsesivo compulsivo en el 2.4%.

Depresión

En el DSM-IV la depresión se encuentra en el capítulo de Trastornos del Estado de Ánimo (código 323), está dividido en trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias.

El diagnóstico clínico se realiza de acuerdo con los siguientes criterios contenidos en el DSM-IV: En el aparte A. cuando existe la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. **Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.**
2. **Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.**
3. **Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito casi cada día.**
4. **Insomnio o hipersomnia casi cada día.**
5. **Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.**
6. **Fatiga o pérdida de energía casi cada día.**
7. **Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.**
8. **Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.**
9. **Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente, sin un plan específico o una tentativa de suicidio, o un plan específico para suicidarse.**

En los apartes B. y C. se especifica que los síntomas no cumplan los criterios para un episodio mixto y que provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y, en el D. se aclara que estos síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica. En el aparte E. se especifica que los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, que persisten durante más de 2 meses o que se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor⁴⁷.

Existen diversos instrumentos en la literatura científica para captar los trastornos del humor, especialmente la Depresión; estos son los test de Hamilton, Zung, Goldberg, Beck, cuestionario estructural tetra dimensional para depresión y escala tetradimensional para depresión. Algunos de ellos han sido validados en Colombia (por Ej. Zung).

En el cuestionario SRQ se incluyeron 13 preguntas de las cuales las respuestas positivas a las 3, 9, 11, 17, 13, 18 y 20 indican “caso” o de las primeras 20 del instrumento si se contestan 11 ó más positivas, indican caso de angustia o depresión.

La sintomatología de depresión correspondiente a estas preguntas son: problemas de sueño, sentimientos de tristeza, dificultad para disfrutar las actividades diarias, dificultad con el trabajo, ideación suicida, fatiga fácil y persistente.

En el mundo los trastornos depresivos y unipolares representan el 5.3% de la carga de DALY y en 15 ciudades estudiadas la depresión unipolar afecta al 10.4% de la población⁴⁸. En Colombia, los trastornos del afecto son la segunda causa de trastorno mental, afectando al 15% de la población y en la región central donde está ubicada Antioquia llega al 15.5%. En Antioquia durante el 2009 como primera causa de consulta se registran los Trastornos del humor (afectivos) con un total de 35.472 diagnósticos; lo cual se corresponde con una tasa de 584,73 por cada cien mil habitantes. Igualmente esta primera causa corresponde a un porcentaje de 31.80% del total de los diagnósticos de trastorno mental⁴⁹.

Psicosis

La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se clasifican en el DSM-IV con el código 279 y, en la CIE 10^a, con el código F 20 a 29; básicamente son: la esquizofrenia, los trastornos delirantes, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno psicótico breve, el trastorno psicótico debido a condición médica, el trastorno psicótico inducido por sustancias, entre otros.

Sus síntomas y duración son variados pero se caracterizan por ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y en el caso de la esquizofrenia, síntomas negativos, como por ejemplo, aplanamiento afectivo, alergia o abulia.

Por las características específicas de la Psicosis (la falta de conciencia de enfermedad en la mayoría de estas personas), las escalas tienen que ser hetero evaluadas ya que el paciente frecuentemente no va a colaborar⁵⁰.

En el SRQ cualquiera de las preguntas 21 a la 24, especialmente la 23 y 24, contestadas positivamente indican psicosis. Estas preguntas se refieren a síntomas paranoides, ideas megalománicas o imposibles de probarse en la realidad, interferencia en el pensamiento y alucinaciones.

En el SRQ la aproximación a estados de psicosis (sin especificar) se capta a través de éstos cuatro síntomas que puede indicar diversos trastornos psicóticos pero no con especificidad; es uno de los componentes en que el SRQ es más débil. Estos síntomas entre otros, son: sensación de que alguien quiere herirlo, sensación de ser más importante de lo que los demás piensan que se es realmente, interferencia en los pensamientos y oír voces que no son escuchadas por otras personas o que no sabe de dónde vienen. Como se puede deducir, las preguntas pueden dar pie a respuestas positivas aún sin que signifique un síntoma psiquiátrico dadas las condiciones en que se ha vivido en los últimos tiempos en Antioquia: Por ejemplo es fácil que alguien normal se sienta perseguido o en riesgo por el conflicto armado que amenaza a las poblaciones rurales y urbanas; también puede observarse que si se responde afirmativamente a esta pregunta no se esté dentro del contexto de una psicosis sino más bien de una reacción normal o anormal a un evento traumático vivido anteriormente; igualmente, el trabajo comunitario realizado ha incentivado la autoestima haciendo que la gente tenga una conciencia de su importancia como ser humano, aunque ello no se comparta con un medio generalmente hostil a sujetos que son diferentes; quizá las dos preguntas que pueden indicar algún trastorno mental sean la 23 y 34 que piden respuestas sobre alucinaciones o interferencia en el pensamiento. Por lo tanto se sugiere hacer un análisis cuidadoso de lo que en el tamizaje se nombra como síntomas de psicosis.

En el mundo la carga de enfermedad por esquizofrenia llega al 1.1% de los AVAD totales y el 2.8% de los años de vida perdidos por discapacidad y una prevalencia de 0.5 a 1.2%⁵¹; la psicosis presenta el 7% de la discapacidad (AVAD) por trastornos mentales⁵². En Colombia, (1997)⁵³ la prevalencia de esquizofrenia fue del 1.4%. En Antioquia (2009), el 10.71% (11949) de las atenciones realizadas por problemas mentales fue por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.

Epilepsia

Aunque la epilepsia como tal no es un trastorno mental si no un problema neurológico que requiere tratamiento médico especializado y control permanente a través de anticonvulsivantes, los síntomas de la epilepsia pueden indicar también lesiones del sistema nervioso central y problemas del comportamiento que requieren un procedimiento diagnóstico específico y tratamiento diferente al de la epilepsia.

El SRQ contiene entre sus ítems uno que se refiere a un síntoma de epilepsia (experiencia de convulsiones con pérdida del conocimiento) que aunque es cierto que bajo esas condiciones solo se presenta en la epilepsia, las respuestas pueden incluir la confusión que se presenta en otro tipo de circunstancias, como por ejemplo conductas de personas

con Trastornos Neuróticos, (código F44, CIE 10ª: Trastornos disociativos o de conversión). Estos trastornos, requieren para su diagnóstico la presencia de otras características clínicas específicas, que evidencian la génesis psicógena, como por ejemplo la presencia de acontecimientos biográficos estresantes (aunque sean negados por el enfermo)⁵⁴.

En el mundo se reconoce que existe un 4 a 10 por cada 1.000 personas con epilepsia activa (es decir, ataques continuos o necesidad de tratamiento). Sin embargo, algunos estudios en los países en desarrollo indican que la proporción es de 6 a 10 por 1.000. Se calcula que alrededor de 50 millones de personas en el mundo sufren de epilepsia⁵⁵.

En los países desarrollados, se estima que aparecen entre 40 y 70 casos por 100.000 habitantes. En los países en desarrollo, esta cifra suele acercarse al doble debido al mayor riesgo de sufrir afecciones que pueden conducir a daño cerebral permanente. Cerca del 90% de los casos de epilepsia en todo el mundo se encuentran en las regiones en desarrollo⁵⁶. Esto último es lo que se consideró para incluirla como síntoma en el análisis de problemas de salud mental en el tamizaje.

De acuerdo a la American Psychiatric Association en el DSM-IV-TR, los trastornos somatomorfos son: trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal y trastorno somatomorfo no especificado⁵⁷. En cuanto al trastorno conversivo motor en caso de presentar convulsiones deben considerarse las siguientes posibilidades: que sea realmente conversivo, que las convulsiones sean parte de algún otro trastorno psiquiátrico, que sean parte de un fenómeno psicopatológico asociado a una enfermedad orgánica y que sean la presentación inusual de una enfermedad física⁵⁸.

Los aspectos epidemiológicos del trastorno de conversión se ven afectados por problemas metodológicos de precisión diagnóstica y por los sistemas de evaluación en los diferentes estudios. Algunos han mostrado variaciones entre 11 y 500 casos por 100.000 habitantes (Fork y Folks, 1985; Toone, 1990). En el estudio de Cloninger (1994) se reporta que estos síntomas son más frecuentes en mujeres y que se han reportado hasta en un 25% de las mujeres en postparto sanas y mujeres con problemas médicos. Aproximadamente el 5% a 24% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y 5% a 14% de los ingresos en hospitales generales reportan antecedentes de conversión. (Fork 1983; Toone, 1990; Cloninger, 1994). Tasas mas elevadas (casi 10%) de los pacientes psiquiátricos ambulatorios de países en desarrollo presentan síntomas de conversión (Stefanis y cols. 1976)⁵⁹.

Trastornos relacionados con el alcohol

Los trastornos relacionados con el alcohol, pertenecen a un grupo de problemas relacionados con el uso de sustancias (181 en el DSM-IV), principalmente si se presentan con dependencia física a la sustancia o no. Tal como se indica allí no se debe clasificar a las personas sino a los trastornos; por lo tanto se evita decir “alcohólico” y se prefiere utilizar la expresión “individuo con trastorno por dependencia al alcohol”, por ejemplo⁶⁰. Se presentan dos grupos de problemáticas:

- **Los trastornos por consumo: Abuso y Dependencia al alcohol**
- **Los trastornos inducidos por alcohol, que van desde la intoxicación hasta los problemas por abstinencia o consecuencia del abuso como delirium, trastornos del humor, amnesia, psicosis y otros⁶¹.**

La dependencia se define como “un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia (alcohol) que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos”, expresado por la presencia de tres (o más) de estos problemas en algún momento, de un período continuado de 12 meses: tolerancia, síndrome de abstinencia, uso de alcohol con frecuencia y en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía, deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo, empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos, reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo, continuidad del consumo a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo⁶².

El abuso de alcohol por el contrario, se define en forma similar a la dependencia pero con la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: consumo recurrente que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa, consumo recurrente en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso, presentar problemas legales repetidos relacionados con su consumo, el cual se sigue presentando a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol. No debe comprenderse la dependencia entre los síntomas de abuso⁶³.

Se utilizó el SRQ para medir problemas con el alcohol por ser validado en Colombia.

Tiene cinco preguntas relacionadas con el “beber problemático” que indagan sobre la opinión de familiares y otros sobre el exceso en la bebida, la incapacidad para dejar

de beber aún deseándolo, las dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida, involucrarse en riñas por causa de la bebida o estando embriagado y la opinión personal de exceso en la bebida. Estas preguntas son similares a las cuatro del CAGE⁶⁴ (muy utilizado en diversos estudios nacionales sobre abuso de alcohol y alcoholismo) omitiendo la pregunta sobre beber licor en la mañana para disminuir los efectos del “guayabo” o “resaca”. Según recomendación del autor del SRQ la respuesta positiva a una o más de las cinco preguntas indican riesgo de alcoholismo⁶⁵.

Existen otros instrumentos para medir problemas con el alcohol: El Michigan Alcoholism Screening test (MAST), validado en Colombia por Torres y Murrelle⁶⁶, el CIDI⁶⁷ es el instrumento recomendado por la OMS (valora además otros trastornos mentales) pero su aplicación requiere profesionales capacitados y toma alrededor de 120 minutos; ha sido utilizado en el estudio nacional de salud mental (2003) pero no es propio para un tamizaje. El CAGE es un cuestionario de cuatro preguntas también validado en Colombia por Torres y Murrelle, con alta sensibilidad pero baja especificidad. El AUDIT ha sido valorado como el mejor instrumento entre algunos otros, al comparar sus resultados con indicadores bioquímicos; sin embargo el tiempo que requiere dicho instrumento no lo hace recomendable para hacerlo sistemático en atención de primer nivel⁶⁸.

Los trastornos causados por el alcohol representan el 1.3% de los DALY en el mundo, presentándose cuatro veces más en los hombres que en las mujeres⁶⁹. En Colombia se han realizado estudios de prevalencia a partir de 1985, 1987, 1992, 1997 y 2003, utilizando diversos instrumentos. En el 2003, utilizando el CIDI (OMS) la prevalencia de personas afectadas por problemas con el alcohol era de 6.8% por abuso y de 2.4% por dependencia. En Antioquia (2009) se realizaron 1599 atenciones por problemas relacionados con el alcohol, correspondiente al 1.4% de las consultas por salud mental.

Ideación suicida

Es considerado un síntoma grave dentro de la Escala de Evaluación de la actividad global (DSM-IV) calificado con 50 en una escala de 100 a 10 (10 es lo más grave). Este síntoma se presenta en muchos de los trastornos mentales (trastornos del humor, disociales, por consumo de sustancias, bipolares, somatomorfos, facticios, de identidad sexual). Están especialmente presentes en los trastornos del humor o afectivos y es uno de los criterios diagnósticos de depresión mayor y constituye un evento diferenciador del duelo si la persona lo ha sufrido anteriormente, junto con otros síntomas. Las lesiones auto infligidas son responsables del 1.3% de la carga de enfermedad en el mundo (DALY).

Calidad de vida, QLI-SP (Quality Live Index versión en español)

La calidad de vida es uno de los componentes de la salud mental que se relaciona con la apariencia de bienestar percibida por una persona respecto a diferentes aspectos de su experiencia de vida; para su medición no se tiene una unidad específica y con valor universal; se han propuesto variedad de alternativas para establecer el nivel de avance o retroceso con respecto al progreso de una sociedad específica, así como para fundamentar políticas de acción⁷⁰. Este concepto pretende atender con visión sistemática los problemas que acarrear el progreso tecnológico, el crecimiento de la población, la dinámica de los procesos de urbanización y, en general, la búsqueda del bienestar⁷¹; tiene una interpretación diferente cuando se emplea para medir la vida de poblaciones cuyas necesidades vitales están satisfechas, en los países ricos y altamente industrializados, que cuando se hace en otros cuya principal preocupación es el desarrollo económico como asunto urgente y prioritario para lograr satisfacer sus necesidades básicas: alimentación, vivienda, vestido, salud y educación. Según las Naciones Unidas los cinco países con mejor calidad de vida o “más vivibles” (2006) son: Noruega, Islandia, Australia, Irlanda y Suecia. Los menos vivibles Son: Nigeria, Sierra Leona, Mali, Burkina Faso y Guinea-Bissau⁷².

Existen múltiples instrumentos para medir calidad de vida desde muchos aspectos; las Naciones Unidas utilizan principalmente tres indicadores: esperanza de vida, educación y el Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita, así como el Índice de Desarrollo Humano. En cuanto a la esperanza de vida se utilizan varios instrumentos, algunos para esclarecer las Medidas Físicas y Mentales (como el CAT Health y el SF-36) y las Medidas de Bienestar Psicológico y Salud Mental. Teniendo en cuenta estas últimas se ha seleccionado para el tamizaje el QLI-Sp (Quality Live Index versión en español) un instrumento utilizado en varios lenguajes y que fue validado y adaptado para población de habla hispana en los EUA por Mezzich JE y cols. 2000⁷³; así mismo fue validado por Bulacio y Cols. en Argentina (2004, mostrando que éste es un instrumento válido, confiable, sencillo, de rápida administración y evaluación)⁷⁴.

Problemas de salud mental de los niños y las niñas evaluados por el RQC (Reporting Questionnaire for Children)

En la evaluación clínica de niños, niñas y adolescentes se consideran tres ejes importantes según el Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM, 2006):

- Eje del Estado Mental (MCA): se refiere a cómo niños, niñas y adolescentes experimentan relaciones, emociones y estrategias que poseen para el manejo de la ansiedad.
- Eje de las Tendencias de Personalidad (PCA): patrones de los niños y niñas en sus formas de enfrentar el mundo.
- Eje de los síntomas de niños, niñas y adolescentes (SCA) en el contexto de los anteriores ejes los síntomas se conciben como una forma de enfrentar el ambiente en el que viven; en donde los patrones sintomáticos puedan tener orígenes tanto biológicos como experienciales, y frecuentemente una mezcla de ambos, sólo es posible comprenderlos en el contexto amplio del funcionamiento mental y de la personalidad en el desarrollo de los niños y niñas.

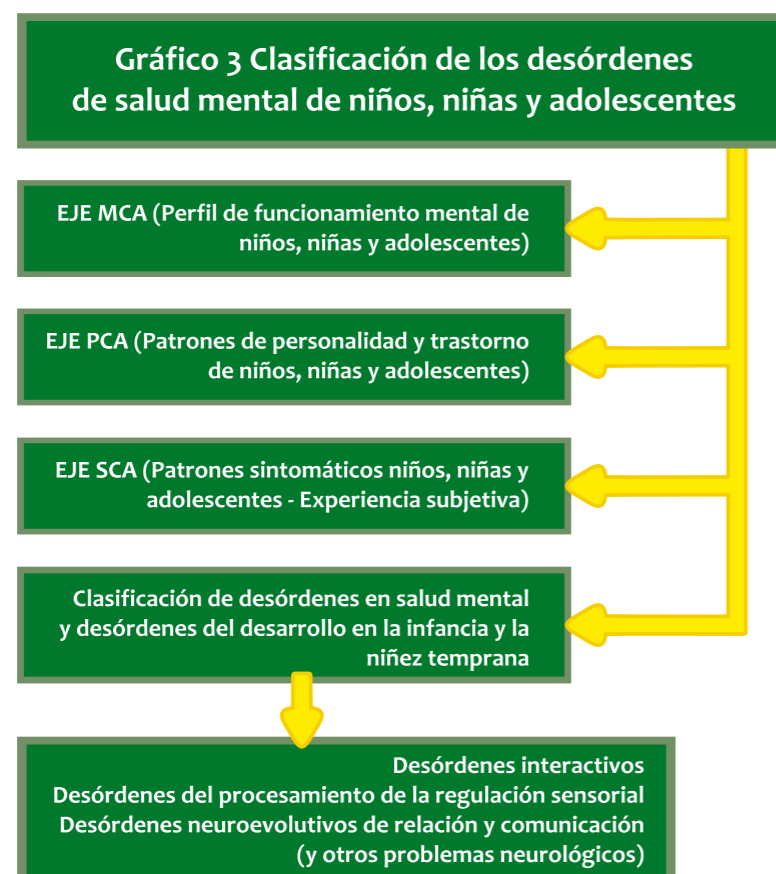


Gráfico 3. Clasificación de los desórdenes de Salud Mental en niños, niñas y adolescentes. Tomado y adaptado de: PDM Grupo de trabajo (2006). Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM). Silver Spring, MD. Alliance of Psychoanalytic Organizations. pag 857.

La lectura del funcionamiento infantil se lleva a cabo desde una perspectiva del desarrollo en la que se tienen en cuenta capacidades, relaciones, patrones emocionales, tendencias comportamentales y observaciones semejantes. Una vez se identifica el funcionamiento mental del niño o la niña, pueden ser evaluadas las tendencias de personalidad.

La perspectiva del desarrollo, en la lectura de patrones de personalidad, toma en cuenta que muchos niños y niñas presentan una mezcla de patrones que pueden cambiar en diferentes momentos del desarrollo. Algunos de estos patrones no están incluidos en el DSM-IV-TR puesto que en el PDM se hace una lectura desde la perspectiva del desarrollo. Los patrones sintomáticos son pensados como parte de la vida mental de niños y niñas antes que trastornos discretos y por tanto no se concibe automáticamente la existencia de diferentes patrones como co-morbilidad.

Para establecer la caracterización de un niño o de una niña en estos tres ejes propuestos, el clínico debe dirigir una evaluación comprehensiva que incluya una detallada historia del desarrollo, revisión de preocupaciones y síntomas, evaluación de factores biomédicos y de interacción padres, madres - hijos, hijas; la exploración de patrones familiares, escolares y comunitarios y las entrevistas que incluyan juegos interactivos, son aspectos necesarios en dicha evaluación. Mientras dirige la evaluación, el clínico se formará impresiones sobre los siguientes aspectos:

- **Procesamiento de la información (visión, audición, tacto, movimiento, etc.).**
- **Auto-regulación.**
- **Capacidad para establecer relaciones.**
- **Expresión y comprensión de afectos apropiados para la edad.**
- **Utilización de palabras, imágenes o juego para representar deseos, afectos, conflictos y experiencias.**
- **Organización de la vida interna (v. gr. Prueba de realidad).**
- **Internalización de límites.**
- **Valores emergentes.**

Estas impresiones deben comprenderse según las capacidades de cada edad y no deben hacer énfasis en la psicopatología a costa de la exclusión de las fortalezas y logros por los niños, niñas que utilizan los síntomas de manera adaptativa, al servicio de la protección de interferencias en su funcionamiento. Algunas muestran impresionantes capacidades de resiliencia o habilidad para compensar ambientes adversos que los protegen de psicopatología severa, aún cuando son periódicamente sintomáticos⁷⁵.

La organización de los desórdenes de los niños y las niñas, no puede seguir la psicopatología adulta. Los trastornos infantiles deben considerarse como patrones diferentes y diferenciados por derecho propio.

Clasificación de Trastornos del desarrollo y de la salud mental en infancia y niñez temprana.

El eje IEC por sus siglas en inglés (INT: Infancia y Niñez Temprana, PDM 2006:319 sig), es indicativo de que el desarrollo mental durante la infancia y la niñez temprana, refleja relaciones, entre muchas dimensiones del funcionamiento mental, incluyendo capacidades emocionales, sociales, lingüísticas, cognitivas, de regulación sensorial y motriz.

Un modelo biopsicosocial del desarrollo temprano incluye el análisis de los niveles evolutivos del funcionamiento emocional, social e intelectual; las diferencias biológicas individuales de procesamiento y las formas en las que el niño y la niña planean, secuencia y ejecución de acciones y por último, las relaciones incluyendo patrones de relación niño-niña/cuidadores/familia y otros.

Para el análisis de los resultados del tamizaje, utilizando el instrumento RQC se seleccionaron las categorías de desórdenes del desarrollo de la niñez e infancia temprana que están representados por los síntomas que explora el instrumento; estos síntomas pueden aparecer en diversos ejes del PDM (2006) y de sus categorías.

Desórdenes interactivos

Comprende patrones sintomáticos como ansiedad, depresión y comportamientos problemáticos o trastornos de conducta. Esta clasificación hace referencia principalmente a la influencia de aspectos relacionados con los patrones de interacción entre el niño-niña, las personas cuidadoras, la familia y/o el ambiente. En este grupo se encuentran los niños y niñas que tengan respuestas positivas en los siguientes síntomas:

- **Problemas del sueño o del dormir**
- **Fuga del hogar**
- **Robos en el hogar**
- **Nerviosismo**
- **Relaciones sociales deficientes con pares**

Desórdenes del procesamiento regulador sensorial

Esta clasificación hace referencia a aquellas situaciones en las cuales las variaciones constitucionales o de maduración del niño-niña en términos de capacidad de respuesta sensorial es baja o exagerada; el procesamiento viso-espacial, auditivo o motriz, son el principal componente, así como inatención, reactividad excesiva o búsqueda de sensaciones.

En el RQC los síntomas como lentitud en el aprendizaje, enuresis o encopresis hacen parte de estos desórdenes.

Desórdenes neuroevolutivos

Se refiere a los desórdenes del desarrollo en los que se presentan dificultades significativas en relación con las capacidades fundamentales para relacionarse, comunicarse y pensar o cualquier problema neurológico en la infancia temprana, en la niñez y adolescencia. Patrones tales como ensimismamiento, perseveración y comunicación disfuncional (v. gr. autismo y síndromes relacionados). También se incluyen trastornos neurológicos relacionados con el lenguaje, la epilepsia y síntomas como las cefaleas frecuentes.

La clasificación anterior corresponde y es descrita más ampliamente en el Manual Diagnóstico del Consejo Interdisciplinario sobre los Trastornos del Desarrollo y el Aprendizaje de la Infancia y Niñez Temprana sobre los Trastornos Salud Mental, los trastornos del desarrollo, de los procesos de regulación sensorial, de lenguaje y discapacidades de aprendizaje (ICDL-DMIC por sus siglas en inglés 2005). Se debe tener en cuenta que el formato para los trastornos mentales de la infancia y niñez temprana es único para este grupo de edad y no es igual que el que se utiliza para otros grupos de edad en niños-niñas mayores, adolescentes y personas adultas.

Adicionalmente al diagnóstico primario, se deben considerar los aspectos únicos de cada niño, niña y de cada familia, siguiendo un perfil diagnóstico multiaxial, que no es posible hacerlo con las preguntas del RQC por las características propias del instrumento, y en consecuencia, deben utilizarse otras pruebas que tengan el carácter diagnóstico.

Funcionamiento Familiar

Ortiz T (1996), define la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica interna, en el cumplimiento de funciones para el desarrollo de los integrantes y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida⁷⁶.

“El Funcionamiento Familiar es considerado como la dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros y se define a través de las categorías de: rol, armonía, cohesión, adaptabilidad, permeabilidad, afecto y comunicación⁷⁷. La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios o crisis producidas tanto desde el exterior como desde el interior, y que pueden conllevar modificaciones estructurales y funcionales e incidir en el bienestar de la salud familiar⁷⁸”.

En este tamizaje se utilizó la escala APGAR familiar, ya explicado anteriormente; es importante tener en cuenta que se trata de la percepción del individuo del funcionamiento de su familia y que en ningún momento es la medida de este funcionamiento con varios miembros de la familia como se pretende en otro tipo de actividades como en la terapia familiar, por ejemplo.



Objetivos del Tamizaje en Salud Mental

General

Valorar la presencia de sintomatología psiquiátrica y otros problemas de orden psicosocial, la percepción de calidad de vida y el funcionamiento familiar en la población del departamento de Antioquia, mediante la realización de un tamizaje con el fin de detectar grupos en riesgo para priorizar acciones en salud mental.

Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente los niños, niñas y personas adultas (jefes de hogar) del departamento de Antioquia participantes en el estudio.
- Describir la funcionalidad de las familias del departamento de Antioquia, a través de la percepción de la persona adulta jefe de hogar, según algunas características sociodemográficas.
- Determinar la percepción sobre calidad de vida de las personas adultas jefes de hogar del departamento de Antioquia, según características sociodemográficas.
- Identificar la sintomatología de trastornos mentales en niños, niñas y personas adultas jefes de hogar, en el departamento de Antioquia, según características sociodemográficas.
- Identificar las probables asociaciones entre los síntomas de trastorno mental en las personas adultas el niño o la niña, respecto a la funcionalidad familiar y la percepción de calidad de vida.

Materiales y Métodos



Población de interés

En la realización del presente tamizaje se tuvieron en cuenta varias consideraciones acerca de la población a estudiar:

- Como el cuestionario seleccionado para la identificación de síntomas fue el Self-Reporting Questionnaire, SRQ, las personas adultas participantes del estudio debían tener entre 18 y 60 años. Esta fue la edad incluida en el estudio. El criterio diferencial establecido fue la etnia, dada la diversidad racial del Departamento y la situación de desplazamiento.
- El cuestionario RQC indica que debe aplicarse en niños-niñas entre 5 y 15 años; este fue el rango de edad seleccionado.
- Interesaba el sexo porque algunos estudios reportan prevalencias de trastornos mentales, diferentes en hombres y en mujeres.
- Área de procedencia, rural o urbana, fue otra de las variables sociodemográficas a tener en cuenta para explorar diferencias significativas en materia de síntomas de trastornos mentales y del comportamiento.

Tamaño de la muestra

Se seleccionaron los siguientes criterios para la determinación del cálculo muestral:

- Tipo de estudio: se asumió que el tamizaje se comporta como un estudio de prevalencia o transversal.
- Estimador: proporciones para la mayoría de las variables.
- Confiabilidad: 95%.
- Prevalencia del fenómeno en estudio: 32% según RIPS de 2008.
- Precisión: 3%.
- Universo (N): total de la población de cada municipio.
- Tamaño muestral: Se presenta en resultados la muestra proyectada y la muestra definitiva de cada localidad del Departamento.

Población y muestra para Medellín

La población de estudio en la ciudad de Medellín estuvo en los mismos rangos de edad de la población del Departamento. Se obtuvo una muestra representativa de 1.024 encuestas por medio del software Epidat 3.1, teniendo en cuenta para el cálculo muestral, una prevalencia del evento del 40%, una población de 1.821.530, un nivel de confianza del 95% y un error en la precisión del 3%. Finalmente se trabajó con una muestra de 1.188 encuestas, teniendo en cuenta el 15% de sobre muestreo por posibles pérdidas en la aplicación de los cuestionarios.

Si en el momento de la encuesta se encontraban niños o niñas, cuya edad estuviera entre 5 y 15 años, a ellos se les aplicó el cuestionario RQC, con el fin de dar un valor agregado al estudio identificando la población infantil con signos y síntomas de interés en salud mental. Si en algún hogar había más de un niño o niña, se encuestaba sólo uno y se elegía al que tuviera el sexo diferente al último encuestado en la respectiva ruta, tratando de conservar la proporcionalidad en cuanto al sexo.

Se obtuvieron los datos aproximados del número de habitantes de cada comuna de Medellín, con el fin de realizar una distribución proporcional en cada comuna, del tamaño de muestra calculado y lograr que esta fuera representativa por comuna. La selección de las viviendas a encuestar se realizó aleatoriamente de una base de datos de hogares suministrada por la Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salud de Medellín; para esta selección se utilizó el software SPSS versión 16, logrando la participación de todas las comunas y la zona rural del Municipio. Sin embargo, los conflictos sociales en el momento del trabajo de campo, impidieron que se completara el tamaño de muestra requerido para lograr la representatividad en 4 de las 16 comunas del Municipio.

Por lo anterior, la muestra fue representativa para la población de Medellín pero no a nivel de comunas, ni respecto al sexo, dado que se requería encuestar a la persona “jefe de hogar”, la cual tenía mayor conocimiento sobre la situación al interior de la familia, y permanecía la mayor parte de tiempo en casa. Si la muestra hubiese sido representativa por sexo, la mayor dificultad se encontraría en la ubicación de los hombres en el hogar para la aplicación de la encuesta.

Otra población que se encuestó corresponde a personas en situación de desplazamiento, de las cuales no se contempló una muestra representativa debido a que este no era el objetivo principal del estudio; en este sentido, se encuestaron algunas personas que reconocieron su situación de desplazamiento, que aportaron información importante

relacionada con su salud mental. Por lo anterior, se debe tener presente en el análisis que estos no representan a todas las personas en situación de desplazamiento de Medellín. En consecuencia, se solicitó a la Gerencia de Desplazados de Medellín el informe sobre las comunas del Municipio en las cuales había mayor asentamiento de esta población y en esas comunas se dividió la muestra calculada en 50% población general y 50% población en situación de desplazamiento.

Selección de participantes, excepto Medellín

La unidad de muestreo fue la vivienda y la persona seleccionada para la entrevista fue el adulto, hombre o mujer, que estuviera en el hogar al momento de la encuesta. Si estaba acompañado de una persona menor, en las edades requeridas por el RQC, se procedía a realizar este test. Cada tres viviendas en el área urbana, iniciando en el extremo suroccidental o noroccidental de la primera calle o carrera, hasta completar la muestra seleccionada.

Para la selección de las personas de la zona rural, se propuso entrevistarlas por concentración, en sitios que no distaran más de una hora de la cabecera municipal, por asuntos de costos de desplazamiento de los encuestadores, así como por razones de seguridad.

No se calculó tamaño muestral para los menores; se dio la orientación de entrevistar a los niños y niñas tratando de conservar la proporcionalidad de la muestra por edad y sexo, en los hogares en los cuales existieran hijos; también, niños o niñas al cuidado de sus abuelos o familiares o de algún mayor responsable.

La captación de los hombres se hizo no solo en los hogares, también en sitios de trabajo o de esparcimiento; se consideró que por actividades laborales, podría ser más difícil la consecución de los datos.

Cada persona adulta firmó un consentimiento informado, al cual tuvo acceso de la lectura respectiva, antes de proceder al llenado de los instrumentos. En caso de no saber firmar, las personas encuestadoras recogieron la huella dactilar. Se clarificó a cada persona encuestada la importancia del estudio y la participación voluntaria, enfatizando en la necesidad de completar los tres cuestionarios, si aceptaba responderlos. En el caso del menor encuestado, el adulto significativo (padre, madre o acudiente) firmaban el consentimiento.

Los municipios de Envigado y Sabaneta no participaron del tamizaje, argumentaron tener un estudio semejante realizado en el año anterior. En el municipio de Concordia fue necesario repetir la recolección de la información por problemas técnicos en la aplicación de los instrumentos.

Instrumentos aplicados

Se utilizaron tres instrumentos para personas adultas: Apgar familiar, SRQ y QLi-Sp, y un instrumento para los niños-niñas (RQC). Estos instrumentos se seleccionaron con base en la consulta a expertos, teniendo en cuenta que lo que se pretendía era realizar un tamizaje y no un estudio diagnóstico. A continuación se explica brevemente en qué consiste y cuál es su utilidad.

APGAR Familiar

El Apgar familiar es un instrumento diseñado por Gabriel Smilkstein en 1978; se utiliza para evaluar la funcionalidad de un individuo con respecto a su familia⁷⁹. Es una percepción de tipo individual y puede variar entre los individuos de una misma familia. Está compuesto por “cinco preguntas que se corresponden con un área diferente de la función familiar: Adaptabilidad, Cooperación, Desarrollo, Afectividad y Capacidad resolutive. La consistencia interna es de 0.81 y la fiabilidad del test-retest es de 0.81⁸⁰”. Puntuaciones de 15 o menos indican algún grado de disfunción familiar.

Cuestionario de Calidad de Vida QLi-Sp

El constructo “Calidad de Vida”, en las últimas décadas, ha tomado especial relevancia y son muchos los instrumentos que se han desarrollado para valorarla. El cuestionario QLi-Sp (Quality of Life Index, versión española)⁸¹ es sencillo, fácil de comprender para la persona entrevistada y permite que las respuestas sean el producto de la valoración subjetiva que la persona hace respecto a su modo de vida en general, en su propio contexto social y cultural. Mide aspectos como bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionalidad interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios,

autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y una valoración global de la calidad de vida. Es una escala dimensional, es decir, a mayor puntuación mayor satisfacción, no obstante, el investigador puede establecer un punto de corte a partir de la observación del patrón de las respuestas en una población específica.

Cuestionario de Síntomas de Trastornos Mentales (SRQ)

El cuestionario ampliamente aplicado para personas entre 15 y 60 años es el Self Report Questionnaire (SRQ), instrumento desarrollado por la OMS y validado en varios países de América Latina⁸²; algunos autores sostienen que la sensibilidad del instrumento es de 94.6% mientras que la especificidad es de 40.2%⁸³ y por ello ha recibido críticas pues detecta síntomas pero no diferencia apropiadamente los enfermos de los sanos. Otro estudio más reciente aumenta la especificidad al 54%⁸⁴. En el mismo sentido, un estudio realizado en Uruguay señaló que la sensibilidad de este instrumento fue del 83% (más baja en comparación con los estudios anteriormente mencionados) y una especificidad del 82% con respecto a otro cuestionario Clinical Interview Schedule (CIH)⁸⁵.

Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20 si alguna de las preguntas 21 a 25 y de la 26 a la 30, se responden afirmativamente (Sí), se recomienda proceder a la realización de una evaluación diagnóstica. Además, si el comportamiento de una persona encuestada parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario. Igualmente si cualquiera de las preguntas de la 26 a la 30 se contesta afirmativamente revela problemas con el consumo de alcohol que requieren evaluación o remisión al médico para aclarar el diagnóstico.

El análisis del Cuestionario de Síntomas propone analizar 13 preguntas como reveladoras de síntomas depresivos y son las preguntas 2, 3, desde la 9 hasta la 18, y la número 20. La revisión de síntomas de angustia incluye las preguntas 1, desde la 3 hasta la 8, la 19 y 20.

Con respecto a la sintomatología de trastornos psicóticos, el instrumento contempla 4 preguntas que pueden estar relacionadas con síntomas de paranoia (¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?); de megalomanía (¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?); de interferencias en el pensamiento (¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?) o de

alucinaciones (¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?).

Cuestionario de Síntomas para Niños-Niñas (RQC)

El instrumento RQC es exclusivamente para niños y niñas entre 5 y 15 años, con una sensibilidad (capacidad del instrumento para revelar algún síntoma de psicopatología) del 89.7% y una especificidad (identificación de los pacientes sanos o que no presentan ningún trastorno) entre 62.7% y 95.8%⁸⁶. Un ítem positivo indica necesidad de evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Control de sesgos

Sesgos relacionados con los instrumentos

En este tamizaje se utilizaron instrumentos validados en el país, que han servido en estudios diagnósticos de otro tipo. De igual manera se realizó una prueba piloto con 25 personas para medir el tiempo de aplicación de la encuesta, así como factores relacionados con la comprensión de las preguntas de tal manera que se corrigieran algunos detalles, sin tergiversar las preguntas, para el logro de los objetivos propuestos.

Sesgos de la persona encuestadora

Se estandarizaron los asesores departamentales del área de salud mental, con el fin de realizar un entrenamiento a encuestadores en cada municipio.

Sesgos relacionados con la persona encuestada

Las personas encuestadas representaron individuos presentes en el hogar (aunque se pidió a las personas encuestadoras buscar también representantes del hogar de sexo masculino en los lugares de trabajo o de reunión social, aun considerando las limitaciones que ello representa para la veracidad de las respuestas, dado que no es un ámbito privado en la mayoría de los casos), captados aleatoriamente para disminuir los sesgos de selección; los primeros, se suponen en lugares más íntimos, seguros y, que por su presencia allí, tienen buen conocimiento de la dinámica de la familia.



Resultados

Análisis general de la muestra obtenida

Se encuestaron 45.876 personas adultas, entre 18 y 60 años de edad en todo el Departamento y 15.186 niños y niñas, entre 5 y 15 años. El promedio de edad para personas adultas fue de 37.4 ± 11.4 años y para los niños y niñas fue de 9.9 ± 3 años de edad.

Las mujeres aportaron el mayor número de personas encuestadas con un 72.4% de la muestra, mientras que el comportamiento en las personas menores de edad fue muy semejante tanto para el sexo femenino (50.5%) como para el masculino (49.5%). En 57 personas (0.1%) de la muestra no aparecieron datos de sexo.

Sexo (personas adultas encuestadas)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje del total con el dato sexo
Femenino	33233	72.4	72.4	72.53
Masculino	12587	27.4	99.9	27.47
Sin Dato	56	0.1		
Total	45876	100.0		

Tabla 2. Distribución por sexo de la población encuestada en Antioquia, 2009-2010.

Se tiene el dato de 15.186 personas menores de edad referidos por las personas adultas encuestadas; los niños y niñas no representan una muestra de la infancia de Antioquia pues no se realizó un cálculo de muestra para este grupo poblacional; la representación por sexo es similar a la del Departamento.

Sexo de niños y niñas referidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	7519	50.1	50.1
Masculino	7498	49.9	100.0
Total niños y niñas	15186	100.0	
Total adultos	45876	32.7	

Tabla 3. Distribución por sexo de los niños, niñas referidas por la población adulta encuestada en Antioquia, 2009-2010.

En cuanto a la procedencia de las personas encuestadas, el dato más sobresaliente corresponde al área urbana (68.6% de la muestra). En el 3.5% (1157 personas) no se encontró información sobre el área de procedencia.

Zona de residencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje del total sin pérdidas
Rural (veredas)	12786	27.9	27.9	28.9
Urbana	31494	68.6	96.6	71.1
Sin Dato	1597	3.5	100.0	
Total	45877	100.0	100.0	

Tabla 4. Distribución por zona de residencia de la población encuestada en Antioquia, 2009-2010.

El 4.9% de la población encuestada es afrodescendiente (2255 personas encuestadas); se logró entrevistar a 103 indígenas y 2 raizales. El resto de la población fue identificada como mestiza.

La descripción de los grupos étnicos encuestados no representa exactamente la estructura de razas en Antioquia, además un 34% no anotó esta condición. El grupo indígena solo constituye el 0.3% de la muestra de personas encuestadas que anotaron este dato, mientras que en Antioquia este grupo llega al 0.53%; el 92% de las personas se anotan como “mestizos” y el 7.5% como afrocolombianas.

Etnia (según persona adulta responsable)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje sin pérdidas
Afro colombiano	2255	4.9	4.9	7.5
Indígena	103	0.2	5.1	0.3
Mestizo	27635	60.2	65.3	92.1
Raizal	2	0.0	65.3	0.0
Sin Dato	15881	34.6	100.0	
Total	45876	100.0		

Tabla 5. Distribución por grupo étnico de la población encuestada en Antioquia, 2009-2010.

La población que informó tener o haber tenido situación de desplazamiento corresponde al 14.5% (6634 personas); resultado que debe interpretarse teniendo en cuenta que un gran porcentaje de la población encuestada, se quedó sin ser clasificada; se encontraron 18.746 personas, correspondientes al 40.9% de la muestra, sin dato que informara su situación de desplazamiento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje en datos válidos
Si	6634	14.5	14.5	24.5
No	20496	44.7	59.5	75.5
Sin Dato	18746	40.9	100.0	
Total	45876	100.0		

Tabla 6. Distribución por historia de desplazamiento de la población encuestada en Antioquia, 2009-2010.

Se calculó una muestra total de 50.424 individuos en todo el Departamento, proyectando pérdidas del 10% en cada una de las localidades. La muestra definitiva por municipios se presenta en la tabla No. 7

N°	Nombre del municipio	Muestra proyectada	Muestra definitiva
1	Abejorral	410	404
2	Abriaquí	138	138
3	Alejandro	198	192
4	Amagá	675	670
5	Amalfi	483	471
6	Andes	679	675
7	Angelópolis	331	324
8	Angostura	283	272
9	Anorí	434	188
10	Anzá	314	239
11	Apartadó	875	846
12	Arboletes	622	621
13	Argelia	255	253
14	Armenia	162	145
15	Barbosa	726	705
16	Bello	791	743
17	Belmira	249	245
18	Betania	299	295
19	Betulia	457	447
20	Briceño	316	310
21	Buriticá	373	367
22	Cáceres	588	428
23	Caicedo	174	172
24	Caldas	732	707
25	Campamento	197	194
26	Cañasgordas	199	166
27	Caracolí	106	102
28	Caramanta	325	319
29	Carepa	470	466
30	Carolina del Príncipe	206	252
31	Caucasia	325	321
32	Chigorodó	449	428
33	Cisneros	309	306
34	Ciudad Bolívar	464	373
35	Cocorná	267	262
36	Concepción	206	202
37	Concordia	370	0*

Tamizaje de Salud Mental Departamento de Antioquia 2009 - 2010



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

N°	Nombre del municipio	Muestra proyectada	Muestra definitiva
38	Copacabana	724	704
39	Dabeiba	432	431
40	Donmatías	304	300
41	Ebéjico	398	384
42	El Bagre	660	655
43	El Carmen de Viboral	350	149
44	El Peñol	317	308
45	El Retiro	311	303
46	El Santuario	306	138
47	Entrerriós	244	239
48	Envigado	750	0**
49	Fredonia	444	434
50	Frontino	483	134
51	Giraldo	299	296
52	Girardota	711	689
53	Gómez Plata	352	103
54	Granada	270	266
55	Guadalupe	257	252
56	Guarne	311	306
57	Guatapé	350	342
58	Heliconia	416	406
59	Hispania	260	260
60	Itagüí	732	721
61	Ituango	313	308
62	Jardín	317	310
63	Jericó	285	283
64	La Ceja del Tambo	512	501
65	La Estrella	703	691
66	La Pintada	251	251
67	La Unión	447	431
68	Liborina	327	316
69	Maceo	356	343
70	Marinilla	386	381
71	Medellín	1024	1188
72	Montebello	206	203
73	Murindó	237	268
74	Mutatá	621	611
75	Nariño	306	285
76	Nechí	530	511
77	Necoclí	580	574
78	Olaya	171	167

Tamizaje de Salud Mental Departamento de Antioquia 2009 - 2010



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

N°	Nombre del municipio	Muestra proyectada	Muestra definitiva
79	Peque	365	358
80	Pueblorrico	263	255
81	Puerto Berrío	615	604
82	Puerto Nare	267	267
83	Puerto Triunfo	386	373
84	Remedios	479	467
85	Rionegro	504	498
86	Sabanalarga	187	148
87	Sabaneta	749	0**
88	Salgar	410	386
89	San Andrés de C.	201	191
90	San Carlos	398	392
91	San Francisco	296	286
92	San Jerónimo	250	249
93	San José de la Montaña	125	125
94	San Juan de Urabá	449	444
95	San Luis	391	382
96	San Pedro de los Milagros	312	142
97	San Pedro de Urabá	787	777
98	San Rafael	338	326
99	San Roque	511	485
100	San Vicente	237	227
101	Santa Bárbara	585	585
102	Santa Fe de Antioquia	598	598
103	Santa Rosa de Osos	512	504
104	Santo Domingo	406	398
105	Segovia	565	550
106	Sonsón	465	451
107	Sopetrán	356	344
108	Támesis	333	318
109	Tarazá	560	546
110	Tarso	247	246
111	Titiribí	361	324
112	Toledo	228	218
113	Turbo	536	517
114	Uramita	250	240
115	Urrao	378	376
116	Valdivia	460	453
117	Valparaíso	240	240
118	Vegachí	317	313
119	Venecia	342	337

Tamizaje de Salud Mental Departamento de Antioquia 2009 - 2010



N°	Nombre del municipio	Muestra proyectada	Muestra definitiva
120	Vigía del Fuerte	139	137
121	Yalí	236	236
122	Yarumal	559	507
123	Yolombó	521	513
124	Yondó	448	439
125	Zaragoza	552	418
	TOTAL	50424	45876

* El Municipio presentó problemas con las encuestas, situación que al momento del resumen de los datos, no permitió ser tenida en cuenta.

** Municipios que argumentaron tener un estudio reciente de Salud Mental, razón por la cual no realizaron las encuestas.

Tabla 7. Total de la muestra por municipio de Antioquia, 2009-2010.

Análisis de salud mental del departamento de Antioquia

Análisis de funcionamiento familiar (APGAR de familia)

En el departamento de Antioquia, la disfunción familiar se percibió en el 42.7% (19.160) de las personas entrevistadas; son aquellos que calificaron \leq a 15, en un puntaje de 0 a 20 (Tabla 8). La Mediana (Me) del APGAR es de 16 puntos (50.8% de la población entrevistada).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mal funcionamiento	19610	42.7	42.7
Funcionamiento normal	26266	57.3	100.0
Total	45876	100.0	

Tabla 8. Gravedad de la disfunción familiar según personas adultas jefes de hogar. Antioquia, 2009-2010.

El APGAR da cuenta de cinco (5) categorías de funcionamiento familiar: Adaptación, Participación, Ganancia o Crecimiento, Afecto y Recursos. La proporción de personas

Tamizaje de Salud Mental Departamento de Antioquia 2009 - 2010



que valoraron positivamente cada uno de los componentes que evalúa este instrumento, se puede observar en la tabla 9.

	Frecuencia (N°)*	Porcentaje (%)
Adaptación	24575	53.5
Participación	21562	47.0
Ganancia o Crecimiento	24600	53.6
Afecto	22585	49.2
Recursos	23939	52.2

* De 45876 personas entrevistadas.

Tabla 9. Frecuencia de respuestas positivas a los diferentes componentes del APGAR. Antioquia, 2009-2010.

La percepción del mal funcionamiento familiar, en la cifra de 42.7% de los encuestados (casi la mitad), pone en evidencia la apremiante necesidad de una intervención con las familias de Antioquia, que sea continua. Si se analiza cada ítem que compone el APGAR familiar, se observa que casi la mitad de los entrevistados puntúan de manera negativa para adaptación, afecto, participación, ganancia, recursos, los cinco (5) componentes del instrumento en mención.

Las preguntas 1, 2 y 3 se refieren también a la percepción de apoyo familiar y las preguntas 4 y 5 al vínculo familiar. Las personas entrevistadas consideran que tienen o cuentan con apoyo familiar en más del 50% y en igual proporción, a sentirse vinculados familiarmente.

Sintomatología de Trastornos Mentales del Adulto (SRQ)^{87, 88}

Es importante recordar que el Self-Reporting Questionary (SRQ) consta de 30 preguntas propuestas por Climent y Arango en el año 1983, para quienes se desempeñan como trabajadores de Salud Mental en Atención Primaria en Salud.³

3 Nos acogemos a la definición propuesta por la DECLARACIÓN DE ALMA-ATA, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978: [“... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familia de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.³]



Las preguntas de la 1 a la 20 dan cuenta de sintomatología relacionada con depresión, angustia (ansiedad). Un puntaje ≥ 11 es indicativo de que se requiere evaluación “especializada”. La tabla 10 indica que el 14.5% (6.647 personas) de la muestra del departamento de Antioquia presenta sintomatología.

	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
Normal	39230	85.5	85.5
Sintomatología depresiva o de angustia	6646	14.5	100.0
Total	45876	100.0	

Tabla 10. Sintomatología relacionada con Depresión, Angustia o Trastornos de Ansiedad. Antioquia, 2009-2010.

Para efectos del análisis se agruparon los individuos que contestaron positivamente entre 1 y 13 de estas preguntas, de tal manera que quien tiene las 13 se consideró con sintomatología severa, de 9 a 12 mayor sintomatología, de 5 a 8 sintomatología media y entre 1 y 4 preguntas positivas, sintomatología leve. En este orden se informa su frecuencia absoluta y relativa en la tabla N° 11, encontrándose que el 75.7% de la población tiene al menos un síntoma y un 6.9% requiere otras evaluaciones para confirmar o descartar la presencia de Depresión.

	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
Sintomatología Depresión Severa	141	0.3	0.3
Mayor síntoma	2898	6.3	6.6
Síntoma medio	9139	19.9	26.5
Síntoma leve	22537	49.1	75.7
Sin sintomatología	11160	24.3	100.0
Total	45876	100.0	

Tabla 11. Sintomatología depresiva según niveles de severidad en población adulta. Antioquia, 2009-2010.



Un 12.8% de la población respondió afirmativamente a la pregunta 17, “Ha tenido la idea de acabar con su vida”, la cual se valoró como ideación suicida; al respecto, cuando se analizó esta pregunta en relación con la ponderación de gravedad de la sintomatología depresiva, se observa que un 12.7% de los entrevistados están en alto riesgo porque tienen sintomatología depresiva e ideación suicida.

Análisis del SRQ, preguntas 21 al 24

En el SRQ, las preguntas 21 al 24 se refieren a síntomas de Psicosis; la número 21, ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?, tuvo una frecuencia de respuesta del 51%; la frecuencia de la pregunta número 22, ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?, fue de 66.5%. A la pregunta número 23, ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?, respondió el 17.8% de los encuestados, y, a la pregunta 24, ¿Oye voces sin saber de dónde vienen, o que otras personas no pueden oír?, contestó afirmativamente el 12%.

La tabla 12 informa la frecuencia absoluta y relativa de sintomatología relacionada con Psicosis según el número de preguntas positivas⁸⁹.

	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
Sintomatología Severa (4 preguntas positivas)	2062	4.6	4.6
Mayor sintomatología (3 preguntas positivas)	5469	12.0	16.6
Sintomatología media (2 preguntas positivas)	14155	30.9	47.4
Sintomatología leve (1 pregunta positiva)	15156	33.1	80.5
Sin sintomatología (0)	8601	19.0	100.0
Total	45876	100.0	

Tabla 12. Sintomatología de Psicosis según número de preguntas positivas. Antioquia, 2009-2010.

La sintomatología de trastornos psicóticos, se presentó en el 80.5% de la población, en comparación con un 75.7% de síntomas depresivos y otros relacionados. El 4.6% de los encuestados respondió afirmativamente a las 4 preguntas sugestivas de sintomatología psicótica. Se debe tener en cuenta que las preguntas para depresión son 13 mientras que las de psicosis con solo cuatro, por lo que se presume una mayor precisión en la captación de síntomas depresivos.

Problemas con el uso de alcohol (preguntas 26 a 30 SRQ)

La tabla 13 ilustra la puntuación alcanzada por las personas entrevistadas, en términos de referir o no, algún problema con el consumo de alcohol. El 14.5% de la población reportó problemas que requieren ser evaluados mediante la aplicación de otros instrumentos psicométricos y/o la remisión a especialistas.

	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
Sin sintomatología	39230	85.5	85.5
Con alguna sintomatología (al menos 1 de las 5 preguntas)	6646	14.5	100.0
Total	45876	100.0	

Tabla 13. Personas adultas con al menos un síntoma de consumo problemático de alcohol. Antioquia, 2009-2010.

Tal como se observa en la Tabla 14, al parecer el 72.8% de la población revela no tener sintomatología de problemas con el alcohol, aunque culturalmente este consumo es aceptado socialmente, como se evidenció en la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas del 2008; en el mismo sentido, menos del 1% de la población del Departamento se identifica con sintomatología severa y al menos, el 16.7% que respondieron 1 pregunta positiva requieren valoración por un especialista.

	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
Sintomatología Severa (5 preguntas positivas)	90	0.2	0.2
Mayor sintomatología (4 preguntas positivas)	855	1.9	2.1
Sintomatología moderada (3 preguntas positivas)	1296	2.8	4.9
Sintomatología media (2 preguntas positivas)	2555	5.6	10.5
Sintomatología leve (1 pregunta positiva)	7682	16.7	27.2
Sin sintomatología (0)	333990	72.8	100.0
Total	45876	100.0	

Tabla 14. Severidad en la presencia de sintomatología de consumo problemático de alcohol según número de preguntas positivas. Antioquia, 2009-2010.

Análisis del Cuestionario de Calidad de Vida QLi-Sp

La tabla N° 15 ilustra los ítems que se quieren evaluar con cada una de las preguntas del test, así como los valores del percentil más bajo y de la mediana de los datos. Como es una escala dimensional, a mayor puntuación la percepción es mayormente positiva. Los resultados muestran que la mayor parte de las personas entrevistadas consideran que su calidad de vida es altamente satisfactoria.

N° de pregunta	Ítem	Cuartil mas bajo (25%)	Mediana (50%)
1	Bienestar físico	8	9
2	Bienestar psicológico	6	8
3	Cuidado personal	8	9
4	Funcionamiento ocupacional	8	9
5	Funcionamiento interpersonal	8	9
6	Apoyo social y emocional	7	9
7	Apoyo estatal y servicios	7	8
8	Plenitud personal	7	9
9	Plenitud espiritual	8	9
10	Calidad de vida global	8	9

Tabla 15 Percepción de calidad de vida de las personas adultas entrevistadas. Antioquia, 2009-2010.

La población antioqueña entrevistada considera que su calidad de vida es alta, el puntaje promedio es de 83 ± 13 , en una escala de 10 a 100, donde 10 es el menor valor y 100, el más alto.

El menor valor asignado fue a la pregunta “Sentirse bien consigo mismo” interpretada como bienestar psicológico, la puntuación asignada fue de 6 sobre 10 en el cuartil 25; en cuanto al apoyo social y emocional, al apoyo estatal y de servicios y plenitud personal, la mediana de los datos se ubica entre 8 y 9 en la escala de 1 a 10, resultado que no dista mucho del primer cuartil (25% de los datos).

Un total de 125 personas (0.2%) califican con una percepción negativa su calidad de vida; tanto la cifra absoluta como la relativa no es muy alta comparada con la percepción positiva de calidad de vida.

Análisis de sintomatología de trastornos relacionados con salud mental en niños y niñas según el instrumento RQC (Reporting Questionnaire for Children)

El total de la muestra de niños y niñas se distribuyó de manera semejante entre el sexo masculino (49.3%) y el femenino (50.7%). El promedio de edad fue de 11 ± 3 años cumplidos. La mediana de edad fue de 10 (RIQ=7-12 años).

El 51.7% de población menor entrevistada presentó alguna sintomatología compatible con problemas de salud mental; en consecuencia requieren ser remitida para valoración que confirme o descarte la presencia de alguna patología psiquiátrica o problema psicosocial, teniendo en cuenta que una sola respuesta positiva indica la remisión para evitar complicaciones futuras.

Respecto a los síntomas infantiles más frecuentes, fue la pregunta siete (El niño o niña se asusta o se pone nervioso o nerviosa sin razón) tuvo mayor frecuencia de respuestas positivas, según el 22.3% de las personas adultas entrevistadas para responder por el niño o la niña. Le siguen en orden descendente la pregunta tres (presencia de convulsiones o caídas al suelo sin razón), con una frecuencia de 15.9% y la pregunta uno, (dificultades en el lenguaje) con un 13.5%; esta mayor frecuencia en la pregunta 7 hace pensar en la necesidad de atención oportuna, acompañamiento familiar y escolar.

Del total de niños y niñas con sintomatología (9.022 personas), el 50% o menos respondieron al menos una pregunta positiva. La frecuencia de niños y niñas con las diez respuestas positivas fue menor del 1% de las personas encuestadas; entre 8 y 10 respuestas positivas también fue una cifra irrelevante en términos estadísticos más no en términos clínicos, o sea que 38 de los menores encuestados requieren con mayor urgencia la realización de exámenes diagnósticos.

La tabla 16 resume la frecuencia de sintomatología relacionada con trastornos mentales y psicosociales en niños y niñas, indicando las respuestas positivas a cada uno de los ítems.

N° de pregunta	Ítem	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Lenguaje anormal	2357	13.5
2	Duerme mal	1482	8.5
3	Convulsiones o caídas sin razón	1270	7.3
4	Frecuentes dolores de cabeza	2775	15.9
5	Ha huido de la casa	930	5.3
6	Sustracción de elementos de casa	1567	9.0
7	Nervioso (a) o asustadizo (o)	3878	22.3
8	Lento aprendizaje	2600	14.9
9	Relaciones sociales	2429	14.0
10	Enuresis o Encopresis	1515	8.7

Tabla 16. Número y proporción de niños-niñas con sintomatología positiva según la persona adulta. Antioquia, 2009-2010.

Aun a pesar de reconocer que en las personas adultas las cifras de sintomatología de trastornos mentales y del comportamiento, son preocupantes, es mucho más alarmante una cifra del 51.7% entre niños y niñas con algún síntoma. La cifra de 7.3% de presencia de convulsiones entre niños y niñas es preocupante puesto que puede indicar un síndrome convulsivo importante.

Resultados del tamizaje por subregiones y municipios

El departamento de Antioquia está compuesto por nueve subregiones: Urabá, Occidente, Suroeste, Valle de Aburrá, Oriente, Norte, Nordeste, Bajo Cauca y Magdalena Medio; todas ellas con semejanzas y diferencias que las identifican y las caracterizan. Este capítulo está destinado a mostrar el comportamiento de los datos obtenidos del Tamizaje en Salud Mental por Subregión y los municipios que representan cada una de ellas.



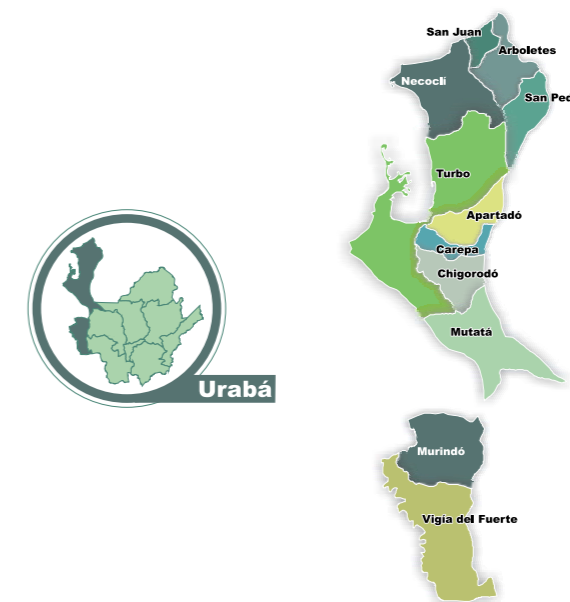
Subregión de Urabá

Urabá es una subregión compuesta por 11 municipios, donde habitan el 8.96% de las personas antioqueñas; es como muchas, una zona de alto conflicto social mezclado con unas enormes perspectivas socioeconómicas, que deben involucrar como requisito esencial el desarrollo humano. Es la única salida al Mar Caribe del departamento, encontrándose allí importantes plantaciones de banano y un puerto para la exportación de este producto.

Su historia reciente está atravesada por el hecho de ser un territorio que se anexó al departamento de Antioquia y, posteriormente los colonizadores intentaron trasladar un modelo social, que había sido exitoso en otras colonizaciones antioqueñas, a un territorio completamente diferente, lo que según Steiner⁹⁰ fue uno de los motivos que contribuyeron a producir los desencuentros de modelos sociales que se manifestaron luego en el conflicto armado.

En 1988, se organiza una “limpieza” al Urabá antioqueño y comienzan las masacres⁹¹, homicidios, desplazamientos y amenazas, ampliamente documentadas y atribuidas a diferentes actores del conflicto armado, lo que la ha convertido en una zona inestable socialmente a pesar de su riqueza agroindustrial.

Esta región aportó a la muestra total del tamizaje, 5.831 personas adultas y 2.844 niños y niñas. Los principales resultados se ilustran en el cuadro anexo al Mapa 1.



Síntomas de depresión y angustia: 13.7% (796 personas)
 Ideación suicida: 10.7% (624 personas)
 Sintomatología de epilepsia: 6.4% (373 personas)
 Síntomas de psicosis: 81.5% (4783 personas)
 Consumo problemático de alcohol: 18% (1048 personas)
 Sintomatología de problemas de salud mental en niños y niñas: 58.5% (1606 niños y niñas)
 Mal funcionamiento familiar: 45.8% (2673 personas)
 Satisfacción con la calidad de vida: 87.8% (5118 personas)

Mapa N° 1 Sintomatología de trastornos relacionados con la salud mental. Subregión Urabá Antioquia, 2009-2010.

En el tamizaje de salud mental se encontraron **síntomas de depresión, angustia (ansiedad)** que afectan al 13.7% de la población adulta, por debajo de la media departamental (14.4%); los municipios de Arboletes, Apartadó, Carepa, Mutatá, San Juan de Urabá y Vigía del Fuerte se encuentran por encima de la media regional siendo San Juan de Urabá el más afectado por estos síntomas (17.1%). Los otros municipios están por debajo de la media regional y Murindó presenta la cifra más baja: 6.7% de sintomáticos (Gráfico 4).

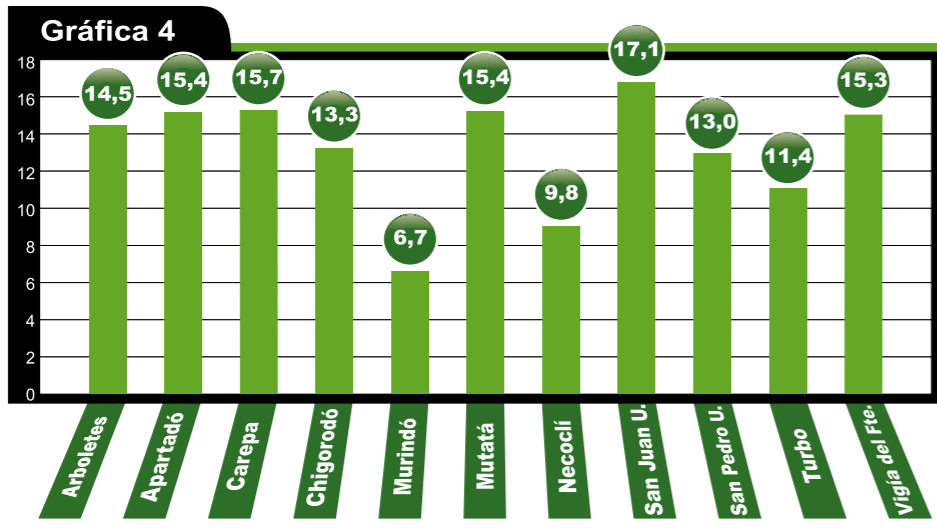


Gráfico 4. Proporción de personas adultas con sintomatología de depresión, angustia (ansiedad) en los municipios de la subregión Urabá. 2009-2010.

Tamizaje de Salud Mental Departamento de Antioquia 2009 - 2010



La **ideación suicida** está presente en el 10.7% de los adultos (también por debajo de la media departamental: 12.4%) y por encima del promedio regional aparece en los adultos de Apartadó, Carepa, Mutatá, San Juan de Urabá y Turbo, siendo Carepa la localidad con mayor ideación suicida (14.2%) y San Pedro de Urabá la menor (7.2%).

La población afectada por cualquier **síntoma de psicosis** fue del 81.5%, dato que podría ser alarmante si no se reconociera la poca especificidad de las preguntas que miden esta condición; sin embargo, esta cifra amerita nuevas evaluaciones en esta subregión por encontrarse por encima del promedio departamental (80.7%). Apartadó, Mutatá, Necolí, San Juan de Urabá y Vigía del Fuerte están mas afectados, especialmente éste último municipio (94.9%), mientras que en Murindó el 64.5% presenta algún síntoma.

El 6.4% de las personas adultas de la subregión reporta **sintomatología de epilepsia**, un 0.4% mayor que el resto del Departamento; Apartadó, San Juan de Urabá y Vigía del Fuerte, siendo este último el más afectado con 10.2%, mientras que en Arboletes solo el 3.9% afirmó tener éste síntoma.

El 18% de las personas adultas ha tenido **problemas con el uso de alcohol**, un promedio muy por debajo de Antioquia (25.9%), pero en Arboletes, Apartadó, Carepa, Chigorodó y Vigía del Fuerte este promedio sube a 16.1% y 24.8%. San Pedro de Urabá presenta el porcentaje más bajo de la subregión: 6.4%. (Gráfico 5).

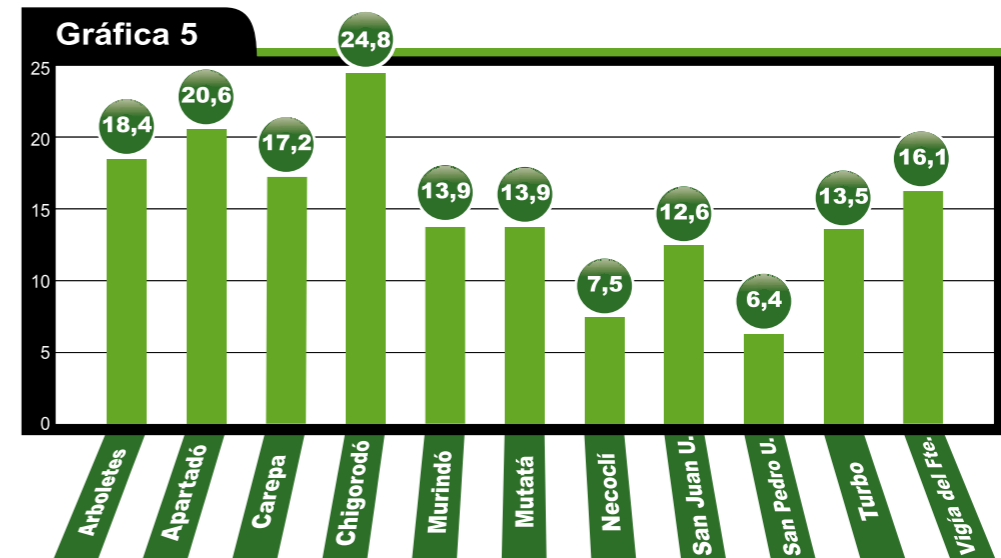


Gráfico 5. Consumo problemático de alcohol en municipios de la subregión Urabá. 2009-2010.

Tamizaje de Salud Mental Departamento de Antioquia 2009 - 2010



El reporte de sintomatología de **problemas de salud mental en los niños y niñas** presenta gran variabilidad en los once municipios de Urabá, aunque la media subregional 58.5% es mayor a la departamental (51.9%); el municipio con la mayor proporción de niños-niñas con alguna afectación por cualquier síntoma es San Pedro de Urabá (76.8%); también se encuentra esta problemática infantil por encima de la media regional (51.2%) en los municipios de Arboletes, Apartadó, Carepa, Chigorodó, San Pedro U, Turbo y Vigía del Fuerte. Necoclí reporta la sintomatología más baja de la subregión (Gráfico 6).

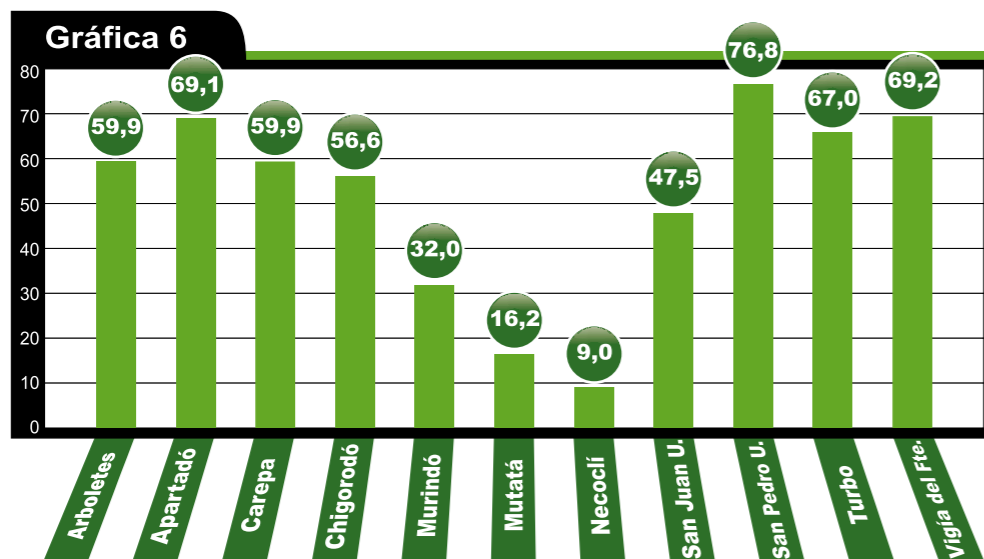


Gráfico 6. Problemática de salud mental en niños-niñas según municipio de la subregión Urabá. 2009-2010.

Respecto a la percepción de **disfunción familiar**, la subregión presenta cifras ligeramente más altas que el Departamento: 45.8% frente a 44.6%; esta ocurrencia se presenta en los municipios de Arboletes, Carepa, Chigorodó, Mutatá, San Juan de Urabá y Vigía del Fuerte, mientras que Necoclí y Murindó se encuentran muy por debajo de la media subregional. El resto de los municipios no presenta mayor variabilidad (Gráfico 7).

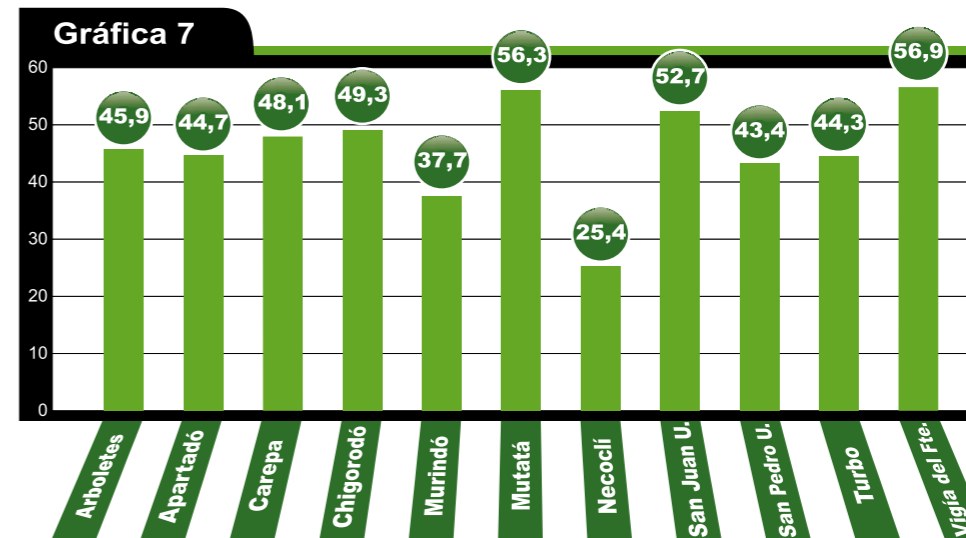


Gráfico 7. Proporción de personas adultas que perciben disfunción familiar según los municipios de la subregión Urabá. 2009-2010.

La **percepción de la calidad de vida** es bastante buena en la mayoría de las personas adultas encuestadas y en todos los municipios de la subregión, incluso mejor que en resto del Departamento: 87.8% frente al 84.2% departamental. En los municipios de Carepa, Chigorodó y Turbo esta percepción no es tan alta: oscila entre 82% y 83%. Como en el resto del Departamento no parece relacionarse la percepción de la calidad de vida con la ausencia de problemas de salud mental (Gráfico 8).

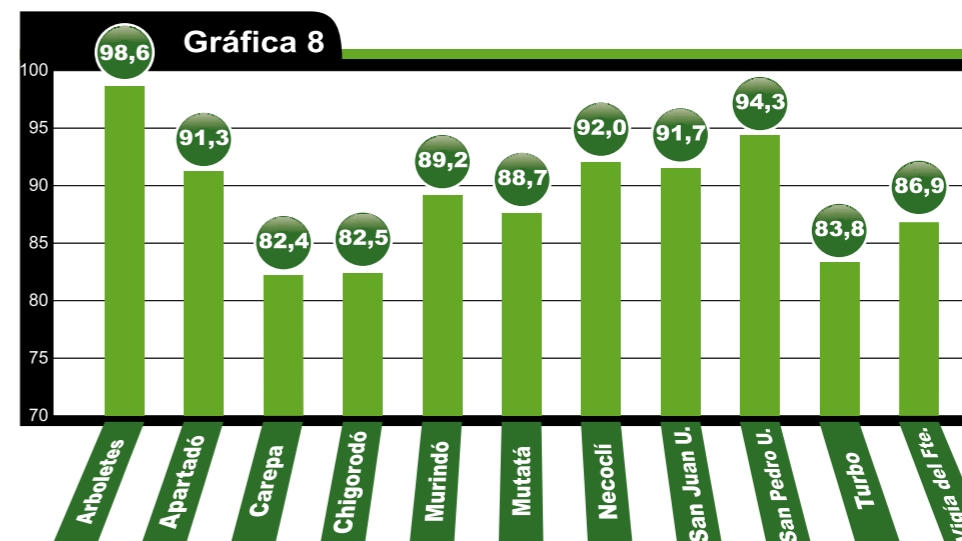


Gráfico 8. Percepción de calidad de vida por municipio de la subregión Urabá. 2009-2010.

En resumen (Gráfico 9), si se ordenan los municipios de la subregión por número de problemáticas tamizadas, podríamos afirmar que Vigía del Fuerte y Apartadó son los que presentan mayor número de personas afectadas por diversas sintomatologías asociadas con problemas de salud mental (seis problemáticas de siete); Murindó, Necoclí y San Pedro de Urabá sólo presentan una problemática de las siete estudiadas.

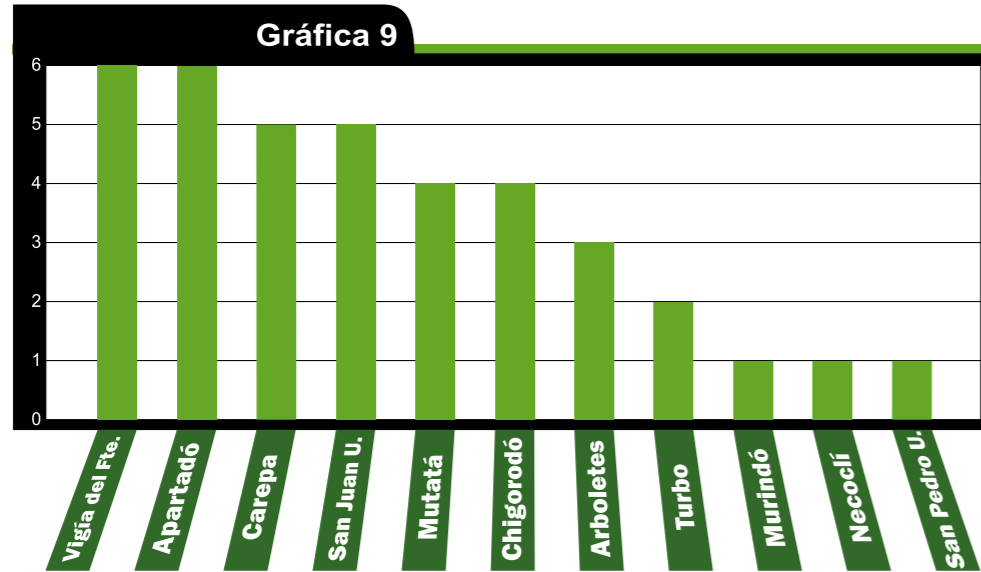


Gráfico 9. Número de problemáticas tamizadas por encima de la media subregional. Subregión Urabá. 2009-2010.

Subregión Suroeste

Esta subregión la componen 23 municipios; el municipio de Concordia recolectó la información con posterioridad a la tabulación general de los datos; como consecuencia no está incluido en el presente análisis; el aporte muestral fue de 2330 personas adultas y 1519 niños y niñas. Las problemáticas identificadas en el tamizaje de salud mental, se resumen en el cuadro anexo al Mapa 2.



Síntomas de depresión y angustia:	16.3% (1313 personas)
Ideación suicida:	15.6% (363 personas)
Sintomatología de epilepsia:	6.5% (151 personas)
Síntomas de psicosis:	86.3% (6946 personas)
Consumo problemático de alcohol:	26.2% (2110 personas)
Sintomatología de problemas de salud mental en niños y niñas:	66.7% (1519 niños y niñas)
Mal funcionamiento familiar:	37.5% (2330 personas)
Satisfacción con la calidad de vida:	84.3% (6791 personas)

Mapa 2. Sintomatología de trastornos relacionados con la salud mental. Subregión Suroeste Antioquia, 2009-2010.

Suroeste es una Subregión dividida en 23 municipios, atravesada por el Río Cauca y el Río San Juan; allí habita el 6.6% de las personas antioqueñas. Es una de las salidas hacia el sur del país y la única carretera para comunicarse con el departamento de Chocó. Su economía depende principalmente del café, la minería y otros productos agrícolas; es una de las principales productoras de café en Colombia. También ha desarrollado el turismo por su clima y paisaje.

En la década de los 50 esta región se vio duramente golpeada por la polarización bipartidista, y en los 80 los grupos insurgentes tuvieron una fuerte presencia en la región, que junto con la violencia, la crisis del café y la presencia temprana del narcotráfico, la convirtieron en un foco de confrontación. Aunque ha sido una zona próspera, en las crisis cafeteras se desestabilizó económica y socialmente.

La bibliografía consultada al respecto informa que algunos propietarios de fincas y comerciantes, implementaron grupos de autodefensas. Existen registros de prensa sobre amenazas, desapariciones, asesinato selectivo de campesinos y líderes cívicos. El Suroeste no es ajeno a la dinámica nacional de concentración de tierras. Entre 1997 y 1998 el recrudecimiento de la violencia empieza a cobrar nuevas víctimas y a extender su impacto sobre la población más pobre con desplazamiento, enfrentamientos y “limpieza social”⁹².

En el tamizaje de salud mental se encontraron **síntomas de depresión, angustia (ansiedad)** que afectan al 16.3% de la población adulta, por encima de la media departamental (14.4%); los municipios de Amagá, Betulia, Caramanta, Ciudad Bolívar, La Pintada, Montebello, Pueblorrico, Salgar, Támesis, Titiribí y Urrao tienen cifras más elevadas que la media subregional, siendo Urrao el más afectado con un 29.8% de las personas adultas entrevistadas. Angelópolis y Jardín refieren cifras cercanas al 6% de personas adultas afectadas. (Gráfico 10).

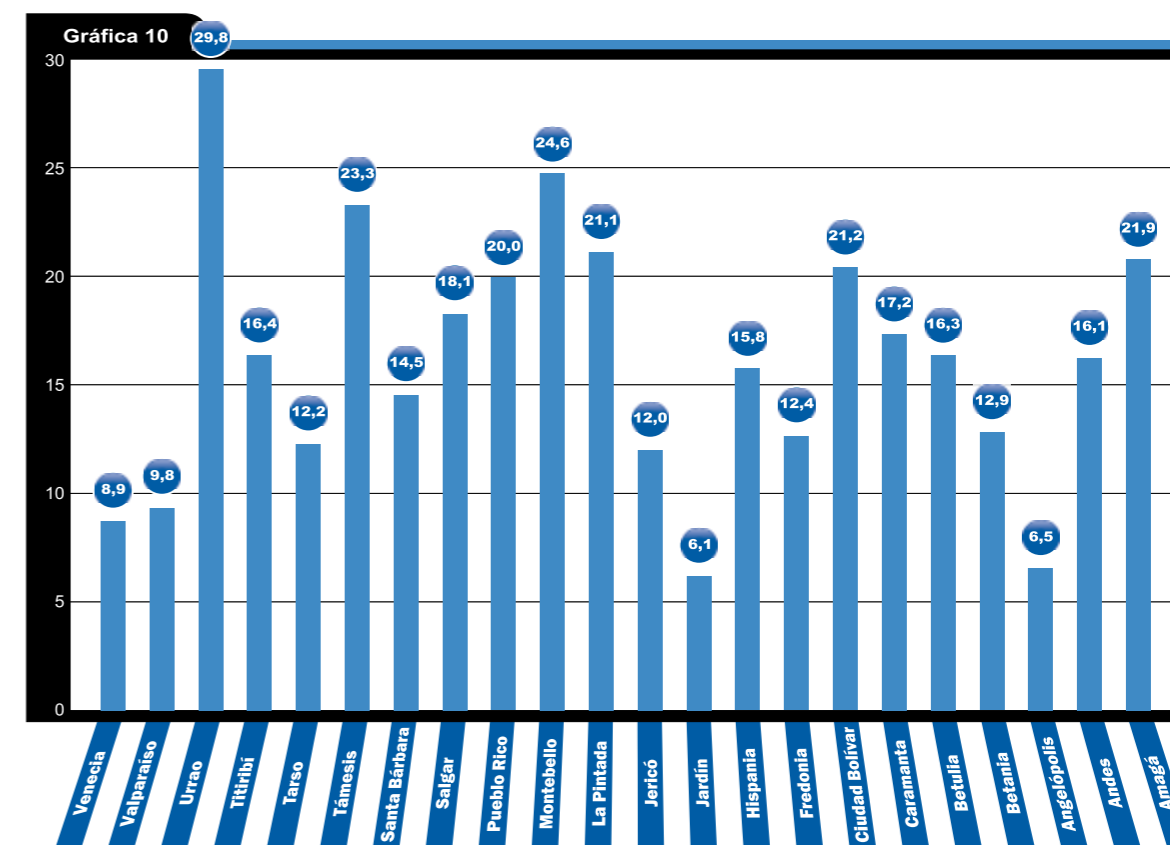


Gráfico 10. Sintomatología de depresión y angustia (ansiedad) según municipios. Subregión Suroeste. 2009-2010.

La **ideación suicida** está presente en el 15.6% de las personas adultas (por encima de la media departamental que está en 12.4%) y también por encima del promedio subregional aparece en las personas adultas de Amagá, Andes, Ciudad Bolívar, La Pintada, Salgar, Támesis, Titiribí y Urrao, siendo Andes la localidad con mayor ideación suicida (24.7%); el municipio de Angelópolis tiene la menor proporción de esta ideación (8.3%).

La población afectada por cualquier **síntoma de psicosis** fue del 86.3%, dato que podría ser alarmante si no se reconociera la poca especificidad de las preguntas que miden esta condición, lo que indica la necesidad de nuevos diagnósticos. En cifras, el municipio más afectado fue Valparaíso (95.4%).

El 6.5% de las personas adultas de la subregión reporta **sintomatología de epilepsia**, 0.5%

más que el resto del Departamento (6%); Andes, Betania, Betulia, Caramanta, Montebello, Pueblorrico, Salgar, Támesis, Tarso y Urrao están más afectados, especialmente Montebello con 15.3% de personas adultas sintomáticas, mientras que en Hispania solo el 2.3% afirmó tener este problema.

El 26.2% de las personas adultas tiene **problemáticas por el consumo de alcohol**, un promedio similar al del Departamento (25.9%); el gráfico 11 ilustra el comportamiento de los datos; varios municipios presentan cifras entre 26% y 50 % de personas afectadas; en Salgar y Támesis se presentan los porcentajes más bajos de la subregión: 9.6% y 10.1% respectivamente. (Gráfico 11).

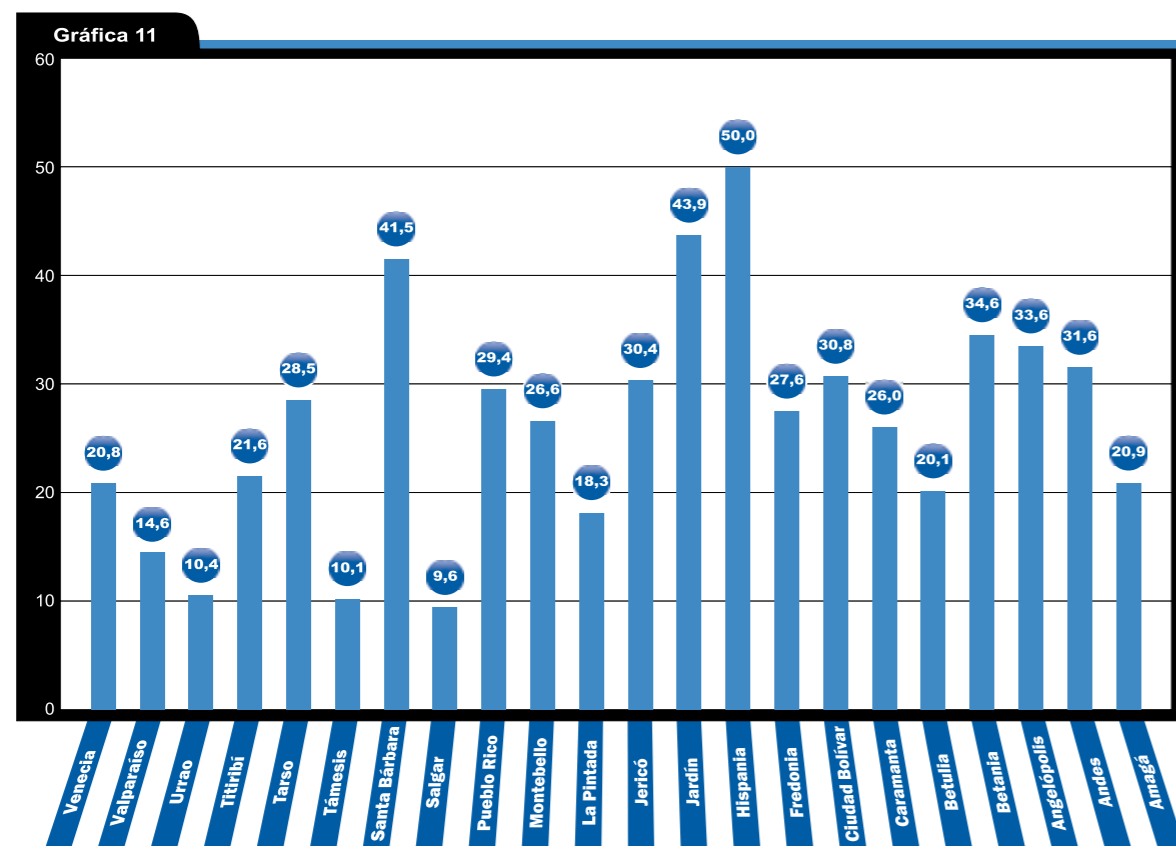


Gráfico 11. Consumo problemático de alcohol en los municipios de la subregión Suroeste. 2009-2010.

La sintomatología de **problemas de salud mental en los niños y niñas** presenta una variabilidad entre 52% y 86% en la mayoría de los municipios de Suroeste, aunque la media subregional (66.7%) es más alta que la departamental (51.9%); el municipio con la mayor proporción de niños-niñas afectados por cualquier síntoma son Amagá y Pueblorrico (86%); también se encuentran por encima de la media regional los municipios de Andes, Angelópolis, Betulia, entre otros. Salgar reporta la frecuencia más baja de sintomatología en niños-niñas. En los municipios de Urrao y Valparaiso no se obtuvo muestra de niños y niñas (Gráfico 12).

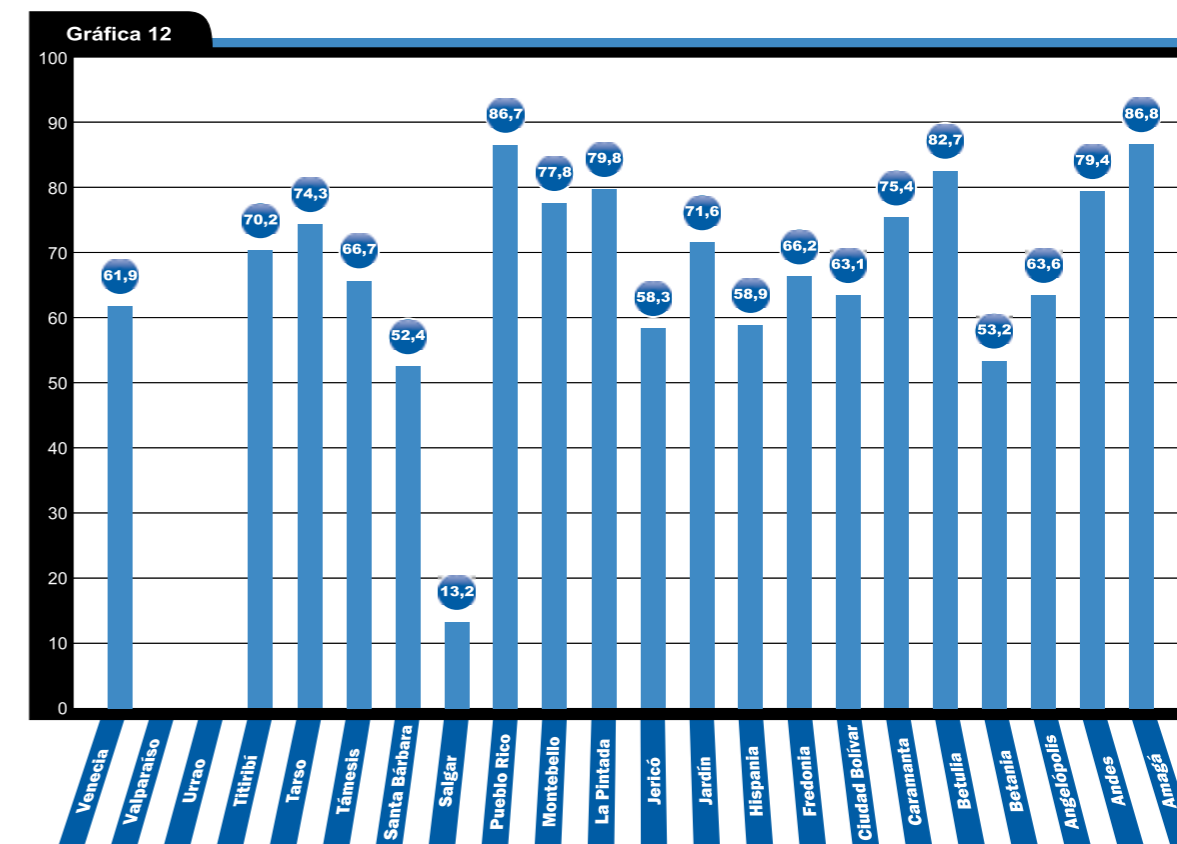


Gráfico 12. Sintomatología de problemas relacionados con salud mental en niños-niñas según municipio. Subregión Suroeste. 2009-2010.

Respecto a la percepción de **disfunción familiar** (Gráfico 13), la subregión presenta en promedio cifras de 37.5%, más bajas que el promedio del Departamento (44.6%); los municipios que están por encima del promedio subregional son Andes, Betulia, Ciudad Bolívar, Hispania, Montebello (la más alta de la subregión: 60.6%), Santa Bárbara, Tarso, Urrao y Valparaíso, mientras que en Caramanta, Angelópolis y Salgar, alrededor del 25% de las personas adultas, percibe esta situación en su familia.

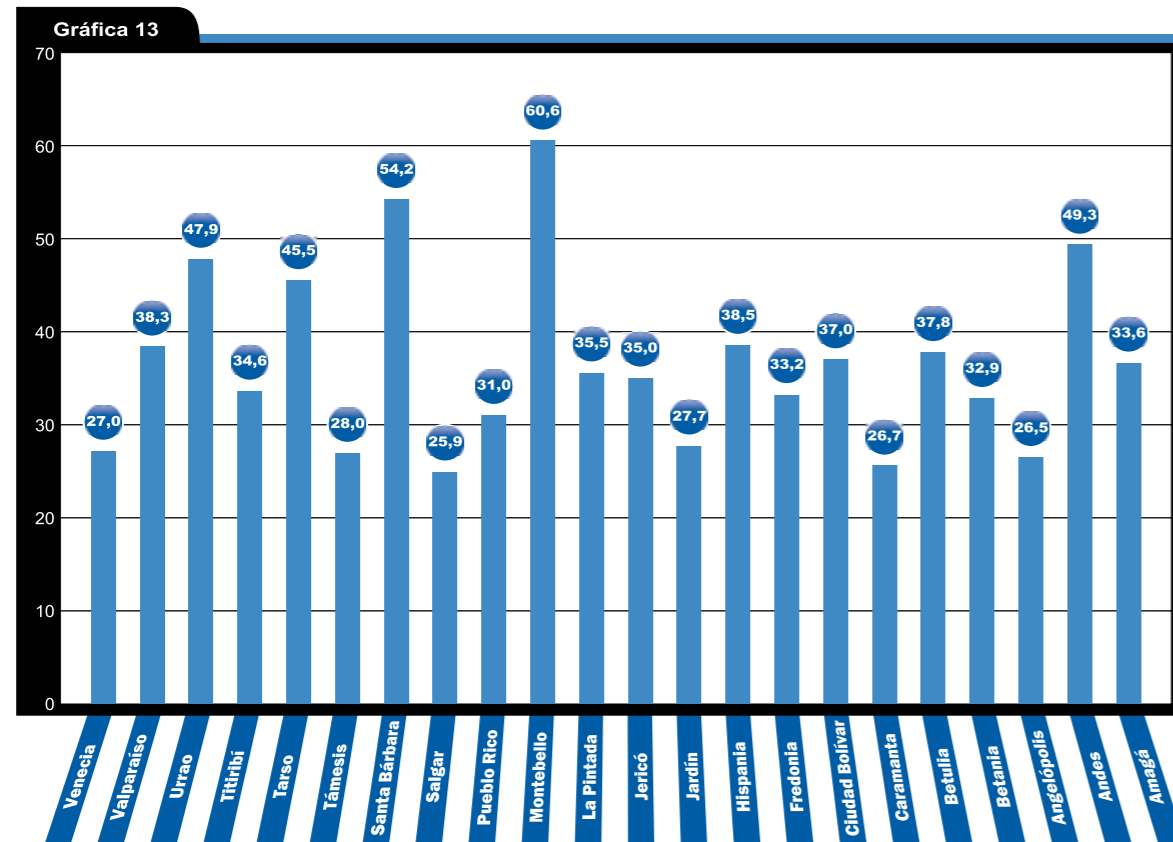


Gráfico 13. Disfunción familiar por municipios de la subregión Suroeste. 2009-2010.

La percepción de la **calidad de vida** se ilustra en el Gráfico 14; la mayoría de las personas adultas encuestadas y en todos los municipios de la subregión, la percepción es muy buena, incluso es similar al promedio del Departamento: 84.3% frente al 84.2% departamental. En los municipios de Amagá, Andes, Ciudad Bolívar, Hispania, Montebello, Pueblorrico, Santa Bárbara, Tarso y Urrao esta percepción no es tan alta pero sigue siendo bastante aceptable: allí oscila entre 64% y 83%. Urrao, Montebello y Pueblorrico son los municipios con más baja percepción de calidad de vida. Como en el resto del Departamento no parece relacionarse la percepción de la calidad de vida con la ausencia de problemas de salud mental.

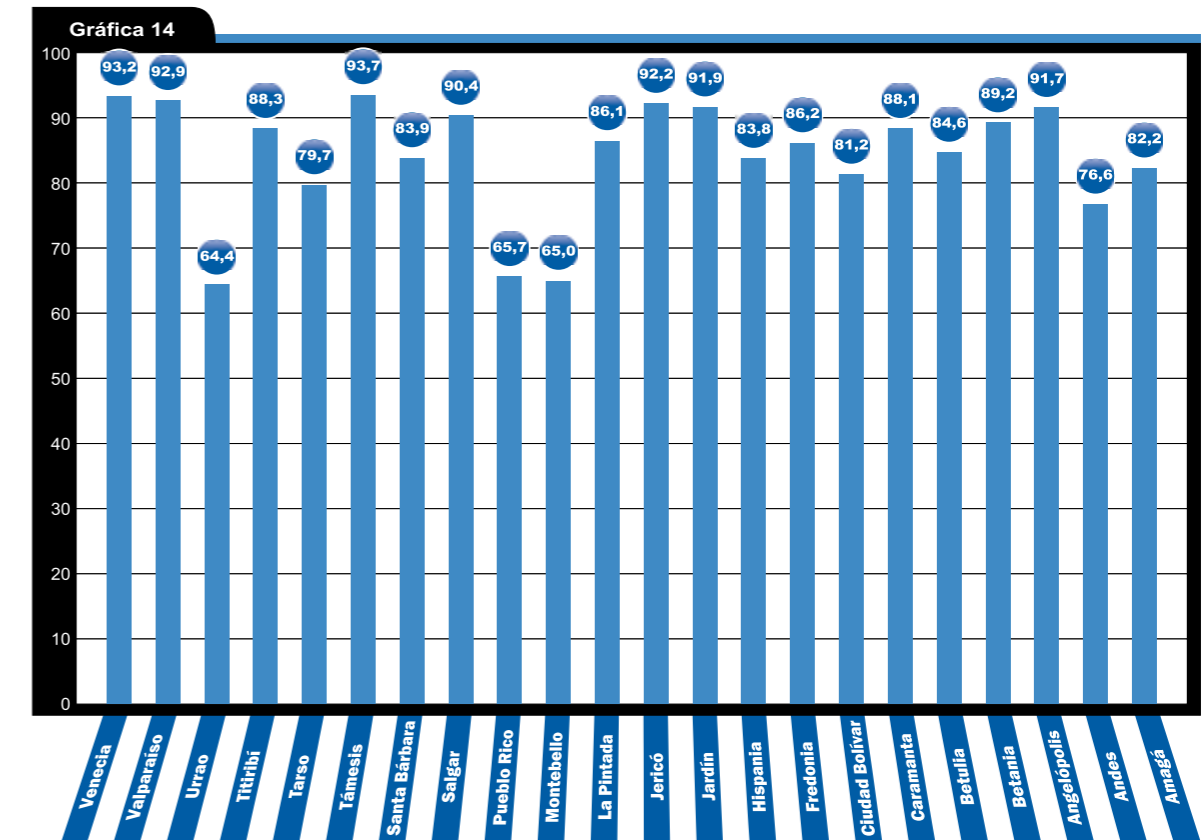


Gráfico 14. Percepción de calidad de vida en los municipios de la subregión Suroeste. 2009-2010.

En resumen, si se ordenan los municipios de la subregión por número de problemáticas tamizadas, podríamos afirmar que Ciudad Bolívar es el municipio que presenta el mayor número de los problemas de salud mental (6 de 7), así como también Támesis, Pueblorrico, Montebello, Betulia y Andes (5 de 7); Jericó sólo presenta una problemática de las siete estudiadas (Gráfico 15).

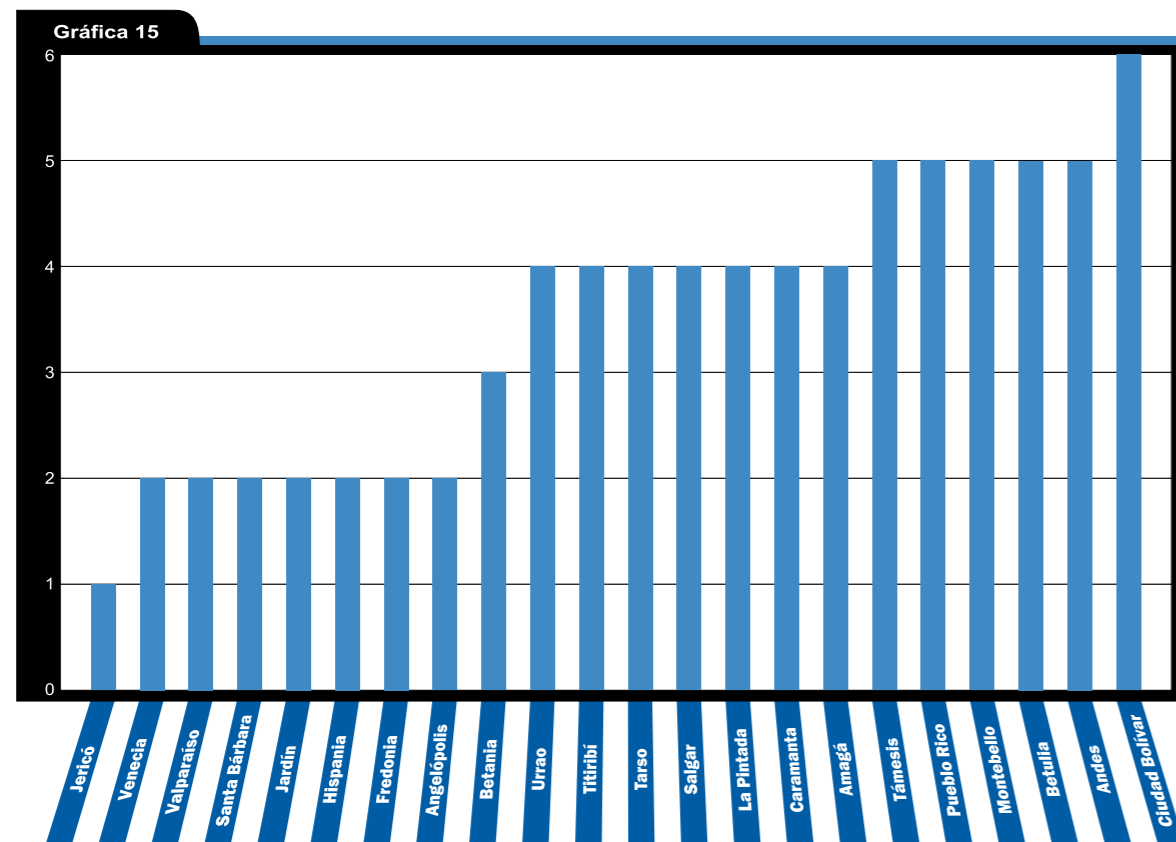
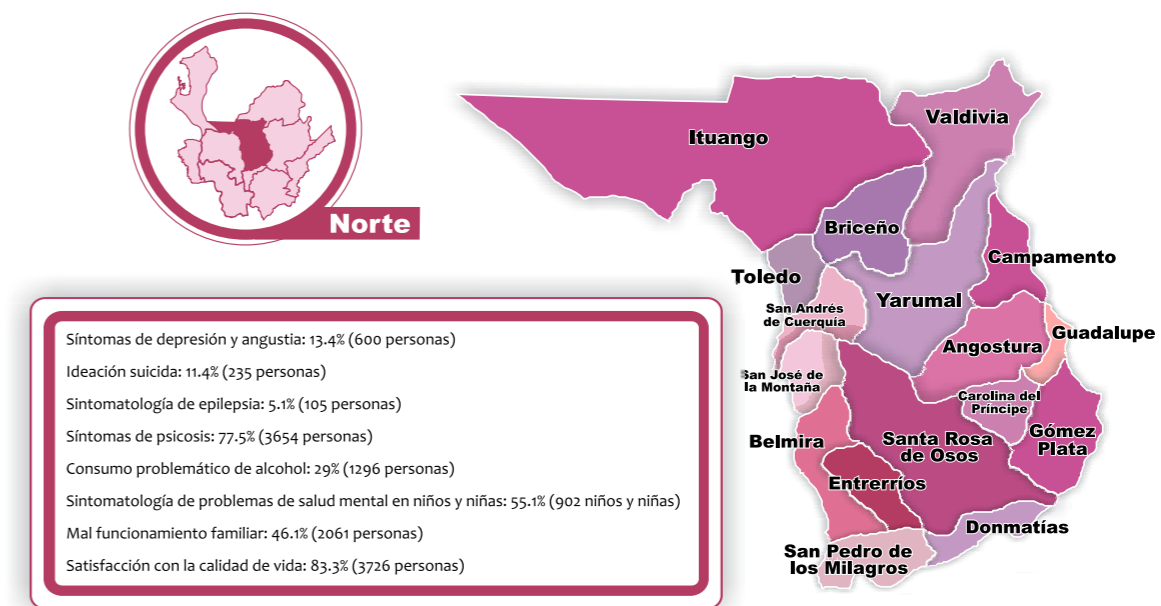


Gráfico 15. Número de problemáticas tamizadas por encima de la media subregional. Subregión Suroeste. 2009-2010.

Subregión Norte

Los 17 municipios que conforman la Subregión Norte aportaron 2061 personas adultas y 902 niños y niñas a la muestra. En el cuadro anexo al Mapa 3 se pueden observar los resultados obtenidos en la ejecución del tamizaje de salud mental del Departamento.



Mapa 3. Sintomatología de trastornos relacionados con la salud mental. Subregión Norte Antioquia, 2009-2010.

Norte es una subregión donde habita el 4.2% de las personas antioqueñas, con 17 municipios, una gran producción lechera, clima templado y frío. Su topografía está formada por un altiplano. Tiene una importante tradición religiosa. El Norte antioqueño es una opción de turismo por sus atractivos naturales y arquitectónicos.

El conflicto armado en esta región como en todo el Departamento ha marcado la vida de sus habitantes. En 1997 fue escenario de la masacre del Aro; además ha tenido que enfrentar la voladura de las torres de energía, durante varias décadas, una de las estrategias de los actores del conflicto armado; algunas partes de su territorio están sembradas de minas antipersonal, con el consiguiente aumento de la discapacidad y en consecuencia, el deterioro de la calidad de vida de sus habitantes⁹³.

En el tamizaje de salud mental se encontraron **síntomas de depresión, angustia (ansiedad)** que afectan al 13.4% de la población adulta (Gráfico 16), cifra más baja con respecto al promedio departamental (14.4%); los resultados muestran una gran variabilidad aún entre los municipios que están más afectados como Angostura, Briceño, Gómez Plata, Ituango, San Pedro de los Milagros, Toledo y Yarumal que tienen cifras por encima del promedio subregional. Ituango reporta síntomas en el 33.1% de las personas adultas, mientras que Valdivia tiene el 4.9% de personas adultas afectadas.

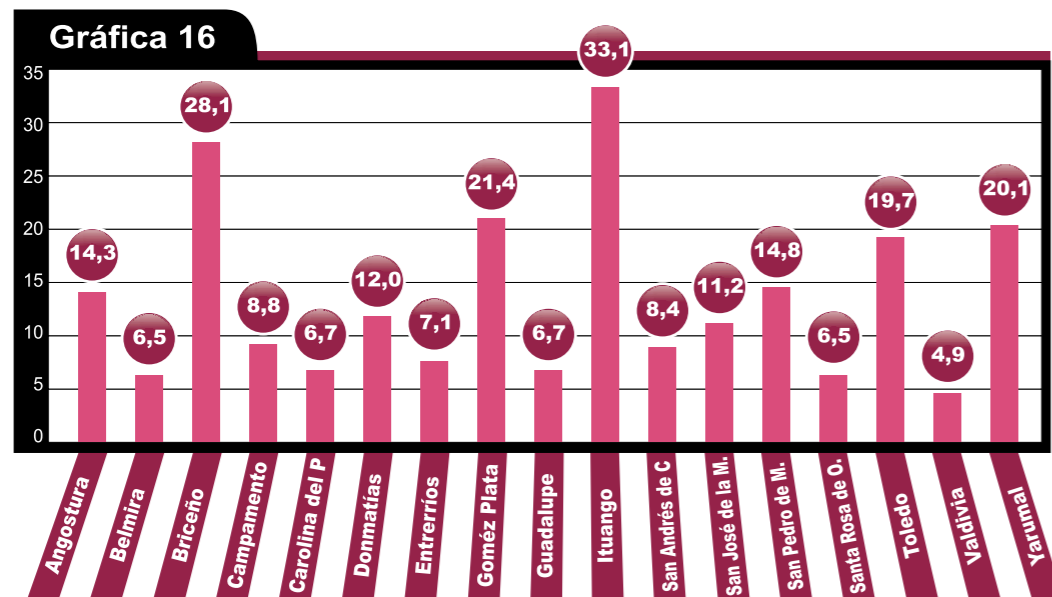


Gráfico 16. Sintomatología de depresión, angustia (ansiedad) en los municipios de la subregión Norte. 2009-2010.

La **ideación suicida** está presente en el 11.4% de las personas adultas (similar al promedio departamental: 12.4%); por encima del promedio subregional aparece este síntoma en las personas adultas de Angostura, Belmira, Briceño, Carolina del Príncipe, Donmatías, Gómez Plata, Ituango, Toledo y Yarumal siendo Briceño la localidad con mayor ideación suicida (19.4%); el municipio de Valdivia tiene la menor proporción de esta ideación (6%), lo que es coherente con sus niveles bajos de depresión, angustia (ansiedad).

La población afectada por cualquier **síntoma de psicosis** en la subregión fue del 77.5%, dato que podría ser alarmante si no se reconociera la poca especificidad de las preguntas que miden esta condición; este promedio es menor que el departamental (80.7%). Los municipios de Angostura, Briceño, Carolina del Príncipe, Entrerrios, Gómez

Plata, Guadalupe, Ituango, San Andrés de Cuerquía, San José de la Montaña, Valdivia y Yarumal están más afectados, especialmente Carolina del Príncipe (97.2%), mientras que en Campamento el 67% presentan algún síntoma de psicosis.

El 5.1% de las personas adultas de la subregión reporta **sintomatología de epilepsia**, 0.9% menos que el resto del Departamento (6%); Angostura, Belmira, Briceño, Carolina del Príncipe, Ituango, Santa Rosa de Osos, Toledo y Yarumal están más afectados, especialmente Toledo y Belmira con 11% y 10.6% respectivamente; en Campamento solo alrededor el 0.5% afirmó tener éste problema.

La frecuencia de **consumo problemático de alcohol** fue de 29% de las personas adultas, un promedio un poco superior al del departamento de Antioquia (25.9%); las cifras oscilan entre 12% y 89.7% de personas afectadas, ésta última cifra en el municipio de Carolina del Príncipe. San José de la Montaña y Santa Rosa de Osos presentan los porcentajes de problemas con alcohol más bajos de la subregión, alrededor del 12% (Gráfico 17).

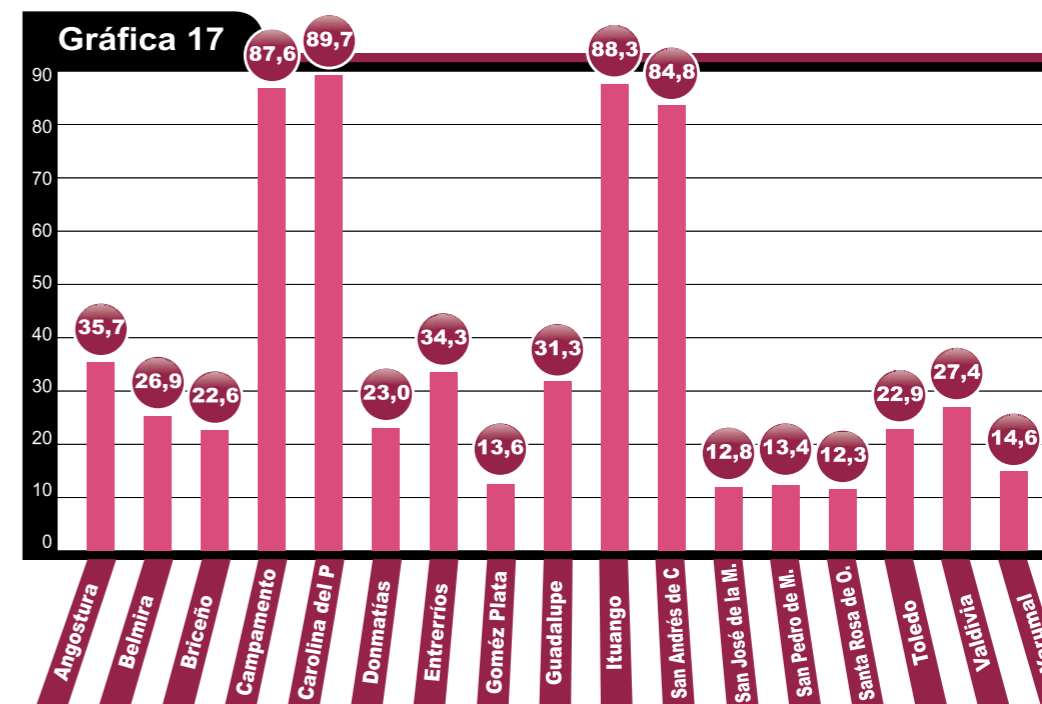


Gráfico 17. Consumo problemático de alcohol en los municipios de la subregión Norte. 2009-2010.

El gráfico 18 ilustra la sintomatología de **problemas de salud mental en los niños y las niñas**, datos que muestran gran variabilidad entre los municipios que conforman la región. La media subregional (55.1%) es mayor a la departamental (51.9%); los municipios con la mayor proporción de niños-niñas afectados por cualquier síntoma son Briceño (83.7%), Angostura, Belmira, Donmatías, Entrerriós, Gómez Plata, Ituango, San Pedro de los Milagros, Santa Rosa de Osos, Toledo y Yarumal, con frecuencias por encima de la media regional. Carolina del Príncipe reporta la frecuencia más baja de sintomatología. Valdivia no reportó datos.

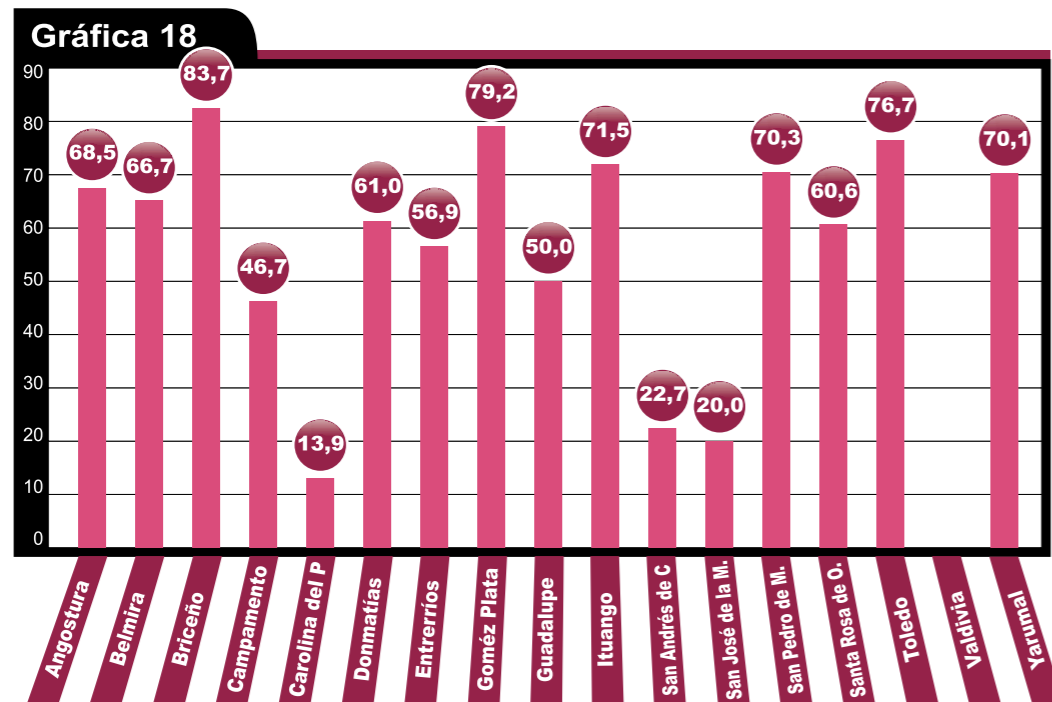


Gráfico 18. Proporción de problemas de salud mental en niños-niñas según municipio de la subregión Norte. 2009-2010.

Respecto a la percepción de **disfunción familiar**, la subregión presenta en promedio cifras de 46.1%, cifra cercana al promedio del Departamento (44.6%); los municipios que están por encima del promedio subregional son Belmira, Campamento, Gómez Plata, Ituango, San Andrés de Cuerquía, Santa Rosa de Osos, Toledo y Valdivia; Belmira tiene la proporción más alta de la subregión (96.3%), muy por encima incluso de otros municipios del Departamento (Gráfico 19).

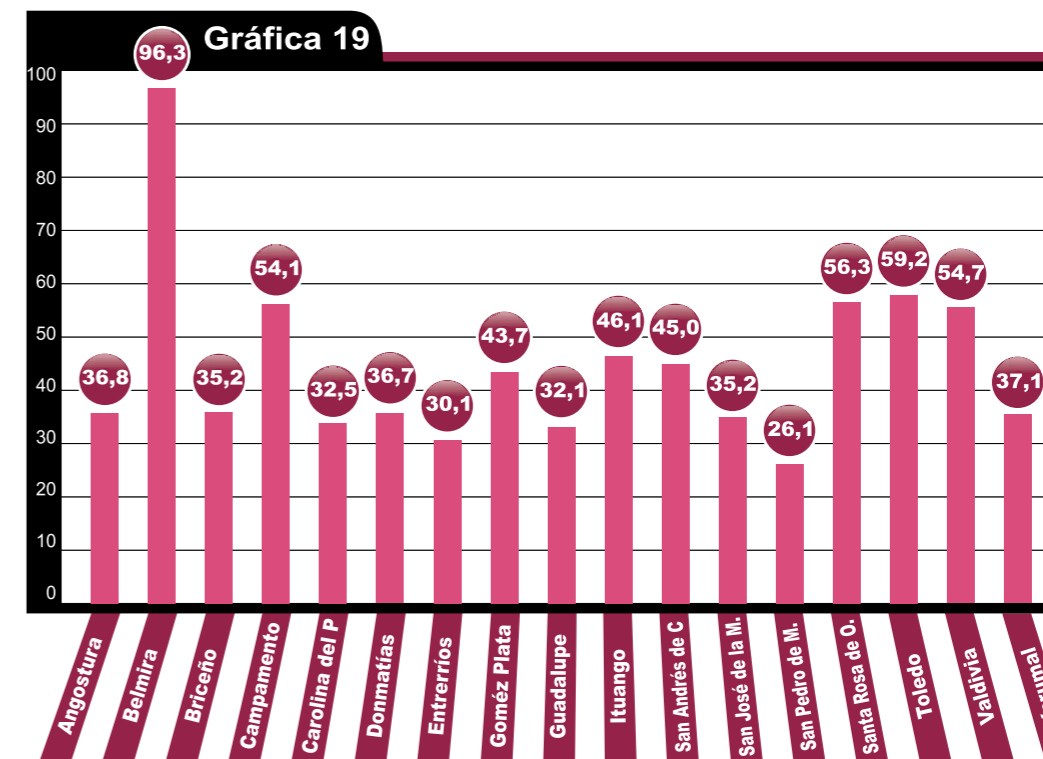


Gráfico 19. Disfunción familiar según municipios. Subregión Norte. 2009-2010.

La percepción de la **calidad de vida** se resumen en el Gráfico 20; la mayoría de las personas adultas encuestadas en casi todos los municipios de la subregión refieren como muy bueno este indicador, que comparado con el resto del Departamento, presenta promedios casi iguales: 83.3% frente al 84.2% departamental. En los municipios de Belmira, Briceño e Ituango, esta percepción es baja comparada con los otros municipios, aún así se encuentra entre el 65% y 74%.

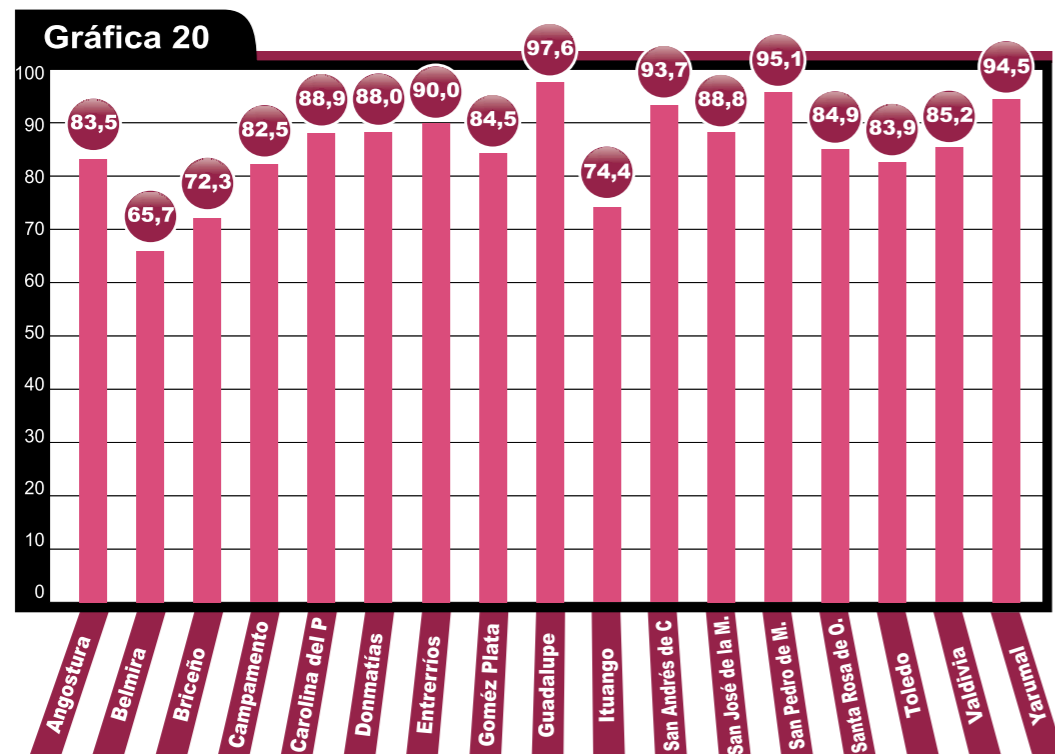


Gráfico 20. Percepción de calidad de vida. Subregión Norte. 2009-2010.

En resumen, si se ordenan los municipios de la subregión por número de problemáticas tamizadas (Gráfico 21), podríamos afirmar que Ituango es uno de los municipio más problematizados del Departamento y de la subregión: presenta todas las problemáticas estudiadas por encima de la media subregional; Angostura presenta 6 de las 7 y Briceño, Gómez Plata, Toledo y Yarumal 5 de las 7; Guadalupe y San José de la Montaña presentan solamente una problemática por encima del promedio subregional.

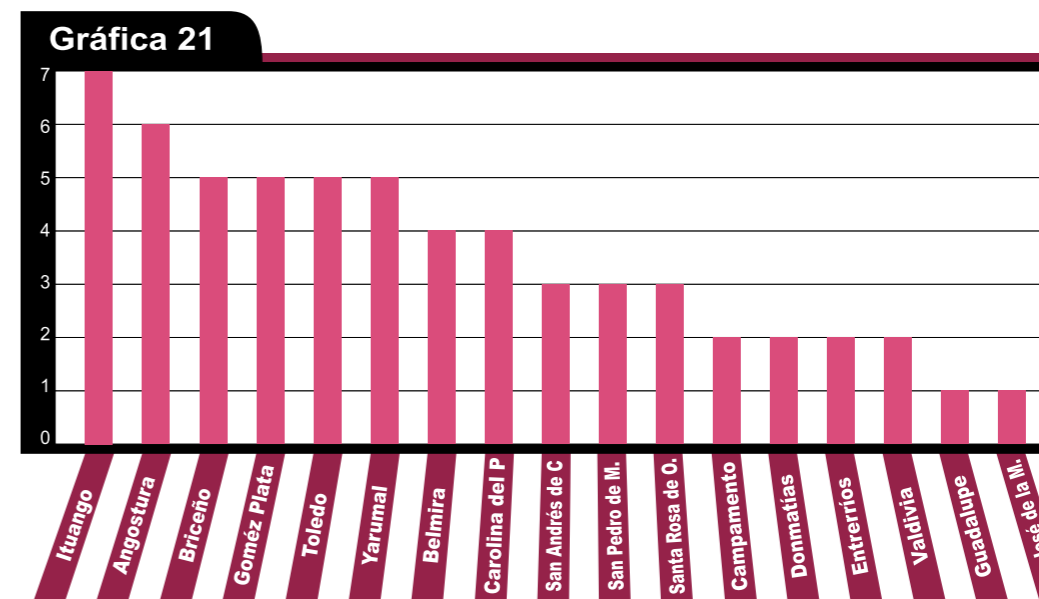
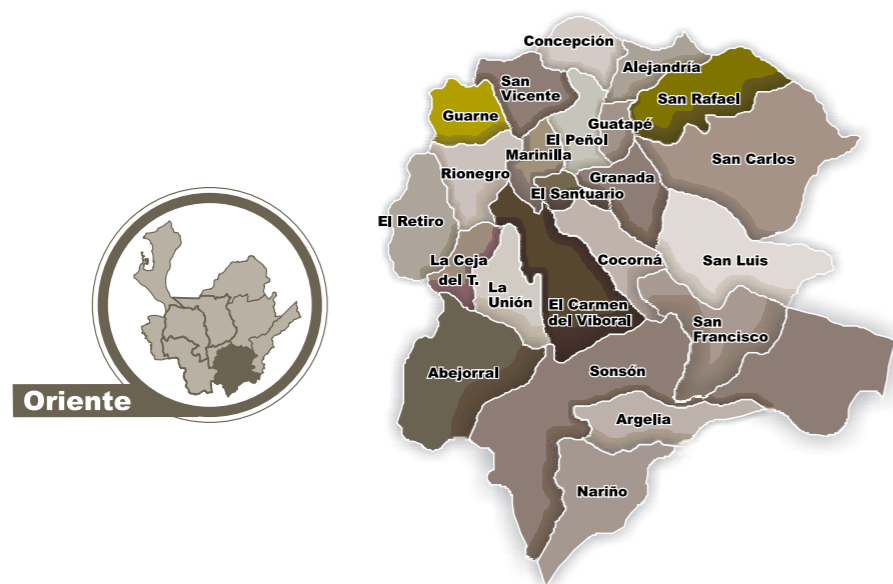


Gráfico 21. Número de problemáticas tamizadas por encima de la media subregional. Subregión Norte. 2009-2010.

Subregión Oriente

En los 23 municipios que conforman la subregión se encuestaron 7285 personas adultas y 2408 personas menores de ambos sexos (cuadro anexo Mapa 4). Esta subregión es también altamente vulnerable por la vivencia y las secuelas del conflicto armado, que inciden negativamente en la salud integral de quienes lo padecieron y lo padecen.



Síntomas de depresión y angustia: 15.7% (1145 personas)
Ideación suicida: 12.6% (918 personas)
Sintomatología de epilepsia: 6.2% (452 personas)
Síntomas de psicosis: 80.9% (5851 personas)
Consumo problemático de alcohol: 21.9% (1595 personas)
Sintomatología de problemas de salud mental en niños y niñas: 51.5% (1241 niños y niñas)
Mal funcionamiento familiar: 41.7% (3037 personas)
Satisfacción con la calidad de vida: 86.4% (6291 personas)

En esta subregión habita el 9.5% de las personas antioqueñas. Está dividida en 23 municipios y es atravesada por la vía que conduce al centro de Colombia y a su capital. Sus municipios reconocen bajos niveles de gobernabilidad democrática, desarticulación supramunicipal de las instancias de planificación, concentración de la conectividad vial y precariedad en la vinculación intrazonal, falta de visión prospectiva y de evaluación de las vocaciones económicas del territorio, desatención del sistema productivo rural tradicional que sufre insuficiencia tecnológica, organizativa, financiera y de mercados, descontextualización de la educación y de los servicios relacionados con el desarrollo humano y debilidad en la articulación sociocultural, así como una pobre cultura ciudadana que permita la resolución de conflictos familiares y sociales, y rehabilitar derechos vulnerados por la confrontación armada⁹⁴.

Todas estas variables, sumadas al deterioro progresivo de los suelos y de los demás recursos naturales, insuficiencia de la infraestructura de agua potable y saneamiento básico, hacen que sus condiciones de vulnerabilidad sean mayores. Ha sido una región que desplaza población hacia Medellín y otros municipios de la misma región.

En el tamizaje de salud mental se encontraron **síntomas de depresión, angustia (ansiedad)** que afectan al 15.7% de la población adulta, cifra ligeramente más alta que el promedio departamental (14.4%); los municipios de Abejorral, Cocorná, El Carmen de Viboral, El Santuario, Granada, La Ceja, La Unión, Marinilla, Nariño, San Francisco, San Luis y Sonsón superan en proporción a la media subregional; El Santuario reporta síntomas en el 31.9% de las personas adultas, mientras que Concepción y Guatapé tienen el 5% de las personas afectadas (Gráfico 22).

Mapa 4. Sintomatología de trastornos relacionados con la salud mental. Subregión Oriente Antioquia, 2009-2010.

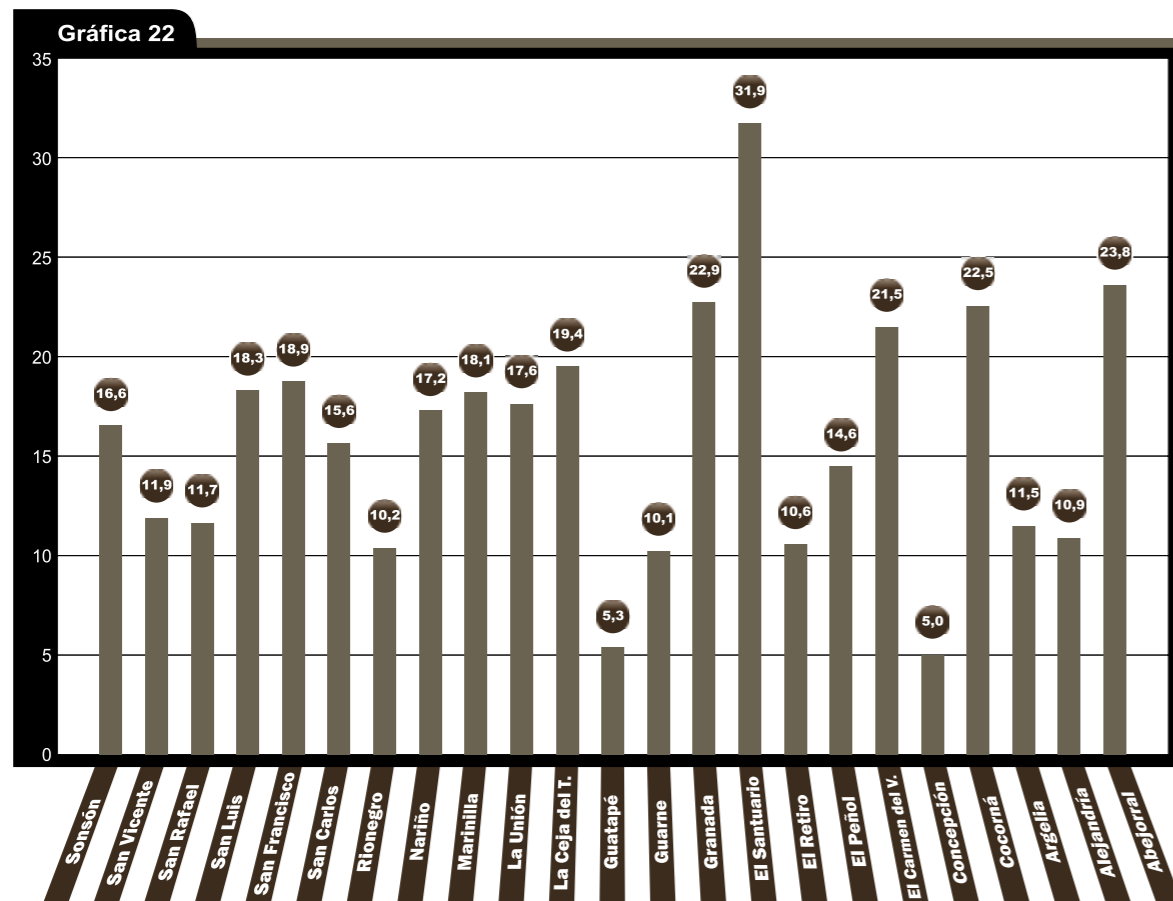


Gráfico 22. Sintomatología de depresión, angustia (ansiedad). Subregión Oriente. 2009-2010.

La **ideación suicida** está presente en el 12.6% de las personas adultas (similar al promedio departamental: 12.4%), por encima del promedio subregional aparece este síntoma en las personas adultas de Abejorral, Cocorná, El Carmen de Viboral, El Peñol, El Santuario, Granada, La Ceja, Marinilla, Nariño, San Francisco, San Luis y San Rafael, siendo Abejorral la localidad con mayor ideación suicida (27%); el municipio de Concepción tiene la menor proporción de esta ideación (4.5%).

La población afectada por cualquier **síntoma de psicosis** fue del 80.9%, dato que podría ser alarmante si no se reconociera la poca especificidad de las preguntas que miden esta condición; este promedio es igual al promedio departamental (80.7%). Los municipios de Abejorral, Aleandría, Cocorná, Concepción, El Carmen de Viboral, El Santuario, Guarne, La Ceja, San Luis, San Vicente y Sonsón están más afectados, especialmente Abejorral

(91.8%), mientras que en Rionegro el 54.2% presentan algún síntoma de psicosis.

El 6.2% de las personas adultas de la subregión reporta **sintomatología de epilepsia**, 0.2% más que el resto del Departamento (6%); Abejorral, Cocorná, El Carmen de Viboral, El Peñol, El Santuario, La Ceja, La Unión, Nariño, San Carlos, San Francisco, San Luis, San Vicente y Sonsón están más afectados, especialmente El Carmen de Viboral y El Santuario con 10% de las personas sintomáticas, mientras que en Guatapé solo el 0.9% afirmó tener este problema.

El 21.9% de las personas adultas han tenido **problemáticas con el uso de alcohol**, un promedio más bajo que el de Antioquia (25.9%); se presentan cifras entre 22% y 72% de personas afectadas, ésta última cifra en el municipio de Nariño. San Francisco presenta los porcentajes más bajos de la subregión, con respecto al consumo problemático de alcohol (Gráfico 23).

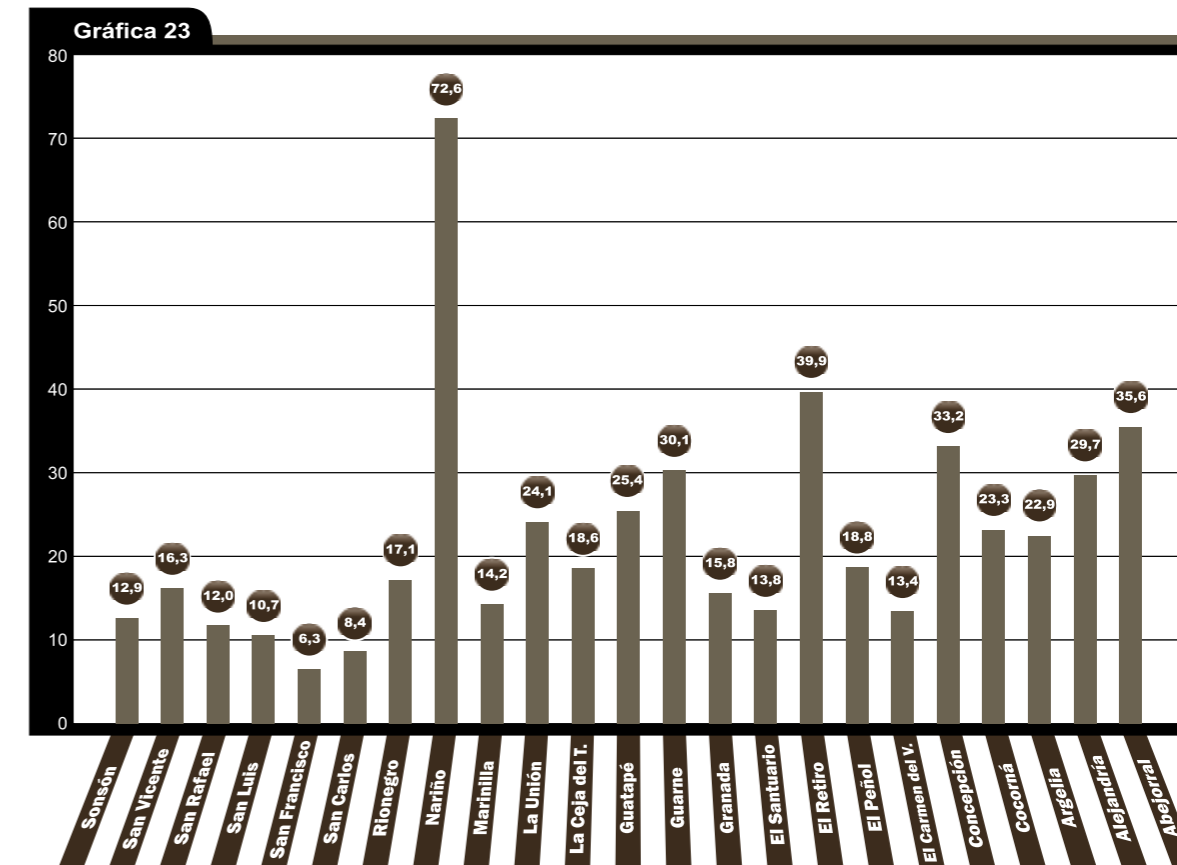


Gráfico 23. Problemáticas por consumo de alcohol según municipios. Subregión Oriente. 2009-2010.

La sintomatología de **problemas de salud mental en los niños-niñas** presenta una gran variabilidad entre los municipios de la subregión Oriente (Gráfico 24), y la media subregional (51.5%) es casi igual que la departamental (51.9%); el municipio con la mayor proporción de niños-niñas afectados por cualquier síntoma es Nariño (16.1%), casi el doble del municipio que le sigue, El Retiro (52.9%); también se encuentra esta problemática infantil por encima de la media regional en los municipios de Abejorral, Alejandría, Argelia, Cocorná, El Carmen de Viboral, El Peñol, El Santuario, Granada, Guarne, La Ceja del Tambo, Marinilla, San Luis, San Rafael y San Vicente. Rionegro reporta 9.6% de niños-niñas con este tipo de sintomatología (la más baja de la subregión). Sonsón no presenta datos.

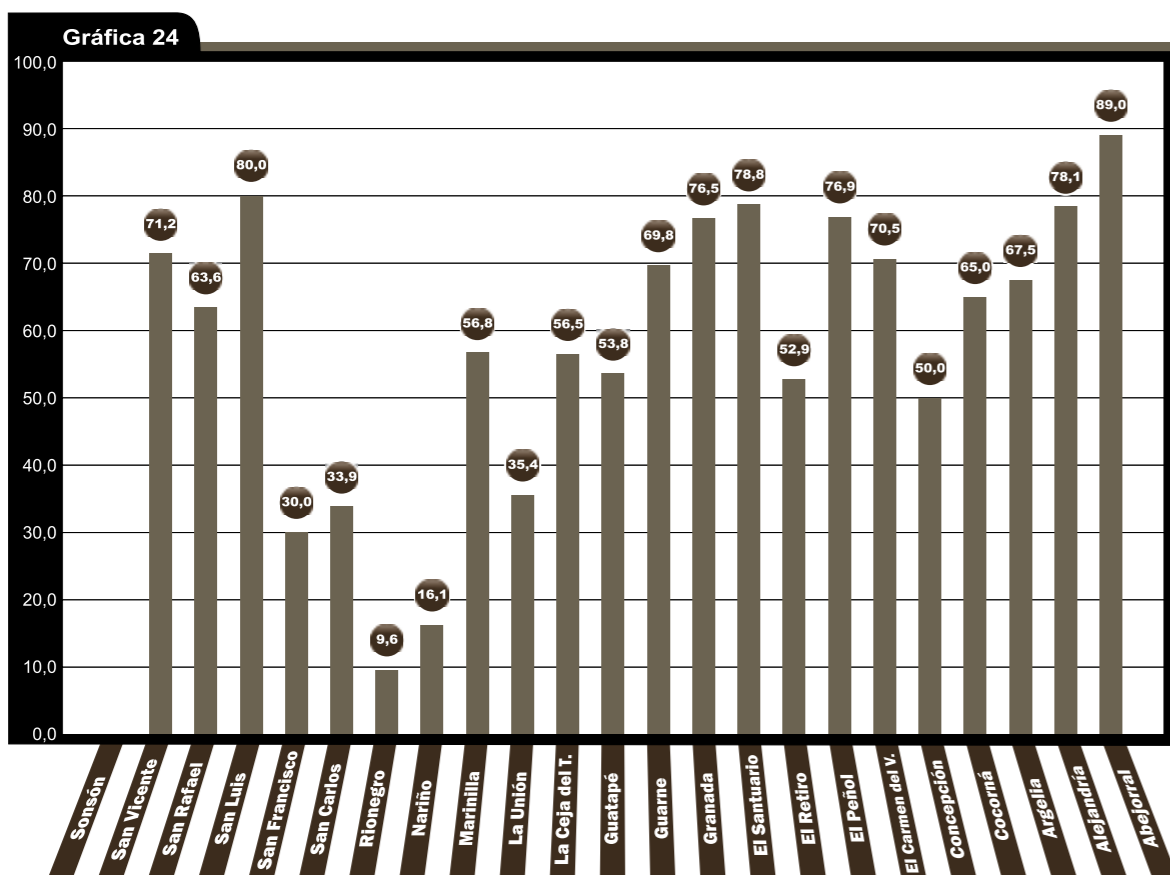


Gráfico 24. Problematika de salud mental en niños-niñas según municipio de la subregión Oriente. 2009-2010.

Respecto a la percepción de **disfunción familiar**, la subregión presenta en promedio cifras de 41.7%, un poco por debajo del promedio del Departamento (44.6%); los municipios

que están por encima del promedio subregional son Abejorral, Concepción, El Peñol, El Santuario, Marinilla, Nariño, Rionegro, San Francisco y San Vicente; San Francisco el doble del promedio de la subregión: 84.3%. En Alejandría y Argelia alrededor del 26% al 27% de las personas adultas, perciben esta situación en su familia (Gráfico 25).

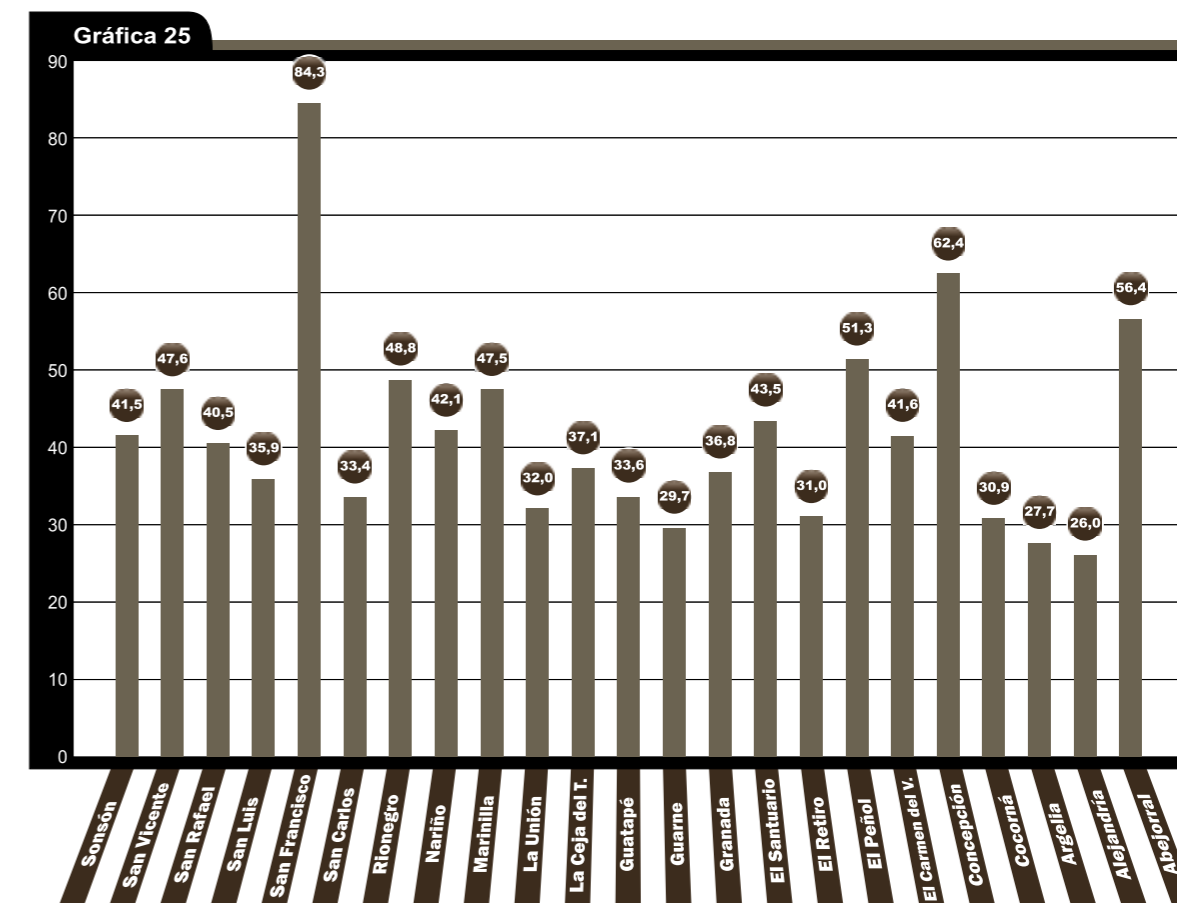


Gráfico 25. Disfunción familiar según los municipios de la subregión Oriente. 2009-2010.

En el gráfico 26 se presenta la percepción de la **calidad de vida** de las personas adultas encuestadas, en una calificación buena en la mayoría de las personas y en todos los municipios de la subregión, incluso un poco mejor que en resto del Departamento: 86.4% frente al 84.2% departamental. En los municipios de Abejorral, Argelia, El Santuario, Marinilla, Nariño, San Francisco, San Rafael y Sonsón esta percepción no es tan alta pero sigue siendo bastante aceptable: allí oscila entre 55% y 86%. Abejorral es el municipio con más baja percepción de calidad de vida.

Contrario al resto de las subregiones el municipio de Abejorral, que tiene la más baja percepción de calidad de vida también presenta la más alta proporción de ideación suicida, sintomatología de psicosis y sintomatología de problemas de salud mental en niños-niñas.

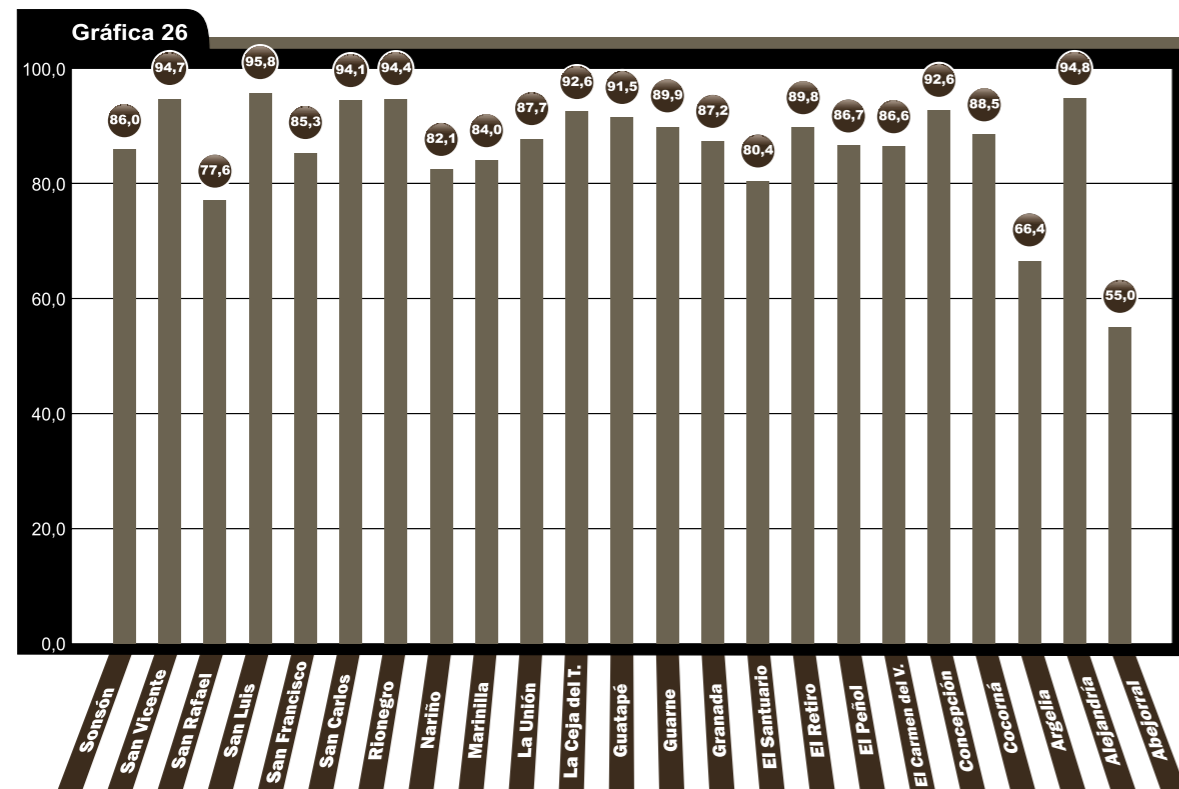


Gráfico 26. Percepción de calidad de vida en los municipios de la subregión Oriente. 2009-2010.

En resumen, si se ordenan los municipios de la subregión por número de problemáticas tamizadas, podríamos afirmar que Abejorral es el municipio que presenta el mayor número de los problemas de salud mental (7 de 7), así como también Cocorná y El Santuario (6 de 7); El Retiro, Guatapé, Rionegro y San Carlos sólo presentan una problemática de las siete estudiadas (Gráfico 27).

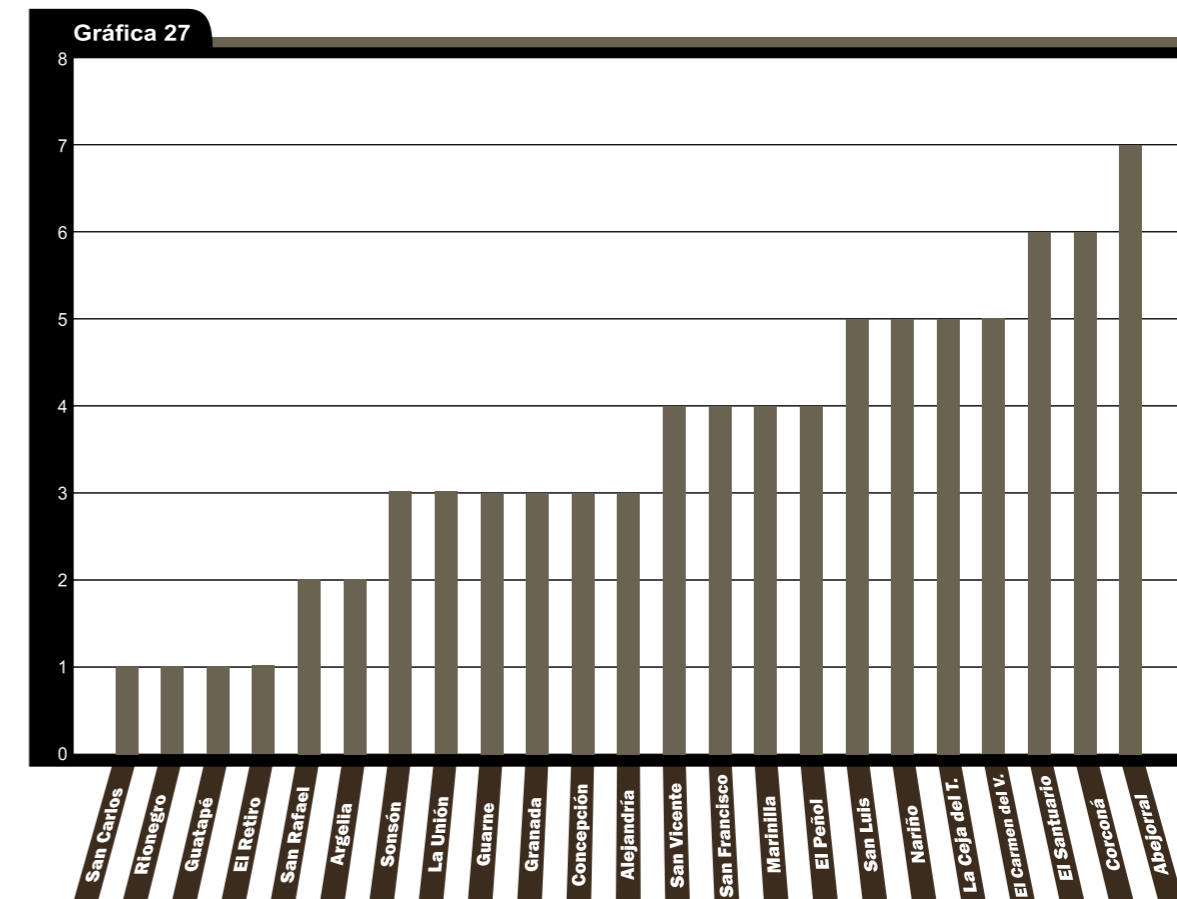
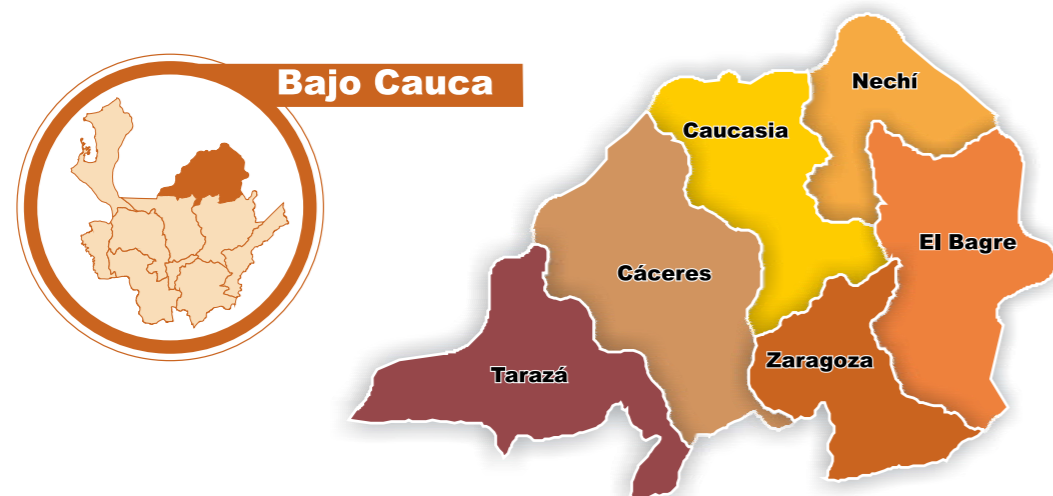


Gráfico 27. Número de problemáticas tamizadas por encima de la media subregional. Subregión Oriente. 2009-2010.

Subregión Bajo Cauca

Esta subregión es muy pequeña en número de municipios, seis (6) localidades la conforman. En ella se entrevistaron 2.878 personas adultas y 953 niños y niñas. Al igual que otras subregiones y otros municipios, los problemas sociales son muchos y sus consecuencias en la salud mental se evidencian claramente en los resultados del tamizaje. (cuadro anexo Mapa 5).



Síntomas de depresión y angustia: 13.4% (586 personas)
Ideación suicida: 10.1% (291 personas)
Sintomatología de epilepsia: 4.1% (118 personas)
Síntomas de psicosis: 70.4% (1993 personas)
Consumo problemático de alcohol: 15.9% (459 personas)
Sintomatología de problemas de salud mental en niños y niñas: 44.6% (425 niños y niñas)
Mal funcionamiento familiar: 56.4% (1622 personas)
Satisfacción con la calidad de vida: 67.1% (1931 personas)

Mapa 5. Sintomatología de trastornos relacionados con la salud mental. Subregión Bajo Cauca Antioquia, 2009-2010.



Bajo Cauca es una subregión donde habita el 4.3% de los habitantes de Antioquia; la componen seis municipios. Cáceres y Zaragoza hacen parte del grupo de los municipios más antiguos de Antioquia, fundados en 1576 y 1581, respectivamente. Esta subregión se ubica sobre la cuenca de los ríos Cauca y Nechí. La minería puede considerarse el renglón más importante de la economía de esta subregión, así como la producción piscícola, la agricultura y la ganadería.

Desde 1975 se reporta la presencia de grupos armados. En mayo de 2006, el Comandante de la Policía de Antioquia, Coronel Luis Eduardo Martínez Guzmán, manifestó que la situación del Bajo Cauca era la más delicada de Antioquia debido a que allí han aumentado los homicidios, se ha deteriorado la economía y se vive un clima de inseguridad⁹⁵. Se adelanta un programa de erradicación de cultivos ilícitos y un Centro de Fusión Integral, con un componente social que involucran proyectos adicionales para las comunidades. Los proyectos alternativos de caucho, cacao y otros cultivos que se han propuesto como respuesta al problema social, representan un futuro promisorio para las comunidades en materia de tranquilidad, seguridad y legalidad al abandonar los cultivos de coca.

En el tamizaje de salud mental se encontraron **síntomas de depresión, angustia (ansiedad)** que afectan al 13.4% de la población adulta, cifra ligeramente más baja que la del promedio departamental (14.4%); los municipios de Nechí, Tarazá y Zaragoza tienen cifras más elevadas que la media subregional, siendo Zaragoza el más afectado con un reporte de estos síntomas en 18.5% de las personas adultas (Gráfico 28).

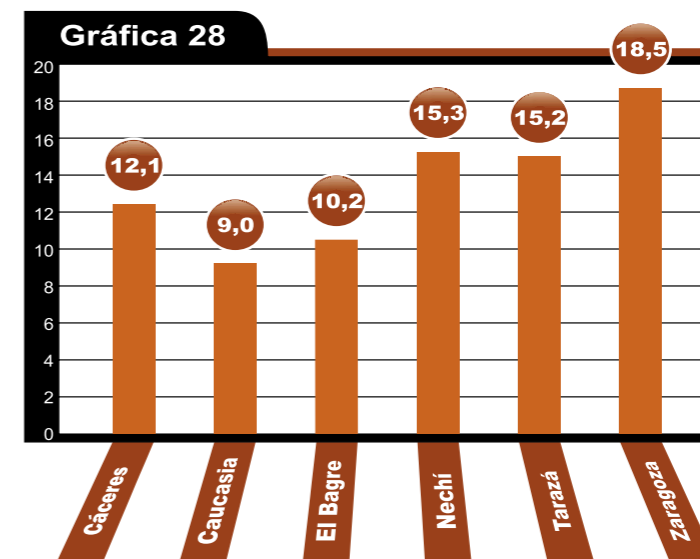


Gráfico 28. Sintomatología de depresión, angustia (ansiedad) según municipios de la subregión Bajo Cauca. 2009-2010.



La **ideación suicida** está presente en el 10.1% de las personas adultas (por debajo del promedio departamental: 12.4%); por encima del promedio subregional aparece en las personas adultas de Nechí y Tarazá, siendo el primero, la localidad con mayor ideación suicida (15.9%); los municipios de Caucasia y Zaragoza tienen la menor proporción (aproximadamente 7%).

La población afectada por cualquier **síntoma de psicosis** en la subregión fue del 70.4%, dato que podría ser alarmante si no se reconociera la poca especificidad de las preguntas que miden esta condición; este promedio es menor que el promedio departamental (80.7%). Los municipios de Cáceres, Caucasia, Tarazá y Zaragoza están más afectados, especialmente Cáceres (81.7%), mientras que en Nechí 51.1% presenta algún síntoma de psicosis.

El 4.1% de las personas adultas de la subregión reporta **sintomatología de epilepsia**, 1.9% menos que el resto del Departamento (6%); Cáceres, El Bagre, Nechí y Tarazá están más afectados, especialmente Nechí con 7.8% de las personas adultas sintomáticas, mientras que en Caucasia y Zaragoza solo alrededor del 1% afirmó tener éste problema.

El 15.9% de las personas adultas han tenido **problemáticas con el uso de alcohol**, un promedio bastante más bajo que el de Antioquia (25.9%); se presentan cifras entre 7% a 28% de personas afectadas, ésta última cifra en el municipio de Caucasia. Nechí y Zaragoza presentan los porcentajes de problemas con alcohol más bajos de la subregión: 7.4% (Gráfico 29).

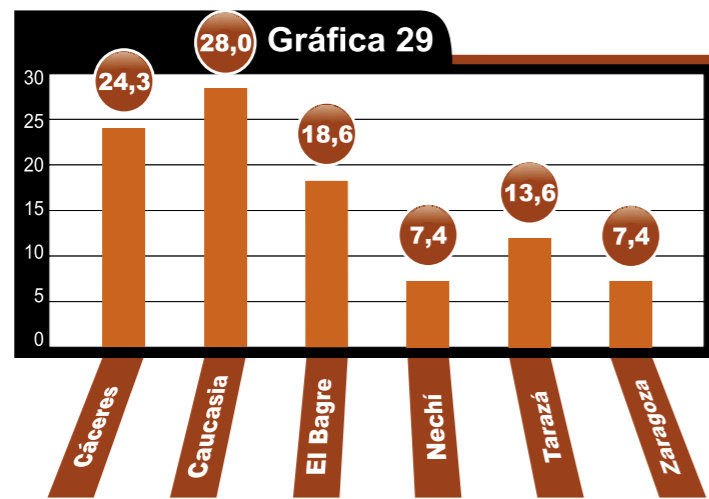


Gráfico 29. Consumo problemático de alcohol en los municipios de la subregión Bajo Cauca. 2009- 2010.

El reporte de sintomatología de **problemas de salud mental en los niños-niñas** presenta una gran variabilidad entre los municipios de la subregión de Bajo Cauca, y la media subregional (44.6%) es más baja que la departamental (51.9%); el municipio con la mayor proporción de niños y niñas afectados por cualquier síntoma es Cáceres (62.5%); en Caucasia, El Bagre y Tarazá también se encuentra esta problemática infantil por encima de la media regional. Nechí reporta 16.9% de niños-niñas con este tipo de sintomatología (la más baja de la subregión) (Gráfico 30).

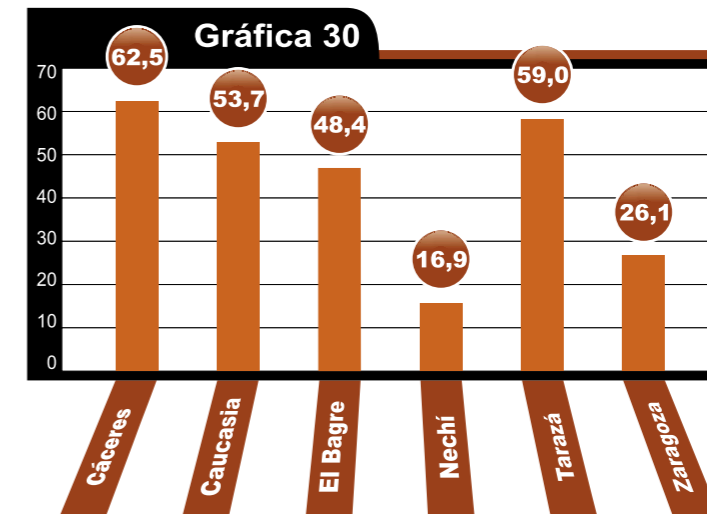


Gráfico 30. Problemas de salud mental en niños-niñas según municipio de la subregión Bajo Cauca. 2009- 2010.

Respecto a la percepción de **disfunción familiar**, la subregión presenta en promedio cifras de 56.4%, más alto que el promedio del Departamento (44.6%); los municipios que están por encima del promedio subregional son Cáceres, Tarazá y Zaragoza; este último tiene casi el doble del promedio de la subregión: 82.7%. En Nechí alrededor del 21% de las personas adultas, percibe esta situación en su familia (Gráfico 31).

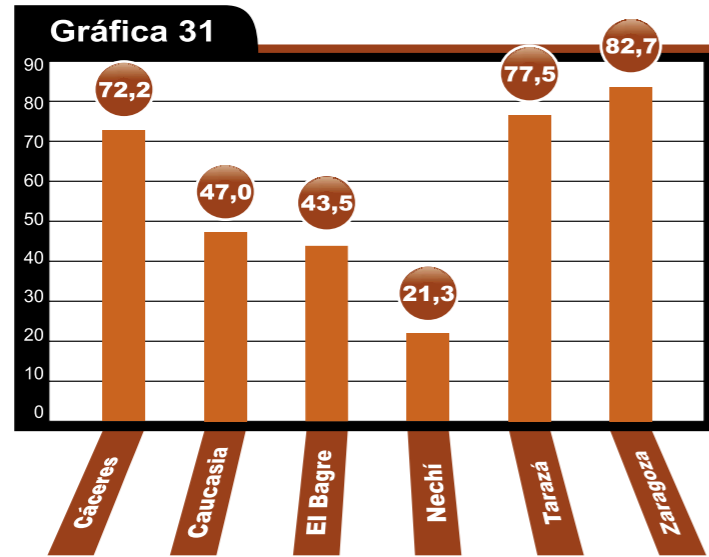


Gráfico 31. Disfunción familiar según los municipios de la subregión Bajo Cauca. 2009-2010.

La percepción de la **calidad de vida** es buena en la mayoría de las personas adultas encuestadas y en casi todos los municipios de la subregión, pero comparada con el resto del Departamento, presenta los promedios más bajos de satisfacción con la calidad de vida: 67.1% frente al 84.2% departamental. En los municipios de Tarazá y Zaragoza esta percepción es más bien baja comparado con otros municipios y en éste último, el porcentaje llega solo a 42% (el más bajo del Departamento). Una de las posibles explicaciones podría ser porque presenta las cifras más altas de depresión y angustia (18.5%) y disfunción familiar (82.7%) de la subregión, sin embargo, paradójicamente, reporta los porcentajes más bajos de ideación suicida, epilepsia y problemas con el consumo de alcohol.

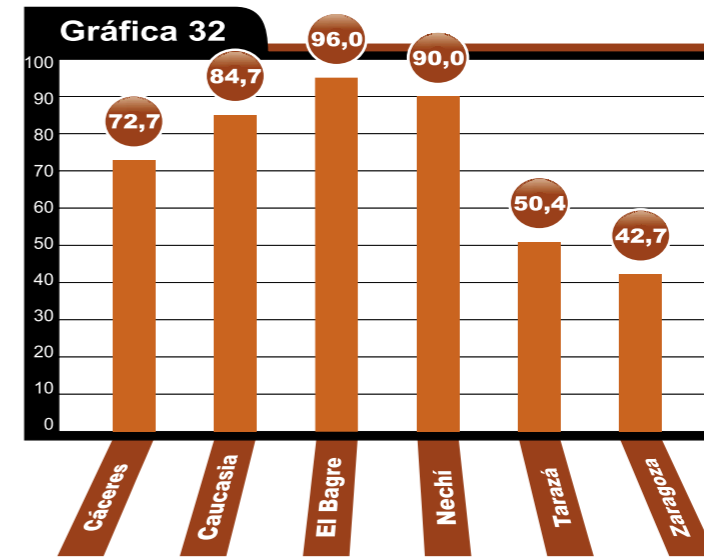


Gráfico 32. Percepción de calidad de vida en los municipios de la subregión Bajo Cauca. 2009-2010.

Si se ordenan los municipios de la subregión por número de problemáticas tamizadas, podríamos afirmar que Tarazá es el municipio que presenta el mayor número de los problemas de salud mental (6 de 7), así como Cáceres (5 de 7); el resto de los municipios presentan tres problemáticas por encima del promedio subregional, de los siete problemas estudiadas (Gráfico 33).

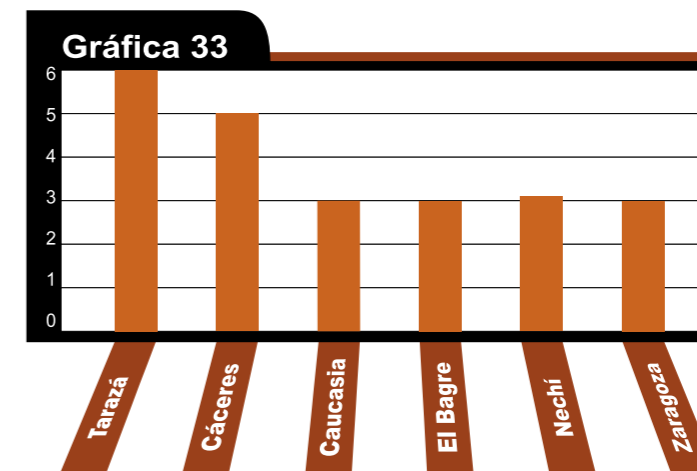
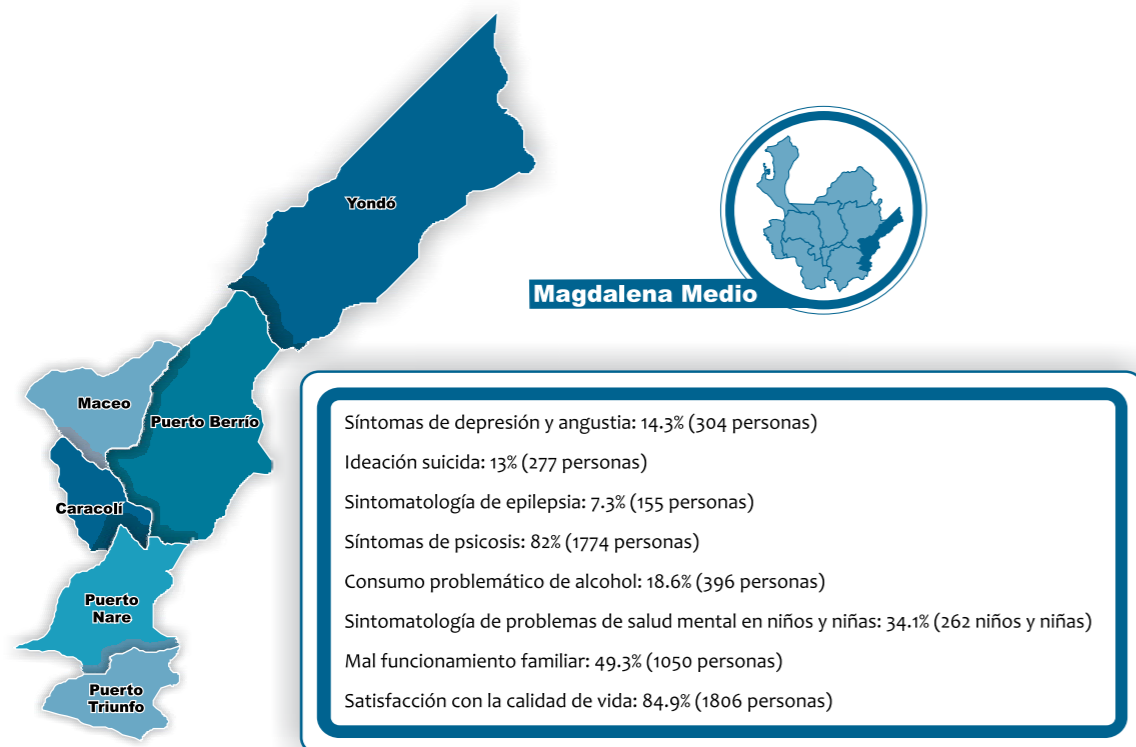


Gráfico 33. Número de problemáticas tamizadas por encima de la media subregional. Subregión Bajo Cauca. 2009-2010.

Subregión Magdalena Medio

2.128 personas adultas entrevistadas y 769 personas menores de ambos sexos constituyeron la muestra de esta subregión compuesta por 6 municipios donde también ha tenido presencia el conflicto armado y con consecuencias en la salud mental e integral de sus habitantes. El cuadro anexo al Mapa 6 ilustra el comportamiento de los datos obtenidos en el tamizaje de salud mental.



Mapa 6. Sintomatología de trastornos relacionados con la salud mental. Subregión Magdalena Medio Antioquia, 2009-2010.

Magdalena Medio es una subregión donde habita el 1.8% de las personas antioqueñas, en seis municipios. Se encuentra en el valle interandino del Río Magdalena. Aunque ha mejorado, en la década de 1980 fue el foco de paramilitarismo y de la subsiguiente guerra, lo que refuerza la evidencia de la importancia de esta región como sitio estratégico dentro del contexto nacional. Se destacan actividades económicas en minería, cultivo

de palma de aceite y ganadería. En Yondó hay explotación petrolera. Esta zona es considerada Reserva Turística Nacional.

En el tamizaje de salud mental se encontraron **síntomas de depresión, angustia (ansiedad)** que afectan al 14.3% de la población adulta, cifra similar a la del promedio departamental (14.4%); los municipios de Caracolí, Puerto Berrío y Puerto Triunfo tienen cifras más elevadas con respecto a la media subregional, siendo Puerto Berrío el municipio con mayor afectación: síntomas en 21% de las personas adultas, contrastado con Puerto Nare que reportó el 6.7% de las personas adultas afectadas (Gráfico 34).

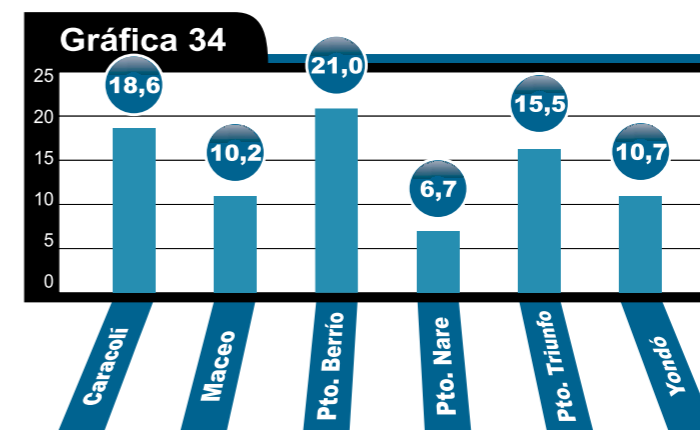


Gráfico 34. Sintomatología de depresión, angustia (ansiedad) en los municipios de la subregión Magdalena Medio. 2009-2010.

La **ideación suicida** está presente en el 13% de las personas adultas (por encima del promedio departamental: 12.4%); por encima del promedio subregional aparece este síntoma en las personas adultas de Puerto Berrío y Puerto Nare, siendo esta última la localidad con mayor ideación suicida (18%), el municipio de Yondó tiene la menor proporción de esta ideación (9.1%).

La población afectada por cualquier **síntoma de psicosis** en la subregión fue del 82%, dato que podría ser alarmante si no se reconociera la poca especificidad de las preguntas que miden esta condición; este promedio es mayor que el promedio departamental (80.7%). Los municipios de Caracolí, Puerto Berrío y Yondó están más afectados, especialmente Caracolí (92.2%), mientras que en Puerto Nare el 68.9% presentan algún síntoma de psicosis.

El 7.3% de las personas adultas de la subregión reporta **sintomatología de epilepsia**, 1.3% más que el resto del Departamento (6%); Caracolí, Puerto Nare y Puerto Triunfo están más afectados, especialmente Puerto Nare con 10.5% de personas adultas sintomáticas, mientras que en Puerto Berrío solo alrededor del 4.1% afirmó tener éste problema.

El 18.6% de las personas adultas han tenido **problemáticas con el uso de alcohol**, un promedio más bajo que el de Antioquia (25.9%); se presentan cifras entre 7% a 32% de personas afectadas, ésta última cifra en el municipio de Maceo. Yondó presenta los porcentajes de problemas con alcohol más bajos de la subregión: 7.3% (Gráfico 35).

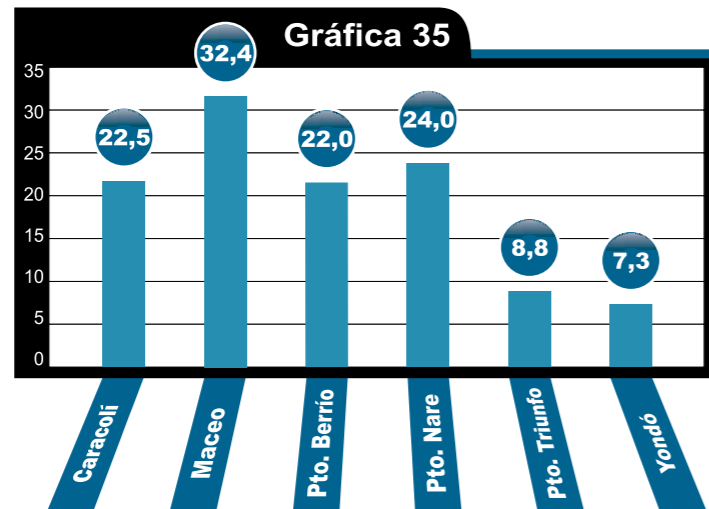


Gráfico 35. Consumo problemático de alcohol en los municipios de la subregión Magdalena Medio. 2009-2010.

El reporte de sintomatología de **problemas de salud mental en los niños-niñas** presenta una gran variabilidad entre los municipios de la subregión de Magdalena Medio, y la media subregional (34.1%) y es mas baja que la departamental (51.9%); el municipio con la mayor proporción de niños-niñas afectados por cualquier síntoma es Yondó (76.3%); en Caracolí y Maceo también se encuentra esta problemática infantil por encima de la media regional. Puerto Triunfo reporta solo 2.7% de niños-niñas con este tipo de sintomatología (la más baja de la subregión) y Puerto Nare no reportó datos (Gráfico 36).

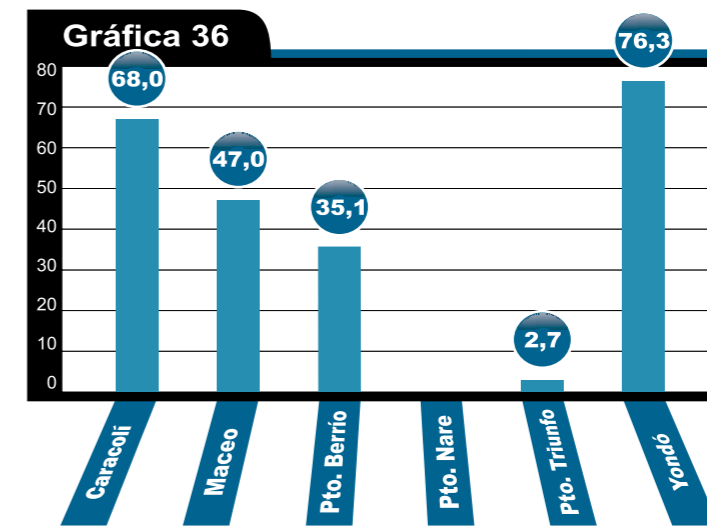


Gráfico 36. Problemáticas de salud mental en niños-niñas según municipio. Subregión Magdalena Medio. 2009-2010.

Respecto a la percepción de **disfunción familiar**, la subregión presenta en promedio cifras de 49.3%, un poco más alto que el promedio del Departamento (44.6%); los municipios que están por encima del promedio subregional son Puerto Berrío, Puerto Nare y Yondó; Puerto Nare tiene la proporción más alta de la subregión: 71.5%. En Caracolí y Maceo alrededor del 40% de las personas adultas, percibe esta situación en su familia (Gráfico 37).

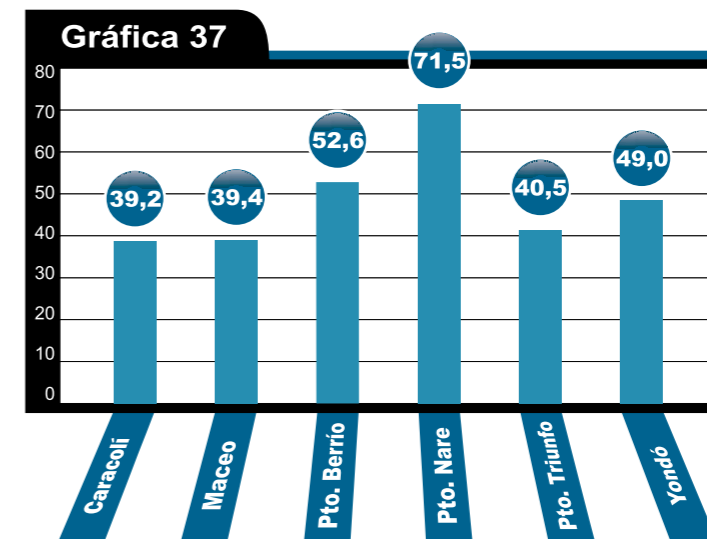


Gráfico 37. Disfunción familiar según los municipios de la subregión Magdalena Medio. 2009-2010.

La percepción de la **calidad de vida** es muy buena en la mayoría de las personas adultas encuestadas y en casi todos los municipios de la subregión, y en comparación con el resto del Departamento, presenta promedios altos de satisfacción con la calidad de vida: 84.9% frente al 84.2% departamental. En el municipio de Puerto Triunfo esta percepción es baja comparada con los otros municipios y aún así llega al 72.9% (Gráfico 38).

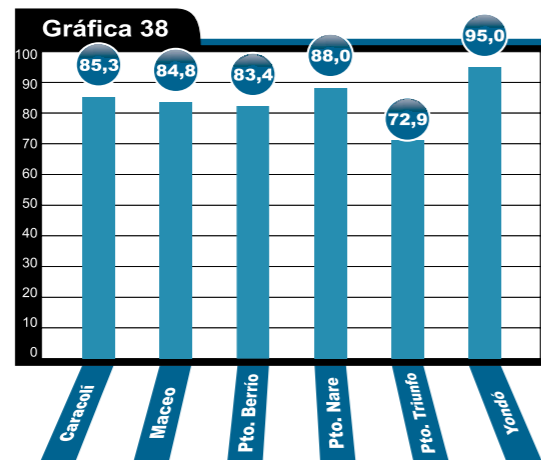


Gráfico 38. Percepción de calidad de vida en los municipios de la subregión Magdalena Medio. 2009-2010.

El gráfico 39 ilustra los municipios de la subregión que tienen el mayor número de problemáticas tamizadas, son Caracolí y Puerto Berrío, presentan 5 de 7 problemáticas analizadas; Puerto Nare (4 de 7); el resto de los municipios presentan dos problemáticas por encima del promedio subregional, de los siete problemas estudiados.

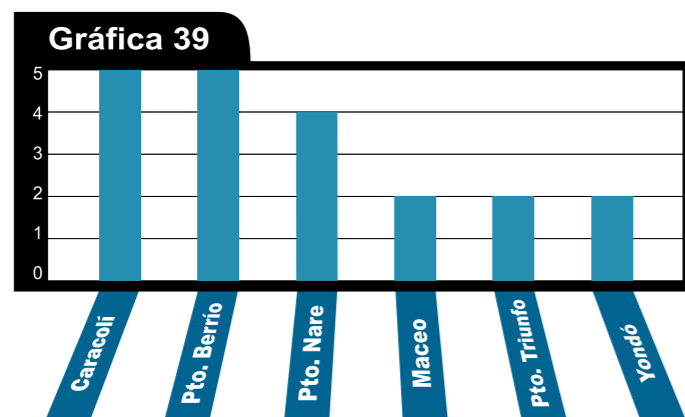
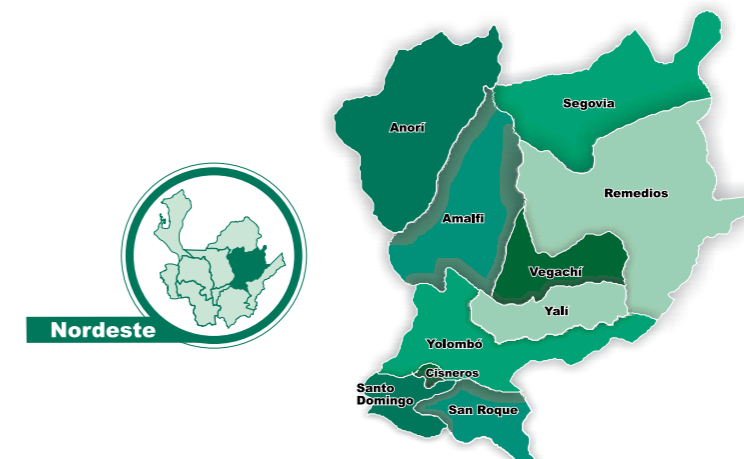


Gráfico 39. Número de problemáticas tamizadas por encima de la media subregional. Subregión Magdalena Medio. 2009-2010.

Subregión Nordeste

3927 personas adultas y 986 personas menores de ambos sexos, se encuestaron en esta subregión, compuesta por 10 municipios. Los resultados más importantes se pueden observar en el cuadro anexo al Mapa 7.



Síntomas de depresión y angustia:	15.8% (620 personas)
Ideación suicida:	13.4% (526 personas)
Sintomatología de epilepsia:	6.2% (243 personas)
Síntomas de psicosis:	86.9% (3416 personas)
Consumo problemático de alcohol:	25.5% (1002 personas)
Sintomatología de problemas de salud mental en niños y niñas:	65.9% (650 niños y niñas)
Mal funcionamiento familiar:	37.6% (1477 personas)
Satisfacción con la calidad de vida:	88.3% (1477 personas)

Mapa 7. Sintomatología de trastornos relacionados con la salud mental. Subregión Nordeste Antioquia, 2009-2010.

Nordeste es una subregión donde habita el 3% de las personas antioqueñas. Tiene diez municipios y la subregión ofrece muchos atractivos e historias de la Conquista y la Colonia. Se destacan las Cuevas de Alicante, el río Nus, los baños naturales y las aguas termales. La zona es bañada por importantes ríos. La principal actividad económica es la minería aurífera; después del Bajo Cauca, es la segunda región productora de oro en Antioquia. En lo referente a la agricultura, su principal producto es la caña panelera, seguido del cultivo de café.

Algunos municipios que se han dedicado a la ganadería se han visto afectados en los últimos años por la presencia de los grupos armados: guerrilla y paramilitares. Segovia se destaca tristemente por ser víctima de uno de los hechos más sangrientos de la historia reciente del Departamento y que aún permanece en la más absoluta impunidad ocurrido el 11 de noviembre de 1988⁹⁶. Este caso fue elegido para investigación especial porque está directamente vinculado con la democratización y con ese tipo de exterminios no se puede aspirar a un futuro democrático sino se resuelven y reconocen esos asuntos del pasado⁹⁷”.

En el tamizaje de salud mental se encontraron **síntomas de depresión, angustia (ansiedad)** que afectan al 15.8% de la población adulta, cifra similar a la del promedio departamental (14.4%); los municipios que están mas afectados son: Amalfi, Remedios y Segovia que tienen cifras mas elevadas del promedio subregional, siendo Segovia el mas afectado con un reporte de estos síntomas en 25.3% de las personas adultas. Por el contrario, Vegachí y Yolombó tienen 8.3% y 7.4% de las personas adultas afectadas (Gráfico 40).

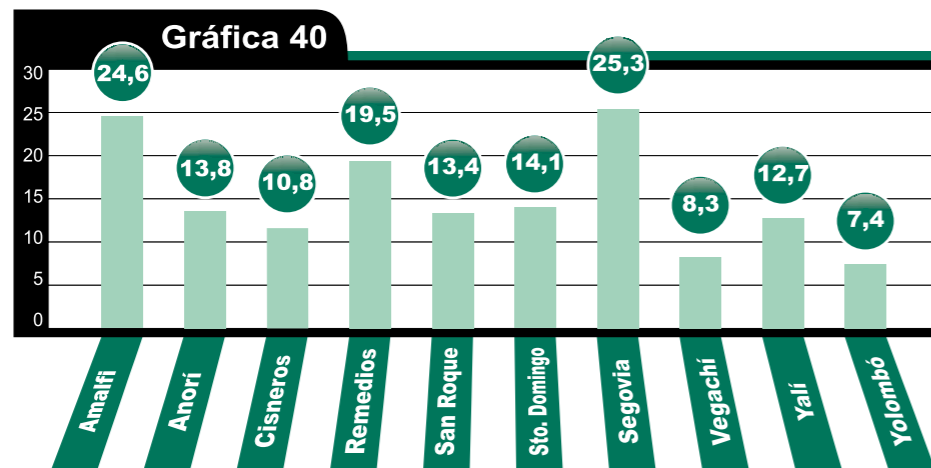


Gráfico 40. Síntomatología de depresión, angustia (ansiedad) según municipios. Subregión Nordeste. 2009-2010.

La **ideación suicida** está presente en el 13.4% de las personas adultas un poco por encima del promedio departamental: 12.4%; por encima del promedio subregional aparece este síntoma en los adultos de Amalfi, Remedios y Segovia, siendo este último municipio la localidad con mayor ideación suicida (21.8%); los municipios de Yalí (8.5%) y Yolombó (8.2%) tienen la menor proporción de esta ideación lo que es coherente en Yolombó con sus niveles bajos de depresión, angustia (ansiedad).

La población afectada por cualquier **síntoma de psicosis** en la subregión fue del 86.9% dato que podría ser alarmante si no se reconociera la poca especificidad de las preguntas que miden esta condición; este promedio es mayor que el departamental (80.7%). Los municipios de Cisneros, San Roque, Segovia y Yalí están mas afectados, especialmente Yalí (96.7%), mientras que en Yolombó tiene 76.8% de las personas adultas con algún síntoma de psicosis.

El 6.2% de las personas adultas de la subregión reporta **síntomatología de epilepsia**, 0.2% más que el resto del Departamento (6%); Anorí, Remedios, Segovia, Vegachí, Yalí y Yolombó están más afectados, especialmente Segovia con 10.5%; en Cisneros sólo alrededor del 1.6% afirmó tener éste problema.

El 25.5% de las personas adultas han tenido **problemáticas con el uso de alcohol**, un promedio un poco más bajo que el del departamento de Antioquia (25.9%); se presentan cifras con alta variabilidad, entre 9% y 92% de personas afectadas, ésta última cifra en el municipio de Yalí, muy por encima del resto de la subregión y del Departamento. San Roque presenta porcentajes de problemas con alcohol mucho más bajos que el resto de la subregión: 9.1% (Gráfico 41).

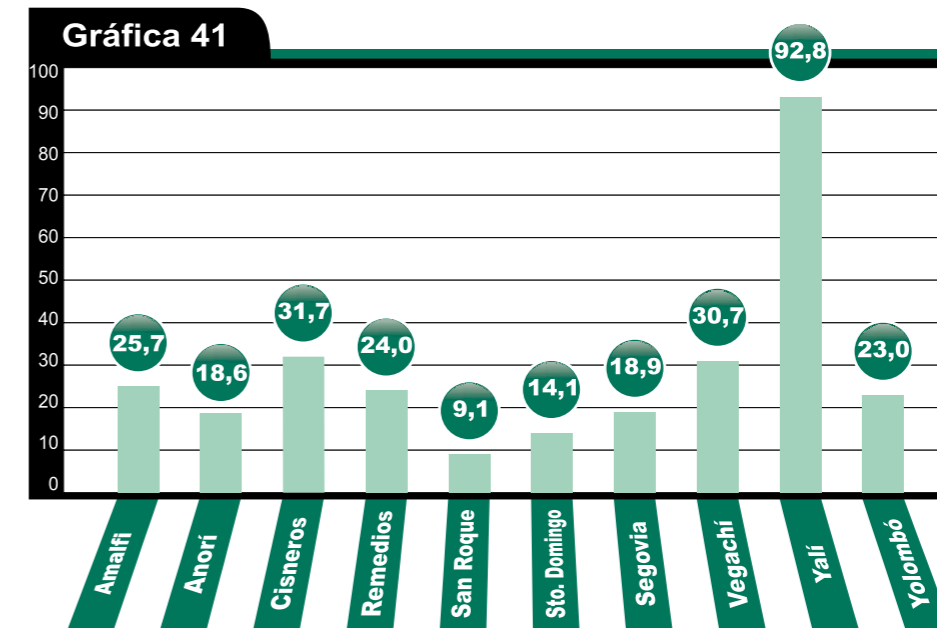


Gráfico 41. Porcentaje de personas adultas con problemáticas por consumo de alcohol en los municipios de la subregión Nordeste. 2009-2010.

El reporte de sintomatología de **problemas de salud mental en los niños-niñas** presenta una gran variabilidad entre los municipios de la subregión de Nordeste, el promedio subregional (65.9%) es mas alto que el departamental (51.9%); el municipio con la mayor proporción de niños-niñas afectados por cualquier síntoma es Amalfi (85.4%); en Anorí, Cisneros, San Roque, Santo Domingo, Vegachí y Yolombó también se encuentra esta problemática infantil por encima de la media regional. Remedios reporta 25.7% de niños-niñas con este tipo de sintomatología (la más baja de la subregión) y Segovia no reportó datos (Gráfico 42).

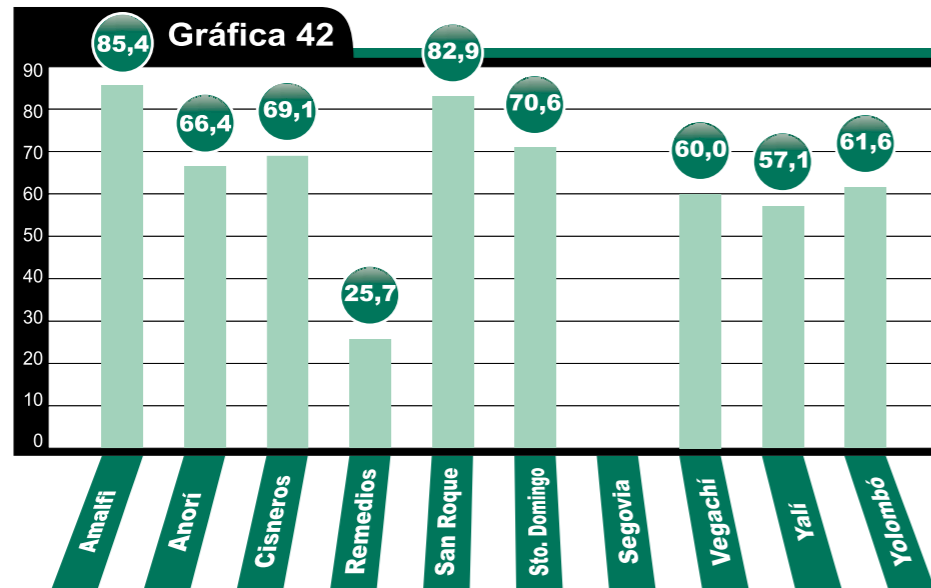


Gráfico 42. Porcentaje de niños y niñas afectados por problemáticas de salud mental en los municipios de la subregión Nordeste. 2009-2010.

Respecto a la percepción de **disfunción familiar** (Gráfico 43), la subregión presenta en promedio cifras de 37.6%, por debajo del promedio departamental (44.6%); los municipios que están por encima del promedio subregional son Anorí, Remedios, Segovia, Vegachí y Yolombó; Remedios tiene la proporción más alta de la subregión: 53.3%. En Yalí alrededor del 28.8% de las personas adultas, percibe esta situación en su familia.

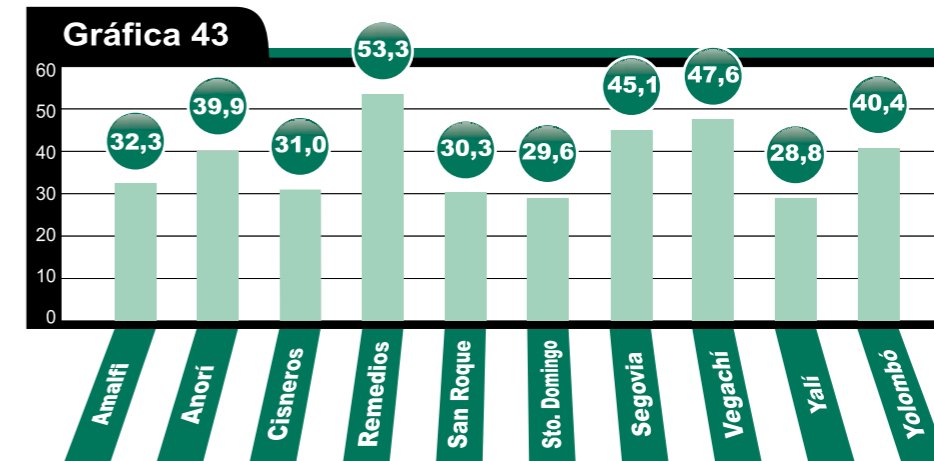


Gráfico 43. Disfunción familiar según los municipios de la subregión Nordeste. 2009-2010.

La percepción de la **calidad de vida** es muy buena en la mayoría de las personas adultas encuestadas y en casi todos los municipios de la subregión (Gráfico 44); comparada con el resto del Departamento, presenta promedios más altos de satisfacción con la calidad de vida: 88.3% frente al 84.2% departamental. En los municipios de Amalfi, Segovia y Yalí esta percepción es baja comparada con los otros municipios y aún así se encuentran entre 77% y 86%. La más alta es Vegachí con 93.9%.

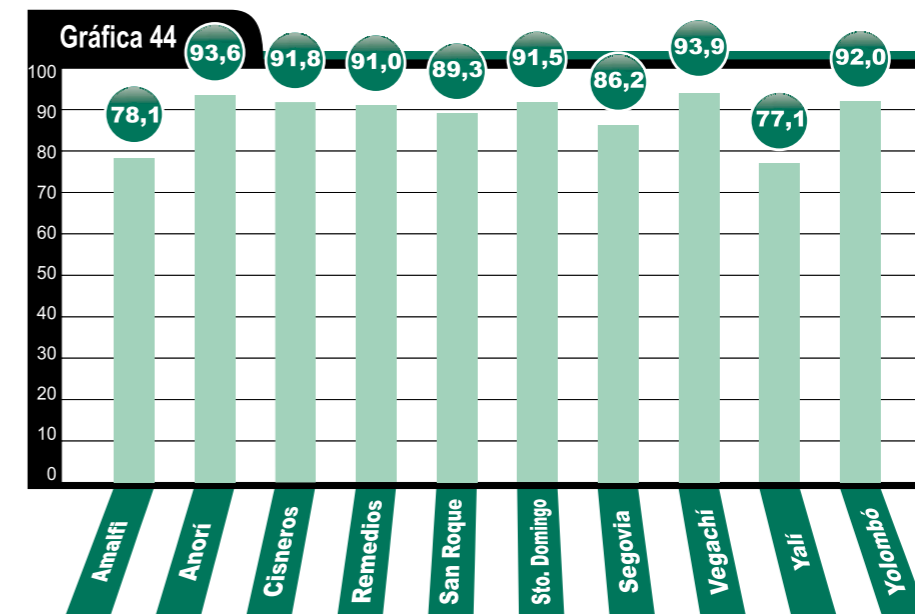


Gráfico 44. Percepción de calidad de vida en los municipios de la subregión Nordeste. 2009-2010.

Según el número de problemáticas tamizadas se puede afirmar que Segovia es uno de los municipios más problematizados de la subregión: presenta 5 de las siete problemáticas estudiadas por encima de la media subregional; Remedios y Vegachí presentan 4 de las 7, y Amalfi, Anorí, Cisneros, Yalí y Yolombó, 3 de las 7; San Roque presenta dos problemáticas por encima del promedio subregional y Santa Domingo solo una (Gráfico 45).

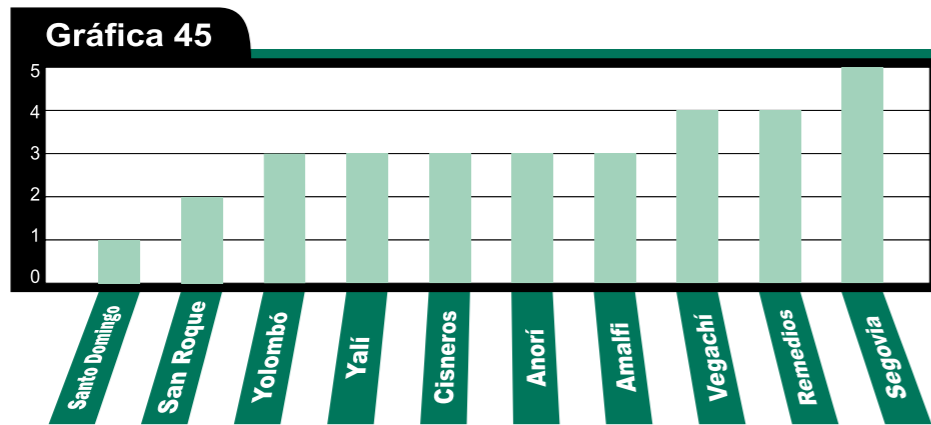
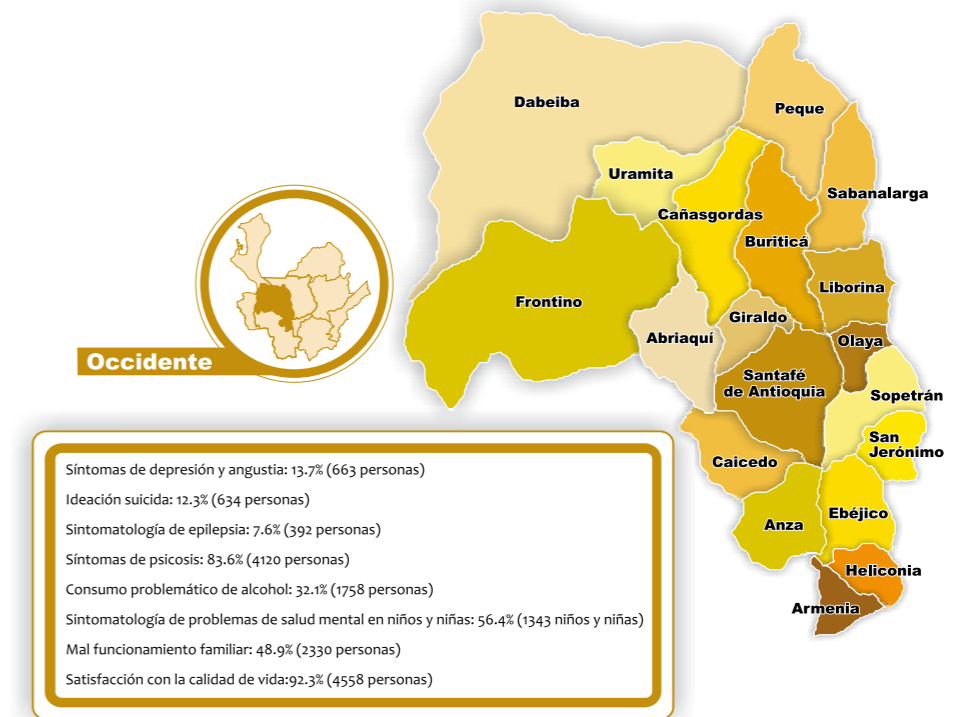


Gráfico 45. Número de problemáticas tamizadas por encima de la media subregional. Subregión Nordeste, 2009-2010.

Subregión Occidente

Se entrevistaron 5153 personas adultas y 2502 niños y niñas. Esta subregión está compuesta por 19 municipios. Los principales datos correspondientes a la sintomatología relacionada con Salud Mental, revelada por los instrumentos utilizados, puede observarse en el cuadro anexo al Mapa 8.



Mapa 8. Sintomatología de trastornos relacionados con la salud mental. Subregión Occidente Antioquia, 2009-2010.

Occidente es una subregión donde habita el 3.53% de las personas antioqueñas. La componen 19 municipios, atravesada por el Río Cauca y por la vía que conduce al Golfo de Urabá, única salida al mar. En general esta subregión tiene unos bajos índices de desarrollo y las necesidades básicas insatisfechas dan cuenta de ello. En acueducto tiene una cobertura del 67.8%, alcantarillado del 36.6%, la educación superior 1.1%. Tiene una zona turística y su economía es principalmente agrícola, ganadera y minera. Es una subregión con una importante tradición histórica pues la colonización española y antioqueña se comenzó allí; como otras subregiones de Antioquia, también ha sufrido por la violencia y el accionar delictivo de múltiples actores que pretenden dominar la única vía que conduce al Mar Caribe. Los municipios del occidente cercanos a la región de

Urabá fueron asiento de la guerrilla de las FARC, que se abrogó la función de regulación del orden social y ejercer presión sobre las autoridades locales frente a las demandas de las comunidades. Esta situación se agravó por la presencia de otros grupos: ELN, AUC y otros⁹⁸.

En el tamizaje de salud mental se encontraron **síntomas de depresión, angustia (ansiedad)** que afectan al 13.7%, ligeramente menor que la media departamental (14.4%); los municipios de Armenia, Buriticá, Dabeiba y Sabanalarga tienen cifras más elevadas de la media subregional, siendo Sabanalarga el más afectado con un reporte de estos síntomas en 37.2% de los adultos. Por el contrario, Cañasgordas tiene el 4.2% de adultos afectados. (Gráfico 46).

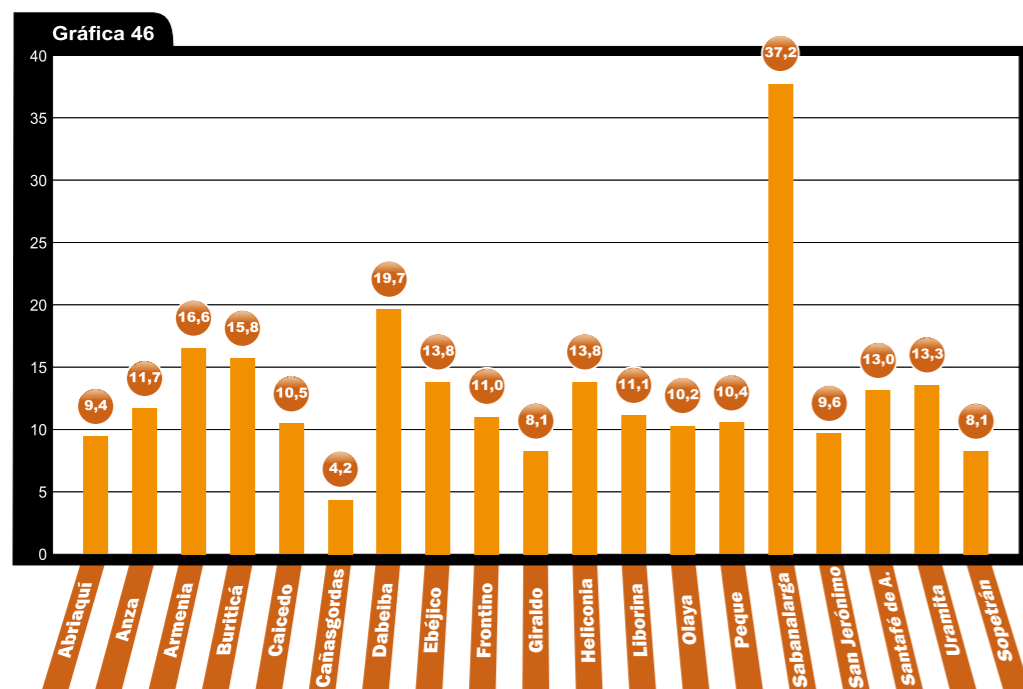


Gráfico 46. Proporción de adultos con sintomatología de depresión, angustia (ansiedad) en los municipios de la subregión Occidente. 2009-2010.

La **ideación suicida** está presente en el 12.3% de los adultos (similar a la media departamental: 12.4%) y por encima del promedio subregional aparece en los adultos de Anzá, Armenia, Dabeiba, Sabanalarga y San Jerónimo, siendo Sabanalarga la localidad con mayor ideación suicida (30.4%), lo cual es coherente con su problema de depresión y angustia; los municipios de Peque y Uramita tienen la menor proporción de esta ideación (4.7% y 4.6% respectivamente).

La población afectada por cualquier **síntoma de psicosis** fue del 83.6%, dato que podría ser alarmante si no se reconociera la poca especificidad de las preguntas que miden esta condición; este promedio es superior al promedio departamental (80.7%). Los municipios de Uramita, Armenia, Buriticá, Ebéjico, Frontino, Giraldo, Heliconia, Liborina y San Jerónimo están más afectados, especialmente Uramita (93.3%) y Ebéjico (90.6%), mientras que en Peque, el 47.5% de los encuestados presentan algún síntoma.

El 7.6% de los adultos de la subregión reporta **sintomatología de epilepsia**, 1.7% más que el resto del Departamento (6%); Anzá, Armenia, Buriticá, Dabeiba, Uramita y Sabanalarga están más afectados, especialmente este último con 35.8% de adultos sintomáticos, mientras que en Olaya solo el 1.2% afirmó tener éste problema.

El 32.1% de los adultos han tenido **problemáticas con el uso de alcohol**, un cifra promedio por encima de la de Antioquia (25.9%); en Anzá, Cañasgordas, Giraldo, Peque, Sabanalarga y Santafé de Antioquia presentan cifras entre 33% y 84% de personas afectadas, ésta última cifra en el municipio de Anzá. Caicedo presenta el porcentaje de problemas con alcohol más bajo de la subregión: 6.4%. (Gráfico 47).

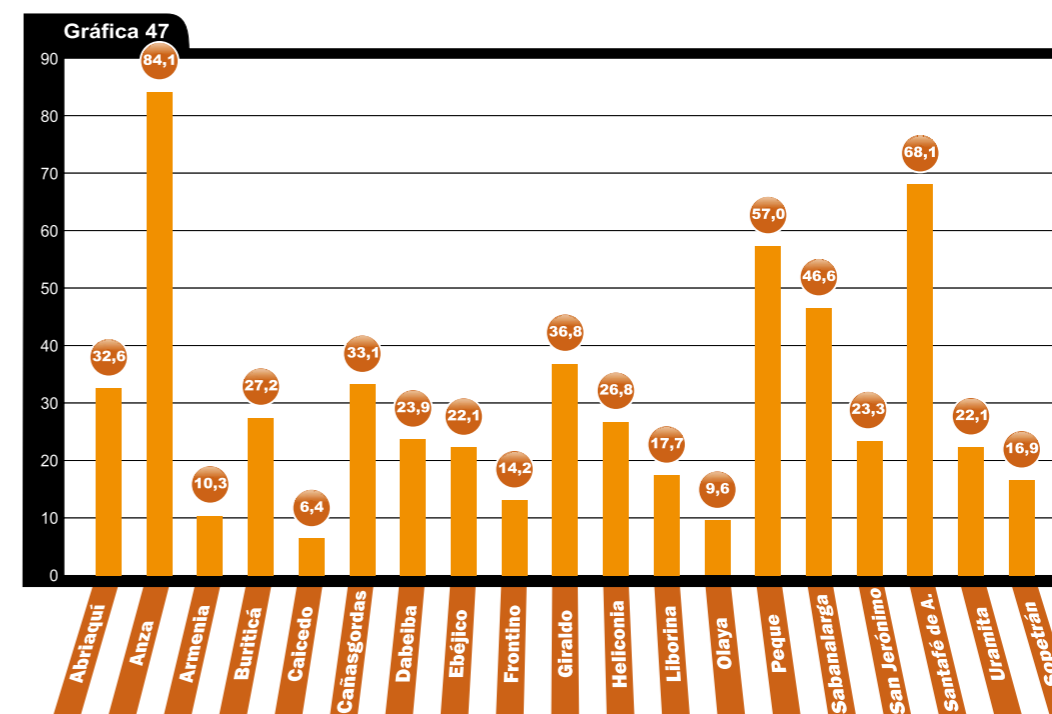


Gráfico 47. Porcentaje de adultos con problemáticas por consumo de alcohol en los municipios de la subregión Occidente. 2009-2010.

El reporte de sintomatología de **problemas de salud mental en los niños-niñas** presenta una variabilidad entre 56% y 94% en 13 de los 18 municipios de Occidente, la media subregional (56.4%) es un poco mas alta que la departamental (51.9%); el municipio con la mayor proporción de niños afectados por cualquier síntoma es Uramita (94.4%, una de las mas altas del Departamento) y Anzá (62.5%); también se encuentra esta problemática infantil por encima de la media regional en los municipios de Cañasgordas, Giraldo, Peque, Caicedo y Santafé de Antioquia. Sabanalarga reporta 6.3% de niños-niñas con este tipo de sintomatología (la más baja de la subregión). (Gráfico 48).

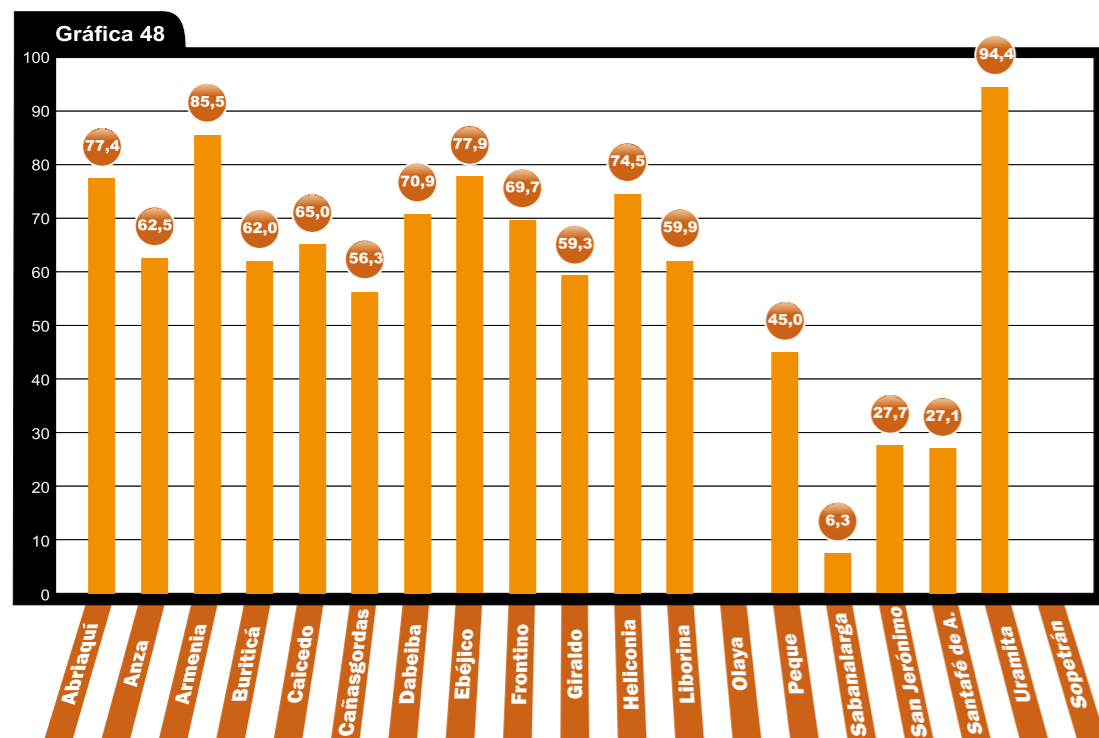


Gráfico 48. Proporción de problemas de salud mental en niños según municipio de la subregión Occidente. 2009-2010.

Respecto a la percepción de **disfunción familiar**, la subregión presenta cifras de 48.9%, más altas que el promedio del Departamento (44.6%); esto ocurre en los municipios de Armenia, Cañasgordas (la mas alta: 74.1%), Dabeiba, Liborina, Peque, Sabanalarga, Uramita y Sopetrán, mientras que en Giraldo (la más baja) el 26.4% de los adultos percibe esta situación en su familia. (Gráfico 49).

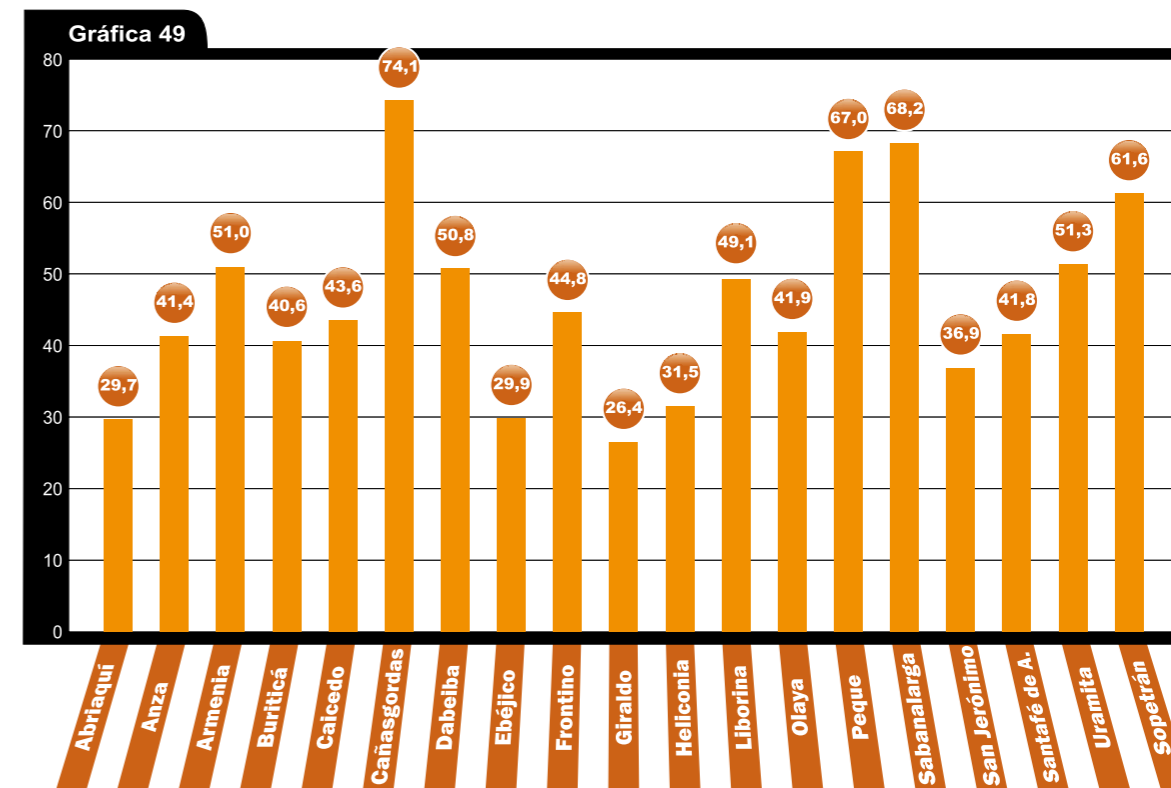


Gráfico 49. Proporción de adultos que perciben disfunción familiar según los municipios de la subregión Occidente. 2009-2010.

La percepción de la **calidad de vida** es bastante buena en la mayoría de los adultos encuestados y en todos los municipios de la subregión, incluso mejor que en resto del Departamento: 92.3% frente al 84.2% departamental. En los municipios de Anzá, Armenia, Dabeiba, Peque y Sabanalarga esta percepción no es tan alta pero sigue siendo bastante aceptable: allí oscila entre 65% y 87%. Armenia es el municipio con más baja percepción de calidad de vida. Como en el resto del Departamento no parece relacionarse la percepción de la calidad de vida con la ausencia de problemas de salud mental. (Gráfico 50).

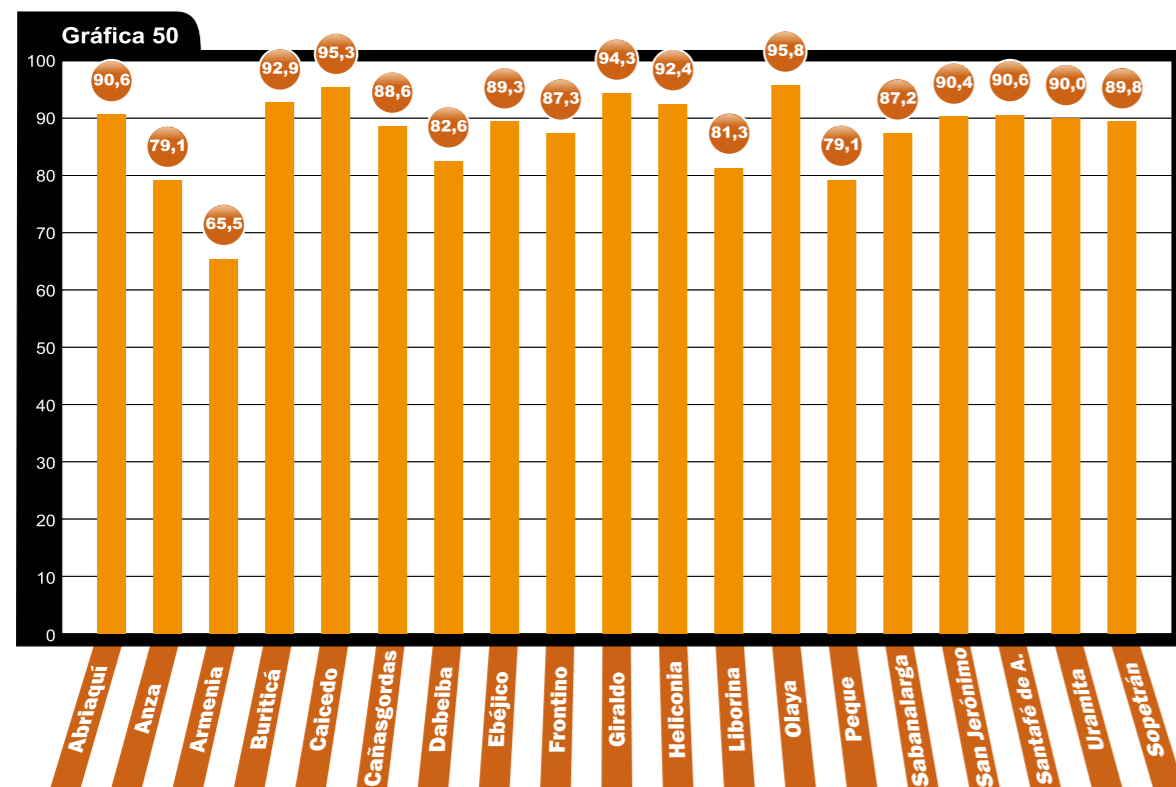


Gráfico 50. Proporción de adultos según su percepción de calidad de vida según los municipios de la subregión Occidente. 2009-2010.

En resumen, si se ordenan los municipios de la subregión por número de problemáticas tamizadas, podríamos afirmar que Armenia es el municipio que presenta el mayor número de los problemas de salud mental (6 de 7), así como también Dabeiba y Sabanalarga (5 de 7); Abriaquí, Caicedo, Santafé de Antioquia y Sopetrán sólo presentan una problemática de las siete estudiadas y Olaya no presenta ninguna problemática por encima de la media subregional. (Gráfico 51).

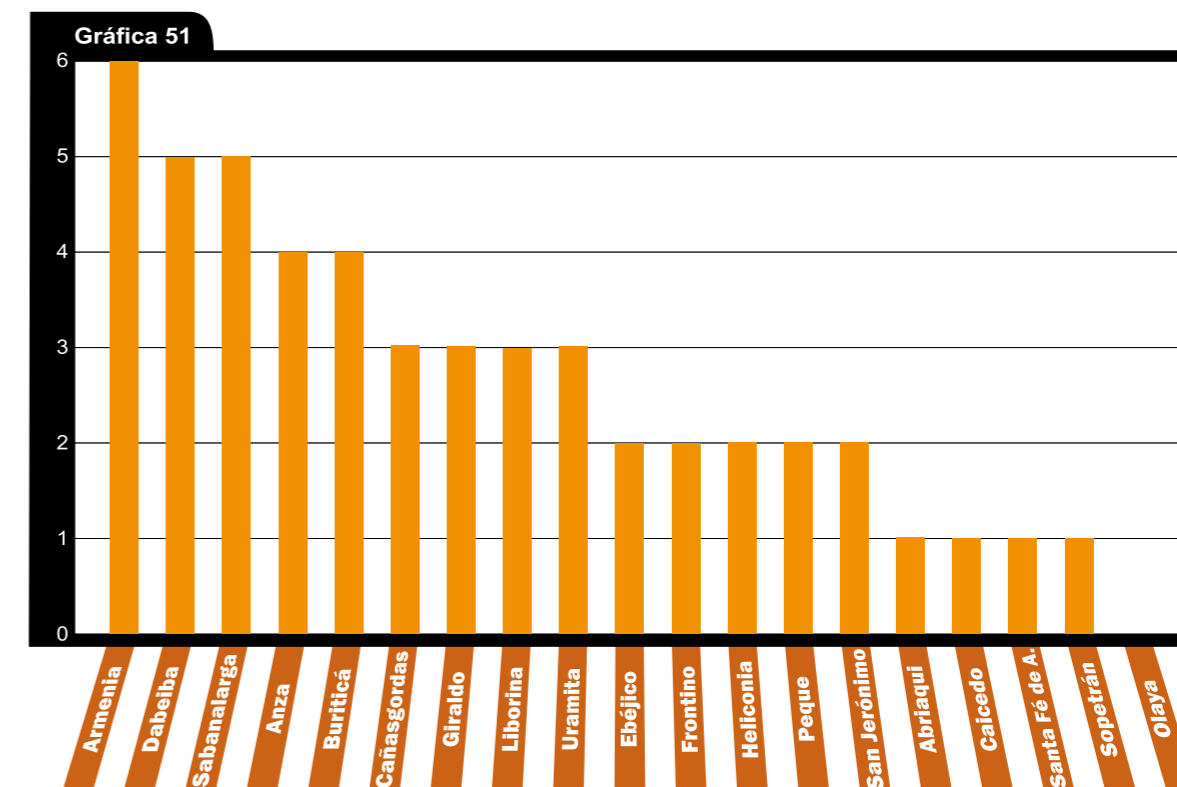
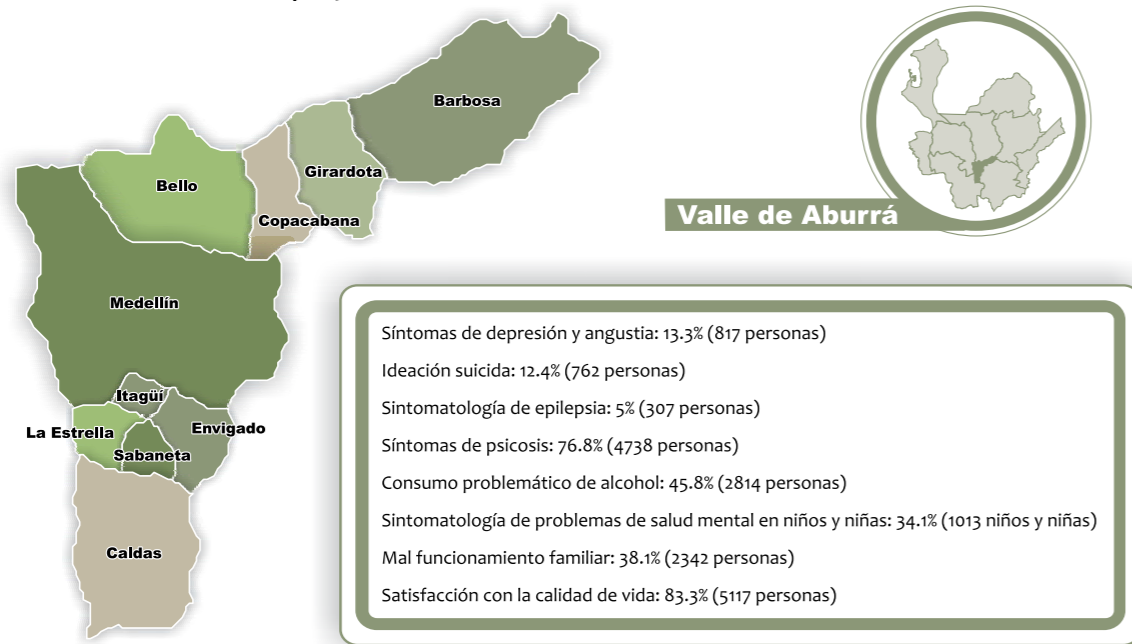


Gráfico 51. Número de problemáticas tamizadas por encima de la media subregional. Subregión Occidente. 2009-2010.

Subregión Valle de Aburrá

La Subregión incluye a la capital del Departamento, Medellín, y por esta razón es la más densa poblacionalmente. Esta subregión no escapa al comportamiento de múltiples problemas derivados de los conflictos sociales de hace unos 30 años aproximadamente. Confluyen en ella 10 municipios con un aporte muestral de 6145 individuos, de los cuales 1185 corresponden a la ciudad de Medellín. Los principales datos se pueden observar en el cuadro anexo al Mapa 9.



Mapa 9. Sintomatología de trastornos relacionados con la salud mental. Subregión Valle de Aburrá Antioquia, 2009-2010.

Valle de Aburrá es una subregión donde habita el 58% de las personas antioqueñas y, como parte de esta cifra, en la capital, Medellín, reside el 39%. Tiene diez municipios en la actualidad pero ha sido habitada desde el siglo V A.C. por pueblos indígenas; los españoles llegaron al valle 49 años después del arribo de Cristóbal Colón y los indios ofrecieron una feroz resistencia, y muchos se suicidaron para evitar ser dominados. El gobernador Miguel de Aguinaga y Mendigoitia, el 2 de noviembre de 1675, estableció a todo el Valle de Aburrá como una sola jurisdicción, desde el nacimiento del Río Medellín hasta el lugar donde cambia su nombre por Río Porce. El cruce del Valle de Aburrá por parte del ferrocarril, la proximidad a fuentes de agua para generación de electricidad y para los procesos industriales, la cercanía a un mercado de expansión, se convirtieron entre otros en los principales factores de localización de la industria incipiente y

promovieron el fortalecimiento de las cabeceras municipales con mayores ventajas comparativas en este campo.

En los años 70 surgieron mafias colombianas de la droga, lo que influiría en los problemas sociales, políticos y en el desarrollo de la ciudad, asignándole el título de “ciudad más violenta del mundo”. A principios del siglo XXI la ciudad continuaba recibiendo los efectos negativos del problema lo cual revirtió en una crisis sin precedentes. A partir del 2002, la crisis comenzó a declinar y se recuperó la estructura económica tradicional. El Área Metropolitana de Medellín (oficialmente Área Metropolitana del Valle de Aburrá) es la entidad político administrativa que reúne nueve municipios de la Subregión Valle de Aburrá, tres al sur y tres al norte, corresponden a ejes urbanos alternos con un crecimiento urbanístico menor, pero vitales para el desarrollo económico y social. En este tamizaje no se incluyeron Sabaneta y Envigado.

En el tamizaje de salud mental se encontraron **síntomas de depresión, angustia (ansiedad)** que afectan al 13.3% de la población adulta (Gráfico 52), cifra un poco menor que el promedio departamental (14.4%); los municipios que están más afectados son: Bello e Itagüí que tienen cifras más elevadas del promedio subregional, siendo Bello el mas afectado con un reporte de estos síntomas en 23.4% de las personas adultas. Por el contrario, Copacabana tiene 8.7% de las personas adultas afectadas.

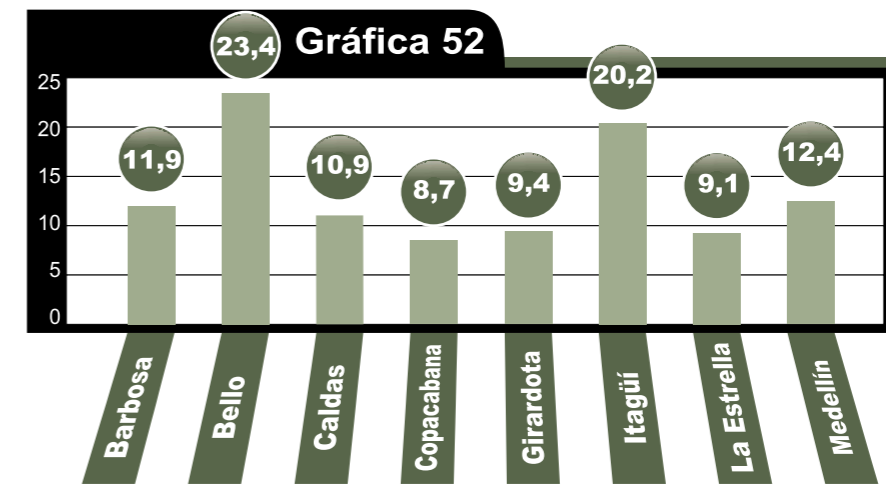


Gráfico 52. Sintomatología de depresión, angustia (ansiedad) en los municipios de la subregión Valle de Aburrá. 2009-2010.

La ideación suicida está presente en el 12,4% de las personas adultas (igual al promedio departamental: 12.4%); por encima del promedio subregional aparecen Bello, Caldas,

Copacabana e Itagüí con éste síntoma en la población adulta, siendo Bello el municipio con mayor ideación suicida (16.6%); los municipios de Girardota, La Estrella y Medellín tienen la menor proporción de esta ideación: alrededor de 9%.

La población afectada por cualquier **síntoma de psicosis** en la subregión fue del 76.8% dato que podría ser alarmante si no se reconociera la poca especificidad de las preguntas que miden esta condición; este promedio es menor que el departamental (80.7%). Los municipios de Bello, Caldas, Itagüí y la Estrella están más afectados, especialmente Itagüí (85.9%), mientras que en Barbosa tiene 66.7% de las personas adultas con algún síntoma de psicosis.

El 5% de las personas adultas de la subregión reporta **sintomatología de epilepsia**, un 1% menos que el resto del Departamento (6%); Bello, Caldas, Copacabana, Itagüí y la Estrella están más afectados, especialmente Copacabana con 7%; en Barbosa y Medellín tienen la cifra mas baja, el 3.1%.

El 45.8% de las personas adultas han tenido **problemáticas con el uso de alcohol**, un promedio más alto que el del departamento de Antioquia (25.9%); se presentan cifras con alta variabilidad, entre 16% y 86% de personas afectadas, ésta última cifra en el municipio de Bello, muy por encima del resto de la subregión y del Departamento. Barbosa presenta porcentajes de problemas con alcohol mucho más bajos que el resto de la subregión: 16.6%. (Gráfico 53).

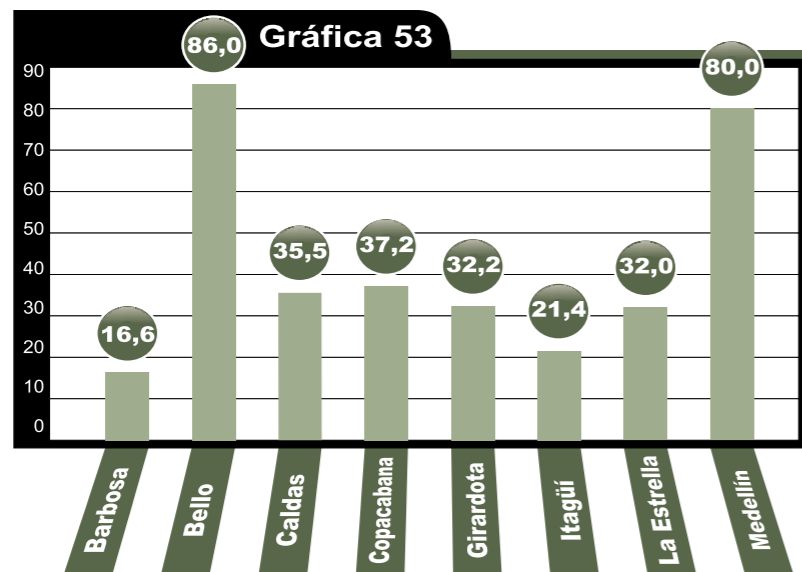


Gráfico 53. Consumo problemático de alcohol en los municipios de la subregión Valle de Aburrá. 2009-2010.

El reporte de **sintomatología de problemas de salud mental en los niños-niñas** presenta una gran variabilidad entre los municipios de la subregión de Valle de Aburrá, y el promedio subregional (34.1%) es más bajo que el departamental (51.9%); el municipio con la mayor proporción de niños-niñas afectados por cualquier síntoma es Caldas (65.9%); en Barbosa, Bello, Copacabana, Girardota e Itagüí también se encuentra esta problemática infantil por encima de la media regional. Medellín reporta 5.4% de niños-niñas con este tipo de sintomatología (la más baja de la subregión) (Gráfico 54).

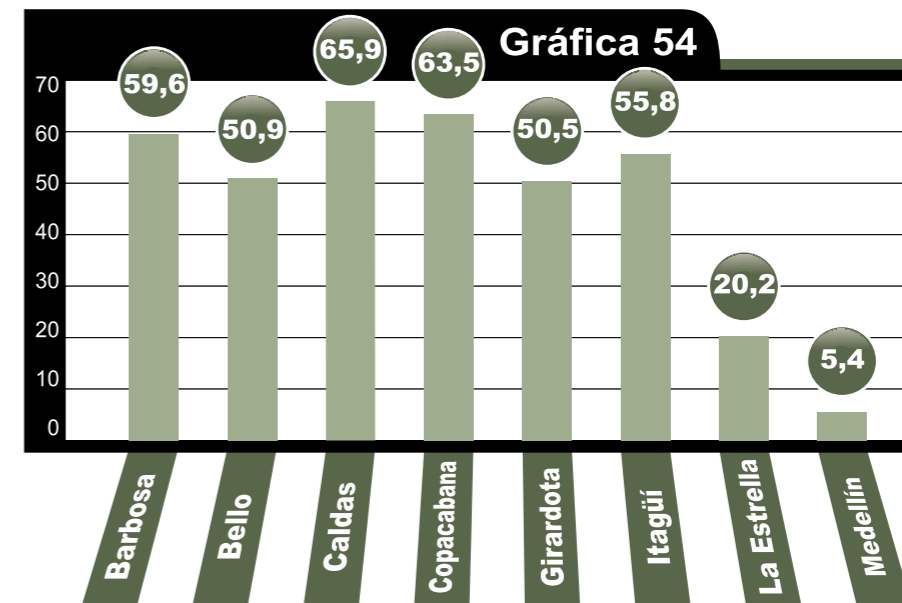


Gráfico 54. Problemas de salud mental en niños-niñas según municipio de la subregión Valle de Aburrá. 2009-2010.

Respecto a la percepción de **disfunción familiar**, la subregión presenta en promedio cifras de 38.1%, por debajo del promedio departamental (44.6%); los municipios que están por encima del promedio subregional son Barbosa, Bello, Copacabana y Medellín tiene la proporción más alta de la subregión: 44.4%. En Caldas y La Estrella alrededor del 28% de las personas adultas, percibe esta situación en su familia. (Gráfico 55).

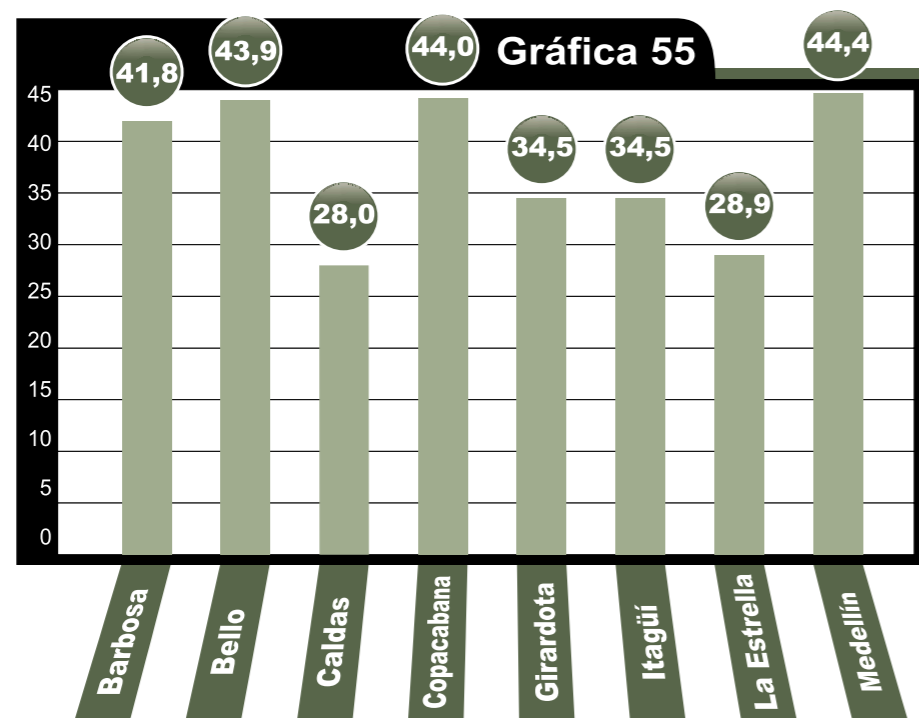


Gráfico 55. Disfunción familiar según los municipios de la Subregión Valle de Aburrá. 2009-2010.

La percepción de la **calidad de vida** es muy buena en la mayoría de las personas adultas encuestadas y casi todos los municipios de la subregión presentan promedios similares de satisfacción con la calidad de vida: 83.3% frente al 84.2% departamental. Sobresale la buena percepción de calidad de vida de la Estrella con 92.2%, por su parte Bello presenta la cifra mas baja 72.3%.

En resumen, si se ordenan los municipios de la subregión por número de problemáticas tamizadas (Gráfico 56), podríamos afirmar que Bello es uno de los municipios más problematizados de la subregión y del Departamento: presenta 7 de las 7 problemáticas estudiadas por encima de la media subregional; Itagüí presenta 5 de las 7, y Caldas y Copacabana 4 de las 7; Girardota presenta solo una problemática por encima de la media subregional.

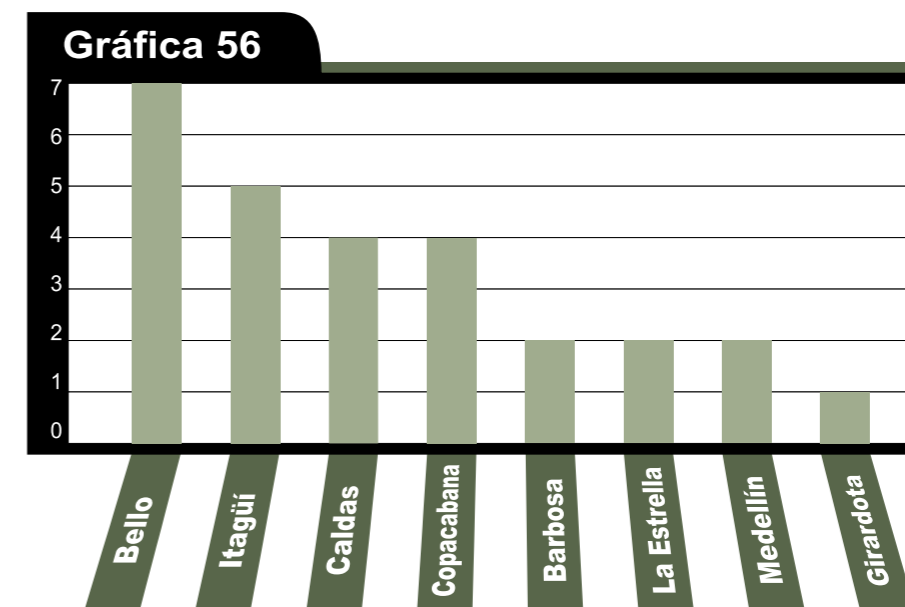


Gráfico 56. Número de problemáticas tamizadas por encima de la media subregional. Subregión Valle de Aburrá. 2009-2010.

La Ordenanza 41 de 1975 consagra que la administración del departamento de Antioquia se descentraliza, constituyéndose por Subregiones, como una manera de mejorar la situación de inequidad de los municipios por fuera de la Subregión Valle de Aburrá. En consecuencia, los resultados del Tamizaje de Salud Mental del Departamento, además del análisis de los datos generales, contempla el análisis de los problemas de salud mental por estas subdivisiones administrativas, observándose porcentajes más altos que la media departamental, en algunas sintomatologías.

REGIÓN	SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANGUSTIA	IDEACIÓN SUICIDA	SINTOMATOLOGÍA DE EPILEPSIA	SÍNTOMA DE PSICOSIS	CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL	SINTOMATOLOGÍA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN NIÑOS-NIÑAS	DISFUNCIÓN FAMILIAR	SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA
Bajo Cauca	13.4	10.1	4.1	70.4	15.9	44.6	56.4	67.1
Magdalena Medio	14.3	13.0	7.3	82.0	18.6	34.1	49.3	84.9
Nordeste	15.8	13.4	6.2	86.9	25.5	65.9	37.6	88.3
Norte	13.4	11.4	5.1	77.5	29.0	55.1	46.1	83.3
Occidente	13.7	12.3	7.6	83.6	32.1	56.4	48.9	92.3
Oriente	15.7	12.6	6.2	80.9	21.9	51.5	41.7	86.4
Suroeste	16.3	15.6	6.5	86.3	26.2	66.7	37.5	84.3
Urabá	13.7	10.7	6.4	81.5	18.0	58.5	45.8	87.8
Valle de Aburrá	13.3	12.4	5.0	76.8	45.8	34.1	38.1	83.3
Total Deptal	14.4	12.4	6.0	80.7	25.9	51.9	44.6	84.2

Tabla 17. Proporción de personas según percepción de sintomatología de problemas de Salud Mental y Calidad de Vida en Antioquia.

Tamizaje de Salud Mental Departamento de Antioquia, 2009-2010.

La Subregión Suroeste es la más afectada; esta Subregión presenta cifras elevadas en los componentes del SRQ (sintomatología de depresión y angustia, así como de psicosis) y del RQC (sintomatología en niños). La Subregión Nordeste presenta los más altos porcentajes de sintomatología de Psicosis y es un poco menor el porcentaje de sintomatología de trastornos en niños y niñas; Bajo Cauca tiene una problemática destacada en cuanto al funcionamiento familiar y la más baja percepción de calidad de vida, mientras que Valle de Aburrá se destaca, de manera desafortunada, por la problemática de consumo de bebidas alcohólicas.

Estos datos contrastan con Subregiones como Magdalena Medio, cuya proporción de síntomas de alteraciones de la salud mental en la infancia es semejante al de Valle de Aburrá; así mismo, la Subregión Norte y Urabá tienen una de las menores proporciones de síntomas de depresión y angustia junto con Bajo Cauca, Occidente y Valle de Aburrá. Occidente presenta la mejor percepción de Calidad de Vida del Departamento y Oriente se encuentra en cifras promedio, sin destacarse por una mejor situación.

Cuando se exploran diferencias significativas entre Subregiones y problemáticas de salud mental, con los instrumentos utilizados en este estudio, no parece haber relación, a pesar de que la muestra es suficiente y representativa. Una de las explicaciones es que

lo geográfico como único indicador, no es una condición marcadora de problemas de salud mental; lo que sí es relevante, es la comprensión de las problemáticas personales, socioeconómicas, culturales y políticas, como causantes del deterioro de la calidad de vida y como determinantes sociales de la salud en general y de la salud mental en particular. No en vano la Organización Mundial de la Salud define a la Salud como una categoría que involucra los aspectos biológicos, mentales y sociales.

En la revisión de los datos de los RIPS (consulta externa, hospitalización y urgencias) por problemas de salud mental en el año 2009, obtenidos de Sistemas de Información de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, se evidencian 111.551 consultas por problemas de Salud Mental, correspondiente a 1.79% del total de consultas, para una tasa de 1.863 consultas por cada 100 mil habitantes. La mayoría de consultas proceden del área urbana (90.18% o 100.594 pacientes)⁹⁹.

En el año 2009, como **primera causa** de consulta se registraron los **Trastornos del humor/Afectivos** con un total de 35.472 diagnósticos, equivalente a tasa de 592 por cada cien mil habitantes. Esta primera causa corresponde a un porcentaje de 31.8% del total de los diagnósticos de enfermedad mental, cifras muy semejantes al 2007 (33.7%) y al 2005 (32%) de todas las atenciones informadas por los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), causas agrupadas en los códigos F-30 a F-39 (Trastornos del humor/afectivos), aportando un mayor porcentaje las mujeres (66.4%) con respecto a los hombres (34.6%).

Si se pudiera comparar con la depresión y la angustia medidas en el tamizaje, sorprende que los porcentajes por estos problemas no superen el 16.3% de las personas afectadas en la Subregión con más alta proporción (Suroeste). Otro dato que llama la atención es que en el tamizaje la sintomatología de Psicosis alcanza en promedio un 80.7% de la población entrevistada, mientras que la consulta por esquizofrenia representa el 14.7% de todos los trastornos mentales atendidos, lo que podría indicar una brecha enorme entre las necesidades de la población en este campo y la consulta por estos síntomas o el diagnóstico que se realiza, además de la ya mencionada poca especificidad de las preguntas del SRQ para determinar psicosis.

Los trastornos agrupados con los códigos F-10 (trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol) y con los códigos F-10 a F-19 (trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas), refleja un mayor consumo de sustancias alcohólicas y psicoactivas en los hombres, con respecto a las mujeres. Los problemas por consumo de alcohol representaron en 2009, el 6.87% de las

atenciones, pero el Tamizaje en Antioquia aportó una cifra de 25.9% de las personas con algún problema relacionado con esta sustancia.

La mayoría de las atenciones se concentraron en el servicio de consulta externa (94.724 consultas), menores cifras con respecto al año 2006 (137.209 consultas). En hospitalización, la cifra fue de 4.730 ingresos y en urgencias 1.622 atenciones, todas ellas más bajas, en relación con el año de comparación (2009).

Como **segunda causa** de consulta se evidencian los **Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos** con un total de 30.163 consultas; para una tasa por cien mil habitantes de 504. Esta segunda causa corresponde al 27.04% del total de consultas por enfermedad mental.

En **tercer lugar** se registran **Otros trastornos mentales y del comportamiento**, con 18.315 consultas externas en las diferentes IPS del Departamento. Este número de consultas corresponde a una tasa por cien mil de 306 y a un porcentaje de 16.42% de todas las consultas registradas durante el año 2009.

El retraso mental y el síndrome por maltrato constituyeron el 3.7% de todos los problemas de salud mental atendidos en el 2009; es sorprendente como en el tamizaje se encontró que hasta un 51% (en promedio) de los adultos encuestados en Antioquia reportó algún síntoma de problemas en los niños y niñas, llegando a 66% en la Región de Suroeste.

Es importante analizar profundamente la cifra del 44.6% arrojada por el APGAR a nivel departamental con respecto a la disfunción familiar, debido a que es preocupante y amerita posiblemente intervenciones más exhaustivas.

Resultado del tamizaje de niñas y niños en situación de desplazamiento de los padres o madres

Como se informó en el análisis general de la muestra obtenida, y en el capítulo en el que se muestran los resultados del tamizaje en personas afectadas por el desplazamiento, se entrevistaron 15.186 niños y niñas en todo el Departamento; la proporción por sexo fue de 50.7% mujeres y el 49.3% hombres.

El 15.9% (2.428) de los niños y niñas entrevistados, son hijos e hijas de personas en situación de desplazamiento. 5.749 niños y niñas corresponden a población que no

tiene dicha condición y de 7.009 personas menores no hay datos sobre su situación de desplazamiento. Por sexo, hay mayor número absoluto de niñas que viven tal condición (1233) que de niños (1195); como son tan cercanas las diferencias, la razón de masculinidad se aproxima a 1, es decir, por cada niño desplazado hay una niña desplazada.

El comportamiento por edad se ilustra en la tabla 18, encontrándose una mayor frecuencia en las edades de 5 a 9 años, en ambos grupos de comparación.

Edad (años)	Población en Situación de Desplazamiento		No afectados por el Desplazamiento		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
5 a 9	1147	46.8	2707	47.6	7117	46.9
10 a 12	733	29.9	1710	30.0	4468	29.5
13 a 15	572	23.3	1269	22.3	3582	23.6

Tabla 18. Composición étnica de la muestra de niños y niñas.

La tabla 19 ilustra el aporte de las Subregiones a la muestra de niños y niñas según sexo. El mayor número de niños y niñas entrevistados se encuentra en la Subregión Oriente seguida de la Subregión Urabá. El número de hombres y mujeres es muy cercano en casi todas las Subregiones, toda vez que el Tamizaje se orientó a conservar un número semejante entre hombres y mujeres.

Regiones de Antioquia	Sexo del Representado		Total
	Femenino	Masculino	
Urabá	325	305	630
Valle de Aburrá	150	186	336
Occidente	146	109	255
Suroeste	94	94	188
Oriente	327	326	653
Bajo Cauca	65	69	134
Magdalena Medio	24	30	54
Norte	35	32	67
Nordeste	67	44	111
Total Deptal	1233	1195	2428

Tabla 19. Aporte subregional de niños y niñas en situación de desplazamiento. Antioquia, 2009-2010.

Problemas de Salud Mental en niños y niñas en situación de desplazamiento

El 51.4% de los infantes que se encuentran bajo esta condición requiere remisión para evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, si se siguen las orientaciones del cuestionario utilizado; al comparar la cifra de sintomatología de trastornos relacionados con salud mental con respecto a aquellos que no viven la situación del desplazamiento, se observa similitud en la cifra: 51.7%. Cuando se explora la asociación entre situación de desplazamiento en los niños y niñas con presencia de síntomas de problemas de salud mental, se observó que las diferencias son estadísticamente significativas (χ^2 de Pearson=79.6 gl 1, $p<0.0005$), es decir, que hay una mayor asociación entre ser niño o niña que vive el desplazamiento, y tener sintomatología de trastornos mentales.

En la tabla 20 se describe la presencia de síntomas relacionados con la salud mental de los niños y niñas viviendo bajo el desplazamiento en comparación con los que no lo están viviendo; el 18% de los primeros presentan más de dos síntomas valorados por el instrumento RQC; en contraste los segundos, tienen casi dos puntos porcentuales menos, lo que indica un mayor compromiso de la salud mental por su condición de desplazados.

Cantidad de síntomas de RQC	Desplazados		No desplazados	
	Número	%	Número	%
Ninguno	1259	48.6	4478	58.7
Un síntoma	284	10.9	955	12.5
Dos síntomas	466	18.0	1198	15.7
Más de dos síntomas	580	22.4	995	13.0

χ^2 154.8 gl3 $p < 0.000$

Tabla 20. Presencia de síntomas de salud mental en niños y niñas según situación de desplazamiento.

Las frecuencias absolutas y relativas de la sintomatología de trastornos de salud mental de los niños y niñas en situación de desplazamiento se relacionan en la tabla 21; como puede observarse la pregunta que tuvo mayor número de respuestas afirmativas fue la N° 7, seguida de la 8 y de la 1 respectivamente.

N° de pregunta	Ítem	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Lenguaje anormal	409	15.6
2	Duerme mal	256	9.7
3	Convulsiones o caídas sin razón	291	11.1
4	Frecuentes dolores de cabeza	395	15.0
5	Ha huido de la casa	172	6.5
6	Sustracción de elementos de casa	344	13.1
7	Nerviosa o asustadizo	650	24.7
8	Lento aprendizaje	465	17.7
9	relaciones sociales	302	11.5
10	Enuresis o Encopresis	295	11.3

Tabla 21. Frecuencia de niños-niñas en situación de desplazamiento con sintomatología positiva (RQC) según la persona adulta. Antioquia, 2009-2010.

Desórdenes Interactivos

Las preguntas 2, 5, 6, 7 y 9 hacen parte de esta categoría y los niños y niñas que las reportaron positivamente, deben ser valorados con mayor profundidad, usando enfoques diagnósticos. Comparativamente los niños desplazados tienen mayores problemas en todos los ítems que los niños sin esta condición.

Los ítems señalados mostraron asociación estadísticamente significativa ($p<0.000$) cuando se compararon niños-niñas en situación de desplazamiento con aquellos que no lo vivieron (Tabla 22). Se observa una mayor puntuación en problemas con el sueño y en estar nervioso o asustadizo sin razón aparente o con facilidad, en los niños-niñas víctimas de desplazamiento.

Síntomas de desórdenes interactivo	Desplazados		No desplazados		Valor P
	Número	%	Número	%	
Pregunta 2 Problemas del dormir	604	22.9	1446	18.9	0.000
Pregunta 5 Fuga del hogar	262	10.0	472	6.1	0.000
Pregunta 6 Sustracción de elementos en el hogar	78	2.9	118	1.5	0.000
Pregunta 7 Nerviosismo o asustadizo	650	24.7	1282	16.8	0.000
Pregunta 9 Relaciones sociales deficientes con pares	302	11.5	622	8.1	0.000

Tabla 22. Comparación de sintomatología de Desórdenes Interactivos según RQC y situación de desplazamiento de los niños y niñas. Antioquia, 2009-2010.

Desórdenes de la regulación sensorial

La tabla 23 es indicativa de un mayor compromiso de los niños, niñas desplazados con respecto a los no desplazados, aunque la pregunta 10 no reveló asociación estadísticamente significativa.

Síntomas de Regulación Sensorial	Desplazamiento				Valor P
	SI Frecuencia	%	NO Frecuencia	%	
Pregunta 8 Aprendizaje lento	465	17.7	926	12.1	0.000
Pregunta 10 Enuresis o Encopresis	295	11.3	785	10.3	sin asociación

Tabla 23. Comparación de sintomatología de Desórdenes de la Regulación Sensorial en niños-niñas y situación de desplazamiento. Antioquia, 2009-2010.

Desórdenes neuroevolutivos

Este tipo de sintomatología es más frecuente en los niños, niñas desplazados que en los que no tienen dicha condición, mostrando asociación estadísticamente significativa en todos los ítems evaluados (Tabla 24)

Desórdenes Neuroevolutivos	Desplazamiento				Valor P
	SI Frecuencia	%	NO Frecuencia	%	
Pregunta 1 Lenguaje Anormal	409	15.6	631	8.2	0.000
Pregunta 3 Convulsiones	291	11.1	558	7.3	0.000
Pregunta 4 Cefaleas	395	15.0	858	11.2	0.000

Tabla 24. Sintomatología de Desórdenes neuroevolutivos en niños-niñas con situación de desplazamiento. Antioquia, 2009-2010.

Se encontraron dos mil quinientos ochenta y ocho (2588) niños y niñas en situación de desplazamiento; estos niños y niñas presentan mayor sintomatología de problemas relacionados con la salud mental, si el adulto significativo (padre, madre o acudiente entrevistado) refiere consumo problemático de alcohol, comparados con los niños-niñas no desplazados ($p < 0.0005$) (Tabla 25).

Consumo problemático de alcohol						
Sintomatología en niños-niñas		SI		NO		Valor P
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
	SI	864	33.3	466	18.0	0.000
	NO	905	35.0	353	13.6	

Tabla 25. Problemáticas de salud mental en niños-niñas en situación de desplazamiento según consumo problemático de alcohol del adulto significativo entrevistado.

En resumen, si un poco más de la mitad de los niños y niñas del Departamento presenta síntomas de problemáticas de salud mental, es necesario recurrir a diagnósticos más precisos que indiquen la severidad del problema y diseñar estrategias para su mitigación, tratamiento oportuno, seguimiento y rehabilitación.

Resultado del tamizaje en las personas en situación de desplazamiento

Análisis general de los datos del tamizaje en salud mental

Del total de la población encuestada para el Tamizaje de Salud Mental del Departamento, el 14.5% (6.634 personas) de los participantes, informaron la vivencia del desplazamiento, uno de los fenómenos sociales que han provocado y seguirán provocando la mayor crisis humanitaria en Colombia. No respondieron a la pregunta un total de 18.746 personas, cifra que por no diligenciarse, podría indicar una mayor frecuencia de la reportada. Es decir, el dato de 14.5% de personas en situación de desplazamiento en el mejor de los casos, podría permanecer igual y en el peor de los casos, aumentar, permitiendo situar al Departamento en un contexto preocupante, con repercusiones en el desarrollo humano, económico y social; durante el año 2009, según cifras de CODHES¹, el departamento de Antioquia ocupa el primer lugar en desplazamiento con una cifra de 45.774 personas, seguido de Nariño, Valle del Cauca, Santander, Meta, Bolívar, Huila y Córdoba.

Es necesario recordar que la muestra total del tamizaje, tuvo un mayor porcentaje de mujeres con respecto a los hombres y por este comportamiento de los datos se puede explicar que de un total de 6.634 personas en situación de desplazamiento encuestadas, el 78.2% son mujeres (Tabla 26). Sin embargo, el informe de la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), revela que de 3.2 millones de personas en situación de desplazamiento en Colombia, el 83% son mujeres, niñas y niños, el 43% de estos hogares tienen a la mujer como cabeza de familia y el 68% de estas mujeres cabeza de familia, están solas⁹.

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	5188	78.2	78.2
Masculino	1442	21.7	99.9
Sin Dato	4	0.1	100.0
Total	6634	100.0	

Tabla 26. Frecuencia por sexo de las personas adultas en situación de desplazamiento. Antioquia, 2009-2010.

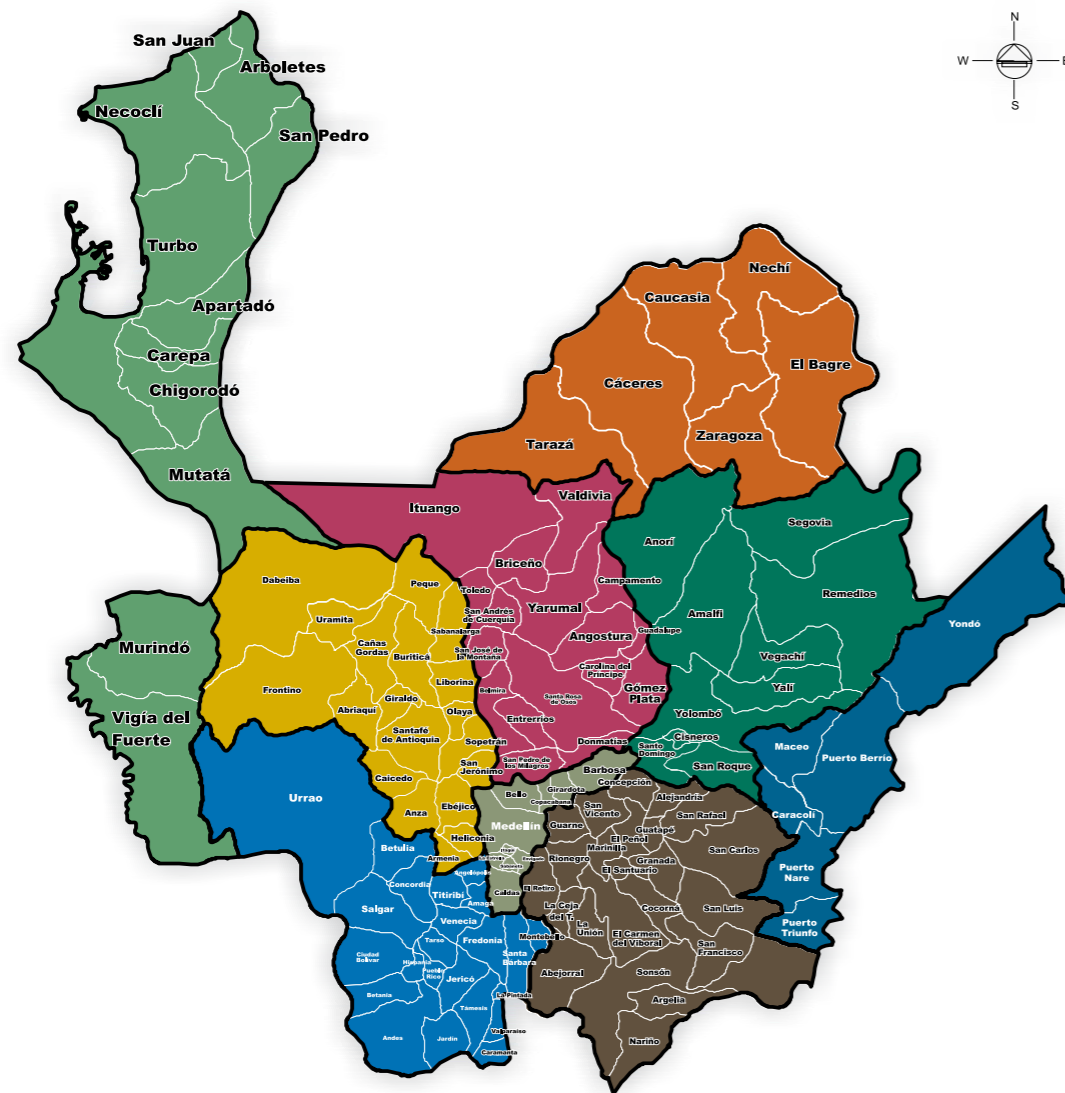
El promedio de edad fue de 37.48 ± 9.87 años, casi coincidente con la mediana (Me), que fue de 37 años para ambos sexos. La Mediana (Me) de edad para los niños y niñas fue de 9.87 años y el promedio fue de 10 ± 2.9 años; se entrevistaron niños y niñas entre 5 y 15 años, quedando por fuera edades tan importantes como los 16 y 17 años, debido a que el instrumento RQC empleado, es enfático en las edades de aplicación.

La procedencia de las personas entrevistadas se presenta en la tabla 27; el mayor porcentaje está ubicado en el área urbana con respecto al área rural, dato que explica la dinámica del desplazamiento, en la cual, las principales víctimas han sido las personas que residen en el campo, de tal manera que las cabeceras municipales son las principales receptoras de personas afectadas por el desplazamiento.

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Urbana	3634	54.8	100.0
Rural	2852	43.0	45.2
Sin Dato	148	2.2	2.2
Total	6634	100.0	

Tabla N° 27. Procedencia de las Personas en Situación de Desplazamiento. Antioquia, 2009-2010.

Las 9 Subregiones que conforman el departamento de Antioquia, tienen personas en situación de desplazamiento, según se observa en el mapa N° 10. En setenta (70) municipios de los 122 encuestados, se encontraron personas con esta afectación, algunos con cifras muy altas, por encima del promedio nacional, lo que revela la situación humanitaria del Departamento, que permite sugerir que dicha crisis humanitaria es uno de los factores del retraso en el Índice de Desarrollo Humano.



Personas en situación de desplazamiento

- **Urabá:** 20,9% (1.389 personas)
- **Occidente:** 7,0% (463 personas)
- **Norte:** 3,5% (235 personas)
- **Valle de Aburrá:** 5,9% (391 personas)
- **Oriente:** 31,8% (2.109 personas)
- **Nordeste:** 8,0% (532 personas)
- **Bajo Cauca:** 11,3% (751 personas)
- **Magdalena Medio:** 2,1% (139 personas)
- **Suroeste:** 7,0% (463 personas)

Mapa 10. Frecuencia de PSD, según Subregiones. Departamento de Antioquia, 2009-2010.



Las Subregiones con mayor número de personas en situación de desplazamiento se observan en el mapa; la subregión Oriente ocupa el primer lugar, seguido de Urabá y Bajo Cauca, territorios donde el conflicto armado ha tenido su epicentro. Es claro que el tamizaje logró identificar un número significativo de personas viviendo la situación del desplazamiento, vale la pena recordar que muchas de las personas entrevistadas no contestaron la pregunta afirmando o negando dicha condición, o quienes aplicaron la encuesta incurrieron probablemente en dos errores: no preguntaron de manera apropiada o no llenaron el dato, razón por la cual, como se ha insistido en párrafos anteriores, la cifra de personas en situación de desplazamiento pudiese ser mayor.

Análisis general de los hallazgos de salud mental en las personas en situación de desplazamiento.

Análisis del funcionamiento familiar

La población en situación de desplazamiento considera que su funcionamiento familiar está alterado, en un porcentaje más alto (51.1%), aunque cercano, a la percepción de funcionamiento normal (48.9%) (Tabla N° 28). Al comparar este resultado con el de la población que no está en situación de desplazamiento, los primeros superan en 10% a los segundos (41.3%).

	PSD	%	No desplazados	%
Mal funcionamiento familiar	3393	51.1	16216	41.3
Funcionamiento normal	3241	48.9	23026	58.7
Total	6634	100.0	39242	100.0

Tabla 28. Percepción del funcionamiento familiar desde la perspectiva de las personas adultas en situación de desplazamiento. Antioquia, 2009-2010.

Las cinco (5) categorías que componen el APGAR familiar son: adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos. La proporción de personas que valoraron positivamente cada uno de los componentes que evalúa este instrumento, se puede observar en el gráfico 57.



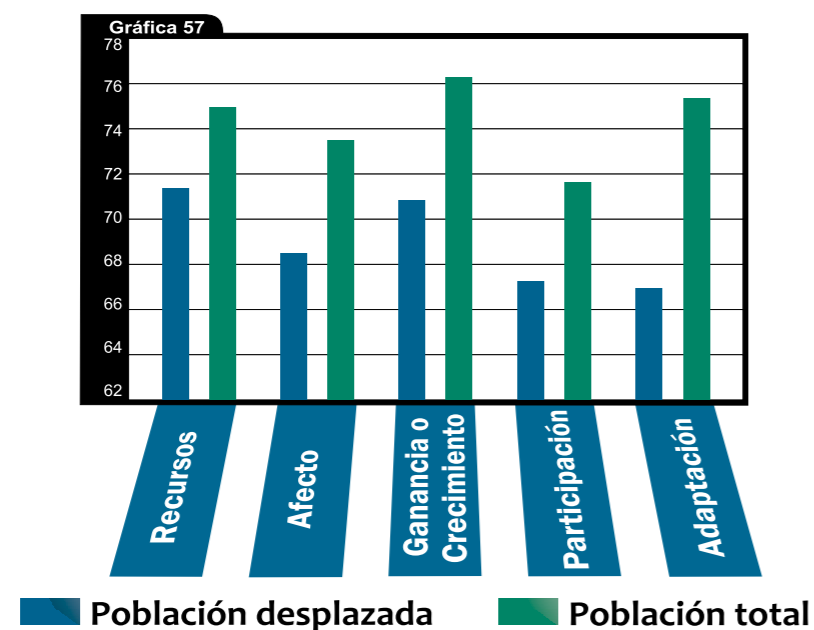


Gráfico 57. Comparación cruda entre población desplazada y población no desplazada según componentes del APGAR.

Cuando se compara población en situación de desplazamiento con la no afectada por este fenómeno se observan amplias diferencias en todos los componentes, principalmente en adaptación, participación y afecto; estos resultados sitúan a población en situación de desplazamiento en una condición de mayor vulnerabilidad, no solo lo han perdido todo materialmente, además su entorno familiar está comprometido por muchas variables que requieren su identificación, de tal manera que las intervenciones que se planeen, tengan enfoque integral, multidisciplinario y consistente en el tiempo.

La gravedad de la disfunción familiar³ se clasifica de acuerdo al siguiente puntaje:

- **Adecuada función familiar cuando la puntuación está entre 18 y 20**
- **Disfunción familiar leve, entre 14 y 17**
- **Disfunción familiar moderada, entre 10 y 13**
- **Disfunción familiar severa ≤ 9**

En la tabla N° 29, se clasificaron los datos teniendo en cuenta la categorización de gravedad de la disfunción familiar. Vale la pena aclarar que un puntaje ≥ 15 en la contabilidad total del APGAR familiar, indica función familiar adecuada, y mal funcionamiento, cuando los valores son < 15 .

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Funcionamiento normal	2348	35.3	35.3
Disfunción familiar leve	1991	30.1	65.4
Disfunción familiar moderada	1310	19.8	85.2
Disfunción severa	985	14.8	100.0
Total	6634	100.0	

Tabla 29. Gravedad de la disfunción familiar según situación de desplazamiento. Antioquia, 2009-2010.

Los valores de funcionamiento normal cambiaron de 48.9% a 35.3%, debido a la categorización de gravedad de la disfunción familiar. Mientras en el primer análisis, el punto de corte para funcionalidad familiar fue una puntuación de 15 o más, en el segundo análisis (gravedad), el punto de corte para el mismo indicador fue de 18 a 20 puntos.

Sintomatología de Trastornos Mentales de personas adultas (SRQ)

Recordemos que el Cuestionario de Síntomas consta de 30 preguntas; las primeras 20 son indicadoras de síntomas de depresión y angustia. Los resultados arrojados por el tamizaje revelan que dicha sintomatología en las personas en situación de desplazamiento fue del 22.6%. Según gravedad, el mayor porcentaje se concentra en sintomatología leve (46.4%); llama la atención que un porcentaje muy bajo (0.7%) reportó sintomatología grave, en cifras absolutas equivale a 44 personas, que deben ser identificadas y remitidas para diagnóstico oportuno de manera urgente; el mismo comportamiento debe asumirse para las demás clasificaciones (Tabla N° 30).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Depresión y angustia severa	44	0.7	0.7
Mayor síntoma	698	10.5	11.2
Síntoma medio	1756	26.5	37.7
Síntoma leve	3081	46.4	84.1
Normal	1055	15.9	100.0
Total	6634	100.0	

Tabla 30 Gravedad de la sintomatología de depresión y angustia en desplazados. Antioquia, 2009-2010.

La comparación entre población general y aquella en situación de desplazamiento con respecto a la sintomatología de depresión y angustia, muestra un comportamiento menor en los primeros (14.5%), cifras que demuestran un mayor compromiso de la salud mental de la población afectada por el desplazamiento. Con respecto a la ideación suicida ocurre lo mismo: el 16% de las afirmaron querer acabar con su vida en algún momento, mientras que la cifra en población sin la afectación por el dicho fenómeno fue de 12.3% casi 4 puntos por debajo de la cifra de quienes están en tal situación.

Las preguntas 21 al 24 apuntan al reconocimiento de sintomatología de Psicosis; es menor la cifra en población sin la afectación por el desplazamiento (80.5%) con respecto a aquellas que lo padecen (83.3%). Es importante resaltar las limitaciones que tiene el instrumento aplicado con respecto a este tema, y en este sentido se enfatiza la necesidad de utilizar herramientas diagnósticas apropiadas, que permitan la identificación de dichas patologías.

La población en situación de desplazamiento presenta una cifra de sintomatología de epilepsia muy inferior a la de la población sin desplazamiento (1.2% vs. 5.4% respectivamente).

Con respecto al consumo problemático de alcohol, el porcentaje en ambas poblaciones es casi igual (27.2% y 28%); a manera de hipótesis se esperaría un mayor consumo en personas en situación de desplazamiento, pero la realidad es bien diferente, pareciendo existir similitud en ambos grupos poblacionales.

Calidad de Vida según el instrumento QLi-Sp

La población en situación de desplazamiento refiere una calidad de vida positiva, con puntuaciones semejantes a la población que no tiene tal condición. Estos datos, en lugar de generar tranquilidad en los decisores y administradores de la salud en el Departamento, deben producir alertas porque es extraño que ante situaciones tan traumáticas como el desplazamiento, así como la poca capacidad de respuesta estatal a este fenómeno, principalmente en la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales, no se refleje en la percepción de calidad de vida (Tabla N° 31).

N° de pregunta	Ítem	No desplazados Mediana (50%)	Desplazados Mediana (50%)
1	Bienestar físico	8	8
2	Bienestar psicológico	9	8
3	Cuidado personal	9	8
4	Funcionamiento ocupacional	9	8
5	Funcionamiento interpersonal	9	8
6	Apoyo social y emocional	8	8
7	Apoyo estatal y servicios	9	8
8	Plenitud personal	8	8
9	Plenitud espiritual	9	8
10	Calidad de vida global	9	8

Tabla 31. Percepción de calidad de vida de las personas adultas en situación de desplazamiento. Antioquia, 2009-2010.

El 1.6% (106) de las personas que están viviendo el desplazamiento calificaron de manera negativa su calidad de vida, con valores de 3 o menos en cada una de las preguntas; recordar para una mejor comprensión de los resultados, que el instrumento es una escala dimensional cuyo valor más bajo es 1 y el más alto 10. En contraste con la población que no vive el desplazamiento, es menor la frecuencia de insatisfacción (0.2%).

Análisis de sintomatología de trastornos relacionados con salud mental en niños-niñas según el instrumento RQC (Reporting Questionnaire for Children)

Se entrevistaron 2428 personas menores de familias en situación de desplazamiento, de las cuales, el 50.7% son mujeres y 49.3% hombres. El promedio de edad fue de 10 años.

El 51.4% de los infantes requieren remisión para evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, si se siguen las orientaciones del cuestionario utilizado; al comparar la cifra de sintomatología de trastornos relacionados con salud mental con respecto a quienes no viven el desplazamiento, se observa similitud en la cifra: 51.7%;

cuando se exploran las diferencias con la prueba Chi2 de Pearson (79.6 $p < 0.0005$), se observa que sí existen diferencias estadísticamente significativas. Es decir, que hay una mayor relación entre ser niño o niña que vive el desplazamiento y tener sintomatología de trastornos mentales.

El instrumento aplicado en los niños y niñas ha sido utilizado por la OMS y por otros autores como Berganza y Cols en Guatemala, mostró una sensibilidad del 89.0% y una especificidad del 87.7%, globalmente. Otro estudio realizado en México reportó una sensibilidad de 76% y un Valor Predictivo Negativo (VPN) de 99% (Caraveo, 2007).

En la configuración de este test, hay preguntas que se consideran marcadoras de trastornos de algún tipo. La pregunta N°7 “El niño-niña se asusta o se pone nervioso-nerviosa sin razón”, es una de ellas, pues se valora con respecto a los diferentes contextos de violencia que haya sufrido el niño-niña; dicha pregunta mostró asociación estadísticamente significativa ($p < 0.0005$) cuando se compararon niños-niñas afectados por el desplazamiento con quienes no lo padecen, lo mismo la pregunta 9 “¿El niño o la niña casi nunca juega con otros niños o niñas?”.

Otro tipo de comportamientos de las personas adultas pueden generar en las personas menores situaciones desencadenantes de problemas o trastornos; tal es el caso del consumo problemático de alcohol; se encontró asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol en las personas adultas en situación de desplazamiento en relación con la sintomatología de trastornos en los niños y niñas, aunque menor en comparación con los valores de la prueba aplicada en variables descritas anteriormente (Chi2 de Pearson=14.5 $p < 0.0005$).

En la tabla 32 se relacionan las frecuencias absolutas y relativas de la sintomatología de trastornos de salud mental de los niños y niñas que están en situación de desplazamiento; como puede observarse la pregunta que tuvo mayor número de respuestas afirmativas fue la N° 7, seguida de la 8 y de la 1 respectivamente.

N° de pregunta	Ítem	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Lenguaje anormal	409	15.6
2	Duerme mal	256	9.7
3	Convulsiones o caídas sin razón	291	11.1
4	Frecuentes dolores de cabeza	395	15.0
5	Ha huido de la casa	172	6.5
6	Sustracción de elementos de casa	344	13.1
7	Nervioso o asustadizo	650	24.7
8	Lento aprendizaje	465	17.7
9	Relaciones sociales	302	11.5
10	Enuresis o Encopresis	295	11.3

Tabla 32. Frecuencia de niños-niñas en situación de desplazamiento con sintomatología positiva (RQC) según la persona adulta. Antioquia, 2009-2010.

Al análisis bivariado, se encontró asociación estadísticamente significativa entre niños-niñas viviendo en situación de desplazamiento y sintomatología positiva de trastornos relacionados con la salud mental, es decir, es mayor la problemática en este grupo que en aquel grupo que no vive esta condición ($p \leq 0.05$).

Resultados del tamizaje en población indígena encuestada y análisis de los datos

El grupo indígena constituye el 0.3% de la muestra (116 personas encuestadas), mientras que en Antioquia este grupo llega al 0.53% de la población total del Departamento. El promedio de edad de los y las jefes de hogar participantes fue de 36 años (d.s.±12.3), 42 niños y niñas fueron referidos por las personas adultas encuestadas. El promedio de edad de los niños y niñas fue de 11 años (d.s.±3).

En las personas adultas, el aporte muestral de las mujeres es mayor con respecto a

Análisis del funcionamiento familiar

El 51.7% de las personas encuestadas manifestaron tener un funcionamiento familiar anormal (Tabla 34), cifra mayor a la del total departamental que fue del 42.7%; corresponde a quienes calificaron <15, en un puntaje de 0 a 20 puntos. La Mediana (Me) fue de 17 puntos, en otras palabras, el 50% de la población calificó con 17 puntos el APGAR familiar, instrumento utilizado en la encuesta.

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Funcionamiento normal	56	48.3	48.3
Mal funcionamiento familiar	60	51.7	100.0
Total	116	100.0	

Tabla 34. Mal funcionamiento familiar según personas adultas jefes de hogar. Antioquia, 2009-2010.

El APGAR familiar consta de cinco (5) categorías de funcionamiento familiar: Adaptación, Participación, Ganancia o Crecimiento, Afecto y Recursos. La proporción de personas que valoraron positivamente cada uno de los componentes que evalúa este instrumento, se puede observar en la tabla 35.

	Frecuencia (N°)*	Porcentaje (%)
Adaptación	82	70.7
Participación	82	70.7
Ganancia o Crecimiento	85	73.3
Afecto	78	67.2
Recursos	85	73.3

* De 116 personas encuestadas

Tabla 35. Frecuencia de respuestas positivas a los diferentes componentes del APGAR. Antioquia, 2009-2010.

A pesar de que el porcentaje global de mal funcionamiento familiar es de 51.7%, la puntuación de los diferentes componentes del instrumento de valoración fue positiva, puntuando por encima del 60% en todas las categorías. Las cifras relativas más altas fueron para los ítems de Ganancia y Recursos. El porcentaje más bajo correspondió a la pregunta 4, relacionada con el vínculo familiar.

Bejarano y Cols. (2010), en un estudio sobre enuresis realizado en Bogotá, propusieron agrupar los puntajes del APGAR, de la manera como se ilustra en la tabla 36, dándole un contexto de severidad a la disfuncionalidad familiar.

Severidad	Frecuencia (N°)*	Porcentaje (%)
Adecuada función familiar (18 - 20 puntos)	46	40.0
Disfunción familiar leve (14 - 17 puntos)	39	34.0
Disfunción familiar moderada (10 - 13 puntos)	19	16.0
Disfunción familiar severa (\leq 9 puntos)	12	10.0

* De 116 personas encuestadas

Tabla 36. Clasificación de la severidad de la disfuncionalidad familiar en Población Indígena.

Los datos revelan un 26% de personas encuestadas con disfunción moderada y severa, resultado que requiere ser evaluado e intervenido psicosocialmente, principalmente en la época actual cuando la familia toma mayor relevancia como núcleo de la sociedad. Si bien es cierto, las comunidades indígenas tienen modos de organización social diferentes a los occidentales, también es claro que han apropiado costumbres producto de la aculturación a la que han sido sometidas por los años de invisibilización.

Sintomatología de trastornos mentales en personas adultas indígenas

El 23.3% de las personas encuestadas presentó sintomatología relacionada con depresión y angustia (ansiedad); esta cifra es mayor que la presentada en la población general, la cual fue de 14.5%. Esta diferencia no es nada despreciable y requiere análisis más profundos sobre la problemática en cuestión.

El 14.7% de la población indígena respondió afirmativamente a la pregunta 17, "Ha tenido

la idea de acabar con su vida”, la cual se valoró como ideación suicida, que sumada a la cifra de sintomatología depresiva puede poner a estas personas en alto riesgo porque presentan ambas sintomatologías.

Las preguntas 21 a la 24 revelan sintomatología de psicosis, y la frecuencia obtenida fue de 78.4%, cifra muy cercana a la de la población general: 80.5%. Vale la pena destacar que estas preguntas son muy inespecíficas y en este sentido es necesario realizar pruebas más orientadoras hacia un diagnóstico preciso que no se agota con el tamizaje (Tabla 37).

Severidad	Frecuencia (N°)*	Porcentaje (%)
Sin sintomatología	25	22.0
Un (1) síntoma	36	31.0
Dos (2) síntomas	40	34.0
Tres (3) síntomas	11	9.0
Cuatro (4) síntomas	4	3.0

* De 116 personas indígenas encuestadas

Tabla 37. Severidad de la sintomatología psicótica en población Indígena.

Quienes tienen sintomatología más severa son quienes contestaron afirmativamente 3 ó 4 preguntas positivas; esta cifra es del 12%, mientras que en la población general fue de 16.6%; aun, con una cifra menor no puede ser motivo de tranquilidad. Por el contrario, dadas las condiciones de vulnerabilidad de las comunidades indígenas, es necesario precisar con diagnósticos más refinados si efectivamente estas personas tienen problemas de salud mental de tipo psicótico.

El 8.6% informó haber presentado convulsiones, sintomatología que se refiere a posible cuadro clínico de epilepsia.

Con respecto al consumo problemático de alcohol, el 16.4% reportó problemas que requieren ser evaluados mediante la aplicación de otros instrumentos psicométricos y/o la remisión a especialistas. La cifra es menor que la de la población general, la cual fue de 27.2%.

De igual manera que en los otros ítems de la prueba, la sintomatología de consumo problemático de alcohol se valoró de acuerdo a la severidad, asumiendo que aquellos que respondieron 5 preguntas positivas tenían mayor compromiso que quienes respondieran 1 pregunta positiva. La tabla 38 ilustra los resultados.

	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
Sintomatología severa (5 preguntas positivas)	0	0.0	0.0
Mayor sintomatología (4 preguntas positivas)	0	0.0	0.0
Sintomatología moderada (3 preguntas positivas)	8	6.9	6.9
Sintomatología media (2 preguntas positivas)	6	5.2	12.1
Sintomatología leve (1 pregunta positiva)	6	5.2	17.3
Sin sintomatología (0 preguntas positivas)	96	82.7	100.0
Total	116	100.0	

Tabla 38. Severidad de la sintomatología de consumo problemático de alcohol en personas en situación de desplazamiento.

Ninguna de las personas adultas entrevistadas reportó sintomatología severa o mayor sintomatología. La clasificación leve y media fue del 5.2% cada una respectivamente y el 6.9% refirió sintomatología moderada. Las personas indígenas que no reportaron ninguna sintomatología representan el 72.8% de la comunidad encuestada, un porcentaje mayor que el de la población general.

Análisis del Cuestionario de Calidad de Vida QLi-Sp en personas adultas indígenas

La tabla N° 39, ilustra los ítems que se quieren evaluar con cada una de las preguntas del cuestionario. Como es una escala dimensional, a mayor puntuación, la percepción es mayormente positiva. Los resultados muestran que el 80.1% de las personas encuestadas consideran que su calidad de vida es satisfactoria. El primer cuartil (25%) de los datos muestra que la percepción de calidad de vida fue de 74.2 puntos. La Me (50%) fue de 83 puntos y el tercer cuartil (75%) de 89 puntos.

Llama la atención los extremos de la puntuación; una sola persona calificó con 33 puntos el cuestionario y 3 personas calificaron con 100 puntos. La primera requiere indagaciones más profundas, que pueden estar relacionadas con otras problemáticas; el grupo con mayor puntuación también requiere otro abordaje.

	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
Percepción baja (30 a 50 puntos)	1	0.9	0.9
Percepción media (51 a 70 puntos)	22	19.0	19.9
Percepción satisfactoria (71 a 99 puntos)	90	77.6	97.5
Percepción óptima (100 puntos)	3	2.5	100.0
Total	116	100.0	

Tabla 39. Percepción de calidad de vida de la población indígena.

Los ítems que componen el cuestionario, están en la tabla 40, así como el primer cuartil y la Mediana. Comparando estas cifras con la población general, hay escasas diferencias en las puntuaciones. No obstante en la puntuación global del cuestionario hay diferencias con la población indígena; mientras la población general calificó con 83(\pm 13) puntos, la calidad de vida percibida, los indígenas calificaron con 80 (\pm 11.7) puntos dicho cuestionario.

N° de pregunta	Ítem	Población indígena		Población general	
		Primer cuartil 25%	Me (50%)	Primer cuartil 25%	Me (50%)
1	Bienestar físico	6	8	8	9
2	Bienestar psicológico	7	8	6	8
3	Cuidado personal	8	9	8	9
4	Funcionamiento ocupacional	7	8	8	9
5	Funcionamiento interpersonal	7	8	8	9
6	Apoyo social y emocional	7	9	7	9
7	Apoyo estatal y servicios	7	8	7	8
8	Plenitud personal	7	8	7	9
9	Plenitud espiritual	7	8	8	9
10	Calidad de vida global	7	9	8	9

Tabla 40. Comparación de la percepción de calidad de vida de la población indígena y de la población general.

Análisis de sintomatología de trastornos relacionados con salud mental en niños y niñas indígenas, según el instrumento RQC (Reporting Questionnaire for Children)

En la tabla 41 se pueden apreciar las frecuencias absolutas y relativas de los diferentes componentes del cuestionario. El 25% (29 niños y niñas) requiere evaluación, remisión y seguimiento, producto de la medición global del test.

N° de pregunta	Ítem	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)	Frecuencia (N°)	Porcentaje (%)
1	Lenguaje anormal	7	16.7	2357	13.5
2	Duerme mal	6	14.3	1482	8.5
3	Convulsiones o caídas sin razón	13	31.0	1270	7.3
4	Frecuentes dolores de cabeza	7	16.7	2775	15.9
5	Ha huido de la casa	1	2.4	930	5.3
6	Sustracción de elementos de casa	8	19.0	1567	9.0
7	Nervioso o asustadizo	16	38.1	3878	22.3
8	Lento aprendizaje	8	19.0	2600	14.9
9	Relaciones sociales	5	11.9	2429	14.0
10	Enuresis o Encopresis	8	19.0	1515	8.7

Tabla 41. Número y proporción de niños-niñas indígenas, con sintomatología positiva según la persona adulta. Antioquia, 2009-2010.

Aun a pesar de reconocer que en las personas adultas, las cifras de sintomatología de trastornos mentales y del comportamiento, son preocupantes, es mucho más alarmante cualquier cifra de sintomatología en niños y niñas.

La cifra de 31% de presencia de convulsiones entre niños y niñas es preocupante, puesto que puede indicar un síndrome convulsivo importante; en la población infantil general es mucho más bajo este resultado: 7.3%.

Es importante recordar que con un solo síntoma el niño o la niña deben ser remitidos a valoraciones que logren dar un diagnóstico acertado.

Conclusiones y Recomendaciones



Podríamos llamar a este estudio “Primer Tamizaje de Salud Mental del Departamento de Antioquia, 2009-2010”. Estos datos representan indicios de problemas relacionados con la salud mental, que, como se ha insistido a través del análisis de los datos, requiere una revisión de la política pública en salud, y en salud mental en particular; aunque representa solo la situación del departamento de Antioquia, podría servir como ejemplo para el país y otros estados, dadas las implicaciones que tiene el tema de la salud mental para el bienestar de las poblaciones, por lo tanto para alcanzar algunos de los objetivos del milenio y para el mejoramiento del Índice de Desarrollo Humano, porque, si no hay sujetos sanos mentalmente, los estados no contarían con trabajadores, productores y en última instancia con quien transformar las realidades.

El tamizaje no aborda factores de riesgo, puesto que corresponde a un estudio descriptivo y por lo tanto solo puede establecer relaciones entre fenómenos sociodemográficos como el género, la edad, la zona y región de residencia, la calidad de vida y el funcionamiento familiar con la frecuencia de algunos síntomas de trastornos mentales; es claro sí, que tanto el Departamento como el país tienen una realidad que podría agrupar factores de riesgo conocidos y por explorar, en términos de su impacto en la salud mental; pero esta posibilidad está aún lejos del alcance del presente tamizaje.

La Organización Mundial de la Salud dice que los trastornos mentales y del comportamiento son nuestra próxima pandemia; este llamado no puede pasarse por alto, pues la salud mental está íntimamente relacionada con hechos sociales y con las formas de organización social. “El impacto de determinantes sociales sobre el estado de salud de la población, incluyendo circunstancias socioeconómicas, exclusión, apoyo social y condiciones ambientales, goza de amplio reconocimiento en salud pública en virtud de la evidencia disponible¹⁰⁰”.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene una normatización incompleta respecto a la atención de varios de los problemas de salud mental; es necesario incidir en estas reglamentaciones en todos los niveles de atención, principalmente en lo que atañe a la Atención Primaria en Salud Mental. No se desconocen los esfuerzos con programas y proyectos, que pueden ser una estrategia poderosa desde el punto de vista de la salud pública, aunque aún no se tienen evaluaciones que muestren el impacto alcanzado por ellos de tal manera que en estas conclusiones no es posible comparar periodos epidemiológicos donde estén implicados los resultados de estas acciones.

El análisis de la muestra evidencia que el 14.5% de la población de Antioquia presenta al menos 11 de los 20 síntomas de depresión y angustia (ansiedad); pero si se analizan las

personas que tienen al menos un síntoma, este porcentaje sube a 26.5% de personas afectadas por sintomatología de depresión (media a grave), lo que implicaría que más de una cuarta parte de la población requiere evaluaciones clínicas por parte de profesionales de salud mental de psicología, psiquiatría o medicina adecuadamente entrenada en el diagnóstico oportuno, manejo y adecuada remisión de pacientes a especialistas en caso de requerirlo y posiblemente tratamiento continuo con medicamentos o con terapia de sostenimiento. Igualmente, y reconociendo el riesgo de suicidio en pacientes deprimidos, la vigilancia de éste problema debe mantenerse, puesto que casi la mitad (12.6%) de estas personas presentan ideación suicida. Las regiones antioqueñas con mayor sintomatología de este tipo fueron Suroeste, Nordeste y Oriente.

Aunque un 4.6% de las personas adultas presentaron sintomatología grave de trastornos psicóticos, esta condición debe evaluarse en el futuro con instrumentos más precisos que el SRQ, puesto que el 80.5% presenta al menos uno de los síntomas de las diversas patologías de este grupo de trastornos mentales (paranoia, alucinaciones, interferencia en el pensamiento, megalomanía). Nordeste y Suroeste presentan proporciones mayores de personas afectadas por síntomas de psicosis. Este último problema (epilepsia) se presume en el 5.9% de las personas que han experimentado convulsiones, por lo que se requieren pruebas clínicas de mayor precisión. Los datos más recientes sobre prevalencia de epilepsia en la población colombiana son de 2006 y arrojan una cifra de 1.13%, por lo que la proporción captada en el tamizaje sería cinco veces la nacional.

El 16.7% de las personas antioqueñas participantes de la muestra tiene al menos uno de los síntomas que revelan problemáticas por el consumo de alcohol, aunque personas afectadas por más de dos síntomas llegan al 27.2%, requiriendo valoración por un profesional de salud mental. Este problema es mayor en el Valle de Aburrá y Subregión Occidente. Aunque el instrumento no mide alcoholismo, sino consumo problemático, es necesario continuar la búsqueda de casos positivos ya que este porcentaje supera la prevalencia nacional y son claramente reconocidas las implicaciones negativas de este problema en el aspecto familiar y social, por lo que sería necesario no solamente el tratamiento de los casos positivos, sino la intervención sobre los núcleos familiares afectados.

Las problemáticas de los niños y niñas requieren de una mirada multi y transdisciplinaria por varias razones: primero, son las futuras personas adultas y en la medida en la cual la política de infancia y adolescencia se comprometa seriamente con el desarrollo infantil, se tendrá una sociedad sana mentalmente, lo cual no es una utopía, es solo reflexión, inteligencia y acción. Los resultados del tamizaje se pueden tener en cuenta para la

planeación de recursos e intervenciones, puesto que en los municipios no se tiene el personal de salud entrenado para realizar los diagnósticos de salud mental, ni para la atención en salud mental de niños y niñas.

El desplazamiento en el Departamento es un asunto de graves proporciones; no solo afecta a personas adultas, también a los niños, niñas, hijos e hijas de estas personas; población vulnerable, deprimida socioeconómicamente, privadas del ejercicio de la ciudadanía como corresponde a cualquier habitante de la región y del país. Podría decirse claramente que las condiciones de salud mental están ligadas inexorablemente a las condiciones de vida, a las oportunidades que brindan los gobiernos para el desarrollo humano en toda su acepción, y que se convierten, lamentablemente, en determinantes sociales del proceso salud-enfermedad mental. Este tamizaje vislumbra una relación entre la condición de desplazamiento y una mayor afectación con algunas problemáticas de salud mental que debemos empezar a abordar más profundamente.

El índice de calidad de vida utilizado en el presente tamizaje, da muestras de una situación preocupante, difícil de interpretar con los datos obtenidos. El grupo de investigación no puede aventurarse en análisis valorativos sin una mayor profundidad mediante otros estudios, porque es imposible que con una situación de disfunción familiar cercana al 50%, además de sintomatología depresiva y de trastornos psicóticos, consumo problemático de alcohol y desplazamiento forzado, las puntuaciones obtenidas sean de una buena o excelente calidad de vida.

La muestra de población indígena es muy pequeña en comparación con la población total de etnias que tiene el departamento de Antioquia. Dabeiba, un municipio que se considera con una herencia Embera importante, tuvo solo dos encuestados indígenas. Bien pudo ser que no informaron su condición étnica o que en la muestra no se encontró una representación suficiente. Por esta razón, se debe considerar ampliar el muestreo a la población indígena departamental. Lo mismo sucedió con el aporte muestral de niños y niñas.

Una cifra alarmante de desplazados, mayor que el total departamental, hace pensar seriamente en el exterminio de nuestros ancestros, con las consecuencias para la memoria histórica del territorio. No en vano los cabildos reclaman que los indígenas están en vía de extinción, lo cual sumado a sus precarias condiciones de vida, pobreza, desigualdad en el acceso a bienes y servicios, enfermedades infecciosas y crónicas, generan una carga de problemáticas que merece pensarse en términos de políticas públicas favorecedoras hacia la preservación de la vida y la cultura.

El mal funcionamiento familiar tiene consecuencias en términos de la cohesión que debieran poseer ante tantas amenazas; la cifra es mayor al total departamental, lo cual merece el diseño de programas de promoción de la salud (incluido el componente de salud mental) y de la calidad de vida, culturalmente adaptadas y consensuadas con las comunidades, respetando su autodeterminación, si se quieren logros significativos.

El consumo problemático de alcohol también reveló una cifra mayor que la población general. En comunicaciones con varios expertos, el alcohol y las sustancias psicoactivas se consideran problemas aprendidos de la población occidental. No importaría de dónde o cómo lo aprendieron, sino que lo aprendieron, y que trae consecuencias muy graves como la desintegración de la familia y las afecciones de los niños y niñas, en particular.

Urge aplicar instrumentos de diagnóstico para evaluar la sintomatología psicótica, dada la inespecificidad del instrumento utilizado, en este componente. La población indígena por sus condiciones de vulnerabilidad, requiere abordajes urgentes, especialmente con los niños y niñas, que aunque mostraron una frecuencia de problemáticas menor que el tamizaje general, si se lograra ampliar la muestra para esta población en particular, sería probable que la cifra se incremente.

Se ha insistido en la necesidad de intervenir rápidamente la población infantil, para lograr una sociedad con mayores niveles de bienestar, calidad de vida y de desarrollo, con urgencia en grupos como la población indígena por sus condiciones de vulnerabilidad; la deuda es mayor por sus condiciones de minorías, sin olvidar que la integración del componente de salud mental apenas se viene posicionando en la agenda pública, como un aspecto prioritario a intervenir, pues las problemáticas que la afectan generan una alta carga de morbilidad y de mortalidad, además de los años de vida perdidos por la discapacidad que producen estas alteraciones.

La tarea que tiene el departamento de Antioquia, en el futuro inmediato, en materia de problemas por consumo de alcohol es grande si se piensa que la región más afectada fue el Valle de Aburrá, donde se concentra la mayoría de los servicios de tratamiento y rehabilitación; CARISMA, la entidad departamental para el tratamiento de problemas de adicción duplicó su presupuesto, pasando de 7.121 millones de pesos en 2008 a 14.761 millones en 2010 y aumentó sus servicios pasando de 1.169 personas atendidas en 2007 a 137.376 en los 125 municipios, durante 2010¹⁰².

Respecto a los problemas de salud mental relacionados con la paz y la convivencia, se han invertido en los tres primeros años de gobierno de 2008 a 2010, 81.426 millones de

pesos y 56.624 personas han sido orientados con información sobre sus derechos de verdad, justicia y reparación. Se atendieron psicosocialmente, 3.077 víctimas y 41.653 personas informadas sobre sus derechos. Se han beneficiado 212.010 personas de 11 municipios del Bajo Cauca y Urabá con programas de reconstrucción de capital social y ciudadano¹⁰².

Respecto a la infancia y la adolescencia el informe de gestión departamental citado, asegura ser el primer Departamento del país en crear una gerencia especial para Infancia y adolescencia y la Procuraduría General de la Nación ha reconocido que éste es el mejor Plan de Desarrollo que incorpora la garantía de los derechos de este grupo poblacional; en ello, se han invertido 3.600 millones de pesos en la protección y prevención de la vulneración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Los 125 municipios del Departamento son asesorados en la Política Pública de Infancia y Adolescencia. Respecto a la adolescencia se informa que se han invertido cerca de 2.000 millones de pesos en programas para la juventud antioqueña capacitando 15.385 jóvenes en liderazgo, organización y participación; 64 municipios han elegido su Consejo Municipal de Juventud y se eligió y posesionó el Consejo Departamental de Juventud realizándose el primer cabildo temático para la Juventud¹⁰².

Finalmente, quedan grandes interrogantes como en todo estudio, preguntas que serán resueltas con una mayor aproximación a las poblaciones, elaborando mapas de riesgo, haciendo entrevistas a profundidad, trabajando con metodología de historias de vida o aplicando otros instrumentos diagnósticos que permitan revelar la complejidad que reviste a cada una de las localidades del Departamento.



Limitaciones del estudio

Se anuló uno de los municipios por razones éticas en el manejo del consentimiento firmado; en consecuencia el análisis se realizó con 122 municipios. Los municipios de Envigado y Sabaneta no participaron en el estudio, pues tuvieron esfuerzos semejantes en el año inmediatamente anterior a la realización de este estudio.

La forma de recolección de la información por “adulto representativo en cada hogar” permitió que el número de mujeres entrevistadas fuese mayor que el de los hombres. En consecuencia la representación masculina en la muestra, aunque no fue escasa, requiere mejorar su captación para efectuar verdaderos diagnósticos de la situación de los hombres, quienes por razones de género, no son la población “blanco” en términos del impacto de muchos procesos sociales desafortunados.

Tampoco los hogares en zona rural representan exactamente la estructura de ésta, pues se encuestaron aquellos localizados en veredas y en zonas más densamente pobladas cercanas a la cabecera municipal. En Antioquia, según el censo del 2005, 1,458,193 hogares estaban localizados en zona rural lo que corresponde al 25.6%; en el tamizaje la población del área rural fue de 27.4 %.

Los grupos étnicos no están representados debidamente en esta muestra, por ejemplo no se seleccionaron resguardos indígenas; los afrocolombianos fueron 7.5% mientras que en Antioquia (2005) esta población representa hasta el 10.5%.

Es posible que la población en situación de desplazamiento tenga algún tipo de inhibición para no aportar este dato dada la cantidad de personas que no especificaron esta condición: 18.746 (40.9% de la muestra).

El acceso a ciertos lugares, presentó alguna dificultad en términos de la presencia de actores del conflicto, que inhiben sin lugar a dudas, la libre movilización tanto de personas encuestadoras como de encuestadas. No obstante, el número total de participantes en la muestra, refleja resultados que marcan tendencias de una problemática no explorada, pocas veces identificada y que cuenta con muy poca capacidad instalada para el diagnóstico precoz, la remisión oportuna y el tratamiento adecuado.

El SRQ es un instrumento que ofrece ventajas para efectos de un tamizaje; debido a los costos, realizar un estudio diagnóstico de esta naturaleza, tendría dificultades para su financiación, además, no era el objetivo central. Como todo instrumento tiene limitaciones, en este sentido, se considera que aquellas personas que refirieron mayor sintomatología de psicosis (3 ó 4 preguntas positivas, o principalmente las preguntas 23

y 24), sean sujetos de aplicación de pruebas más específicas de diagnóstico.

Aunque se estandarizaron los asesores departamentales del área de salud mental, con el fin de realizar un entrenamiento a encuestadores en cada municipio, se observó que en algunas localidades se aplicaron con deficiencias que aunque no lograron invalidar la información recolectada, bajó la calidad, lo cual se compensó con la anulación de algunas encuestas.

Anexos



Anexo 1

Escala para medir funcionalidad familiar según la percepción de un individuo (APGAR familiar)

La introducción al cuestionario dice que: Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia, se define como el o los individuos con quienes usted usualmente vive. Si usted vive solo o sola, su “familia” consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene ahora los lazos emocionales más fuertes. Para cada pregunta marcar sólo una equis (X) la que parezca aplicar para usted durante los seis últimos meses.

Ítem	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor.	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero.	0	1	2	3	4

Anexo 2

Índice de calidad de vida (QLI-Sp)

Las preguntas son válidas para la forma como se siente en el último mes antes de la encuesta; sus respuestas van del 1 como lo más malo a 10 como excelente.

Ítem											
1	Sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Sentirse bien consigo mismo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Desempeñar su trabajo, tareas escolares o tareas domésticas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Relacionarse bien con la familia, amigos y grupos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Disponer de personas en quien confiar, que le proporcione ayuda.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad, disfrute sexual, de las artes, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia, más allá de la vida material ordinaria.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 3

SRQ The Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental

Síntomas		SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2	¿Tiene mal apetito?		
3	¿Duerme mal?		
4	¿Se asusta con facilidad?		
5	¿Sufre de temblor de manos?		
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7	¿Sufre de mala digestión?		
8	¿No puede pensar con claridad?		
9	¿Se siente triste?		
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20	¿Se cansa con facilidad?		
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		

	Síntomas	SI	NO
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí) se debe hacer evaluación especializada. Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

Anexo 4 Cuestionario de síntomas para niños RQC

	Ítem	SI	NO
1	¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?		
2	¿El niño(a) duerme mal?		
3	¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4	¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?		
5	¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?		
6	¿Ha robado cosas de la casa?		
7	¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		
8	¿Parece como retardado(a) o lento (a) para aprender?		
9	¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		
10	¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?		

El RQC es un instrumento de tamizaje que debe llenar la persona adulta responsable del niño, niña o adolescente y consta de diez preguntas que se responden si o no. No requiere ningún entrenamiento especial para diligenciarse. Investiga síntomas actuales o historia de problemas. Está diseñado para niños entre 5 y 15 años. Es un Cuestionario de síntomas para niños y niñas, que identifican signos y síntomas de interés en salud mental.

Un ítem positivo indica evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Anexo 5

Consentimiento Informado para Tamizaje en Salud Mental

La presente encuesta tiene como propósito indagar por aspectos relacionados con su salud en general, la de su hijo (a), y la de su familia. La información aquí recogida se tabulará y se analizará, de tal manera que el municipio tenga un diagnóstico más acertado sobre lo que aqueja a la población, para que los planes y programas recojan el sentir de las personas que habitan la localidad.

Como madre, padre o acudiente, he sido informado (a) de que no tengo obligación alguna de mi parte con quienes realizan este trabajo y puedo abstenerme de contestar las preguntas con las cuales no esté de acuerdo, tanto para mi encuesta como la de mi hijo(a). El no contestar cualquiera de las preguntas no se constituye en motivo para que no se me atienda debidamente en el futuro si solicito los servicios de atención a la enfermedad, cualquiera que sea.

Por la información brindada no se recibirá ningún pago en moneda o en especie. También entiendo que tengo derecho a acceder a la información que se obtenga después de los análisis realizados en mi hijo (a) o representado (a). Salvo esta excepción, la información de este estudio será confidencial y no se divulgarán los datos individuales. Los resultados generales serán utilizados en el municipio para orientar las estrategias en Salud Mental.

Es una contribución voluntaria, que puede ayudar a conocer el comportamiento de la salud mental en mi municipio; la encuesta no representa ningún riesgo que pueda afectar mi salud o mi integridad personal y la de mi hijo (a) o representado (a).

Derechos

Los registros serán mantenidos confidencialmente hasta donde lo permitan las leyes colombianas y las normas de buenas prácticas médicas. Estos registros pueden ser examinados por monitores, auditores y/o autoridades de salud o reguladoras, manteniendo la confidencialidad de los resultados obtenidos. De acuerdo a dichos resultados, recibiré información veraz para que se refuercen las medidas preventivas en el hogar.

Usted tiene derecho a que se le respondan satisfactoriamente todas las preguntas relacionadas con la presente encuesta.

Si usted tiene preguntas adicionales sobre esta encuesta puede comunicarse directamente a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia a los

teléfonos 3839870 ó 3839904, preguntando por la doctora Dora María Gómez Gómez o por Marina Hincapié (en horarios de oficina). Si considera que alguno de sus derechos está siendo vulnerado, puede contactar a los representantes de la Personería Municipal o a la Secretaría de Gobierno Municipal.

Con su firma certifica que ha leído o le han leído el presente formato de consentimiento informado, que le han sido resueltas sus preguntas a satisfacción y que acepta de manera voluntaria participar brindando la información requerida por mí y por mi asistido (a).

Inquietudes del encuestado: _____

Con mi firma doy constancia de haber leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre esta encuesta para el Tamizaje en Salud Mental y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales quedan consignadas en este documento. Estoy enterado(a) de que no tendré riesgos para mi salud mental o física, tanto mía como de mi hijo (a) o representado (a).

Al firmar este documento de consentimiento, no estoy renunciado a ninguno de los derechos legales que me amparan como responsable del o la menor a mi cargo. Yo estoy de acuerdo en que tanto yo como mi hijo (a) o representado (a) brindemos la información necesaria.

Nombres y Apellidos	Firma
Documento de Identidad	Fecha
Nombres y Apellidos del niño (a)	Edad
Documento de Identidad del niño(a)	Nombre Testigo
Firma Testigo	Documento de Identidad del testigo
Dirección	Grado de Parentesco con el voluntario
Fecha	

Con base en mis conocimientos y experiencia, considero que la persona participante entiende los procedimientos, riesgos y beneficios tanto propios como del (la) menor a su cargo.

Nombre del encuestador	Firma
Fecha	Nombre del Municipio
Código DANE	



Bibliografía

- 1 Manual de Psiquiatría para trabajadores de atención primaria, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Carlos E. Climent y María Victoria de Arango, Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, OPS/OMS. 1983, página 7.
- 2 World Health Organization. Screening and Early Detection of Cancer. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/en>. Consultado el 06 de Enero de 2009.
- 3 Ruiz Bolívar, Carlos. Confiabilidad. Programa Interinstitucional Doctorado en Educación. UPEL / PIDE. Disponible en: <http://www.carlosruizbolivar.com/articulos/archivos/Curso%20CII%20%20UCLA%20Art.%20Confiabilidad.pdf>
- 4 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). 1995, Barcelona, España
- 5 Op cit 1, pagina 65.
- 6 Cerda, Támara. Vera, Ximena. Estudios, Documento de Trabajo. Indicadores Sociales y Marcos Conceptuales para la Medición Social. Mayo 2008. Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/revistaseconomicas/documentostrabajo/30_06_09/documento_de_trabajo_indicadores_sociales.pdf
- 7 Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental, WWW.WFMH.ORG - Federación Mundial para la Salud Mental. Diponible en: <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/eventos/saludmental09.pdf>
- 8 Posada Villa, José A., Un Modelo para el componente de Salud Mental en la estrategia de Atención Primaria en Salud para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Bogotá, D.C., Diciembre de 2008, borrador para revisión, Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. 209 páginas.
- 9 Ibid.
- 10 García-Valencia J, Palacio-Acosta C, Diago J, Zapata C, Lopez G, Ortiz J, López M. Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37 / No. 1 / 2008.
- 11 Franco JG, Gaviria AM. Perfil epidemiológico y clínico de pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica en la Clínica el Sagrado Corazón durante 2003 (Medellín). Rev. Colomb. Psiquiat., vol. XXXIII / No. 4 / 2003

12 Estudio Nacional de salud Mental, Colombia 2003. Ministerio de Protección Social, Fundación FES SOCIAL. Pagina 17. Consultado en: <http://foro.univision.com/t5/Comunidad-Colombiana/LA-SALUD-MENTAL-EN-COLOMBIA-Y-ANTIOQUIA/m-p/317811497>

13 Política Nacional del Campo de la Salud mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de derechos. Política Nacional del Campo de la Salud Mental, Documento-Propuesta para Discusión y Acuerdos, Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Bogotá, D. C., Diciembre de 2007, Elaboración: Asociación Colombiana de Psiquiatría. Página 15.

14 Ibid, Legislación sobre salud mental y derechos humanos. página 19.

15 Circular No. 289 de noviembre 10 de 2009. Documento de la Dirección Seccional de Salud y protección de Antioquia, Gobernación de Antioquia. Dirección de atención a las personas. 1-3.

16 Valencia SC. El procedimiento de tamizaje en Psicología clínica y de la Salud. Avances en Medición, 3, 173-176, 2005.

17 Ministerio de la Protección Social: Salud mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de derechos. Política nacional del campo de la salud mental. Documento propuesta para discusión y acuerdos, Bogotá, 2007. Asociación Colombiana de Psiquiatría.

18 Ibid.

19 Ibíd.

20 Rey, Paola. Plan Nacional de Salud Mental, 2009. Presentación en diapositivas del Ministerio de Protección Social. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/eventos/EncuentroNaReferentes2010/Presentaciones/Presentaciones%20evento/Marzo%2019/Validaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20mesas%20de%20trabajo%20y%20plenaria%20de%20discusi%C3%B3n.ppsx>

21 Restrepo, Vilma, Ruiz, Aura. Plan de Salud Mental para la Alcaldía de Medellín, 2008. Documento sin editar.

22 World health Report 2001, press kit. Mental disorders affect one in four people. Treatment available but not being used. A product of NMH Communications. World Health Organization, Geneva, 2001. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/index.html

23 The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO. Chapter

2: Burden of Mental and Behavioral Disorders. Página 4. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html>

24 The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO. Chapter 2: Burden of Mental and Behavioral Disorders. Página 1. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html>

25 Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centers. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. Mental illness in general health care: an international study. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of WHO: 323-334.

26 OPS/OMS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Ginebra, 2003. 374 páginas. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm

27 SPD es definida con un puntaje de 13 o más en la escala K6, la cual mide síntomas de estrés psicológico durante un mes en los pasados 12 meses cuando el encuestado había sentido su malestar emocional.

28 Serious Psychological Distress and Receipt of Mental Health Services. The Report National Survey on Drug Use and Health. December 22, 2008. Disponible en: <http://oas.samhsa.gov>

29 OPS/OMS. Incrementarán notablemente los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, Noticias e Información Pública, Comunicado de Prensa. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051209.htm>

30 Torres de Galvis, Yolanda, La Salud Mental en Antioquia 1999. Publicación Gobernación de Antioquia. Dirección Seccional de Salud.

31 WHO Chapter 2 Burden of Mental and Behavioral Disorders.mht Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html>

32 Op cit 13, DSSA, 2005.

33 Climent, C., Harding, T., Ibrahim, H., Wig, N., Ladrado-Igancio, L. The Self Reporting Questionnaire (SRQ). A comparison of its validity in four countries. 1982.

34 Norman Sartorius, T. Bedirhan Üstün, Jorges-Alberto Costa e Silva, David Goldberg, Yves Lecrubier, Johan Ormel, Michael Von Korff; Hans-Uli Wittchen. An International Study of Psychological Problems in Primary Care. Preliminary Report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care. Arch. Gen. Psychiatry. 1993; 50(10):819-824.

35 Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima Revisión. Ginebra. 2003

36 DSM-IV-TR. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), publicada por la American Psychiatric Association de Washington, traducción al español, 1995. Página 420.

37 Climent, CE., de Arango, MV. Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. Serie Paltex, Organización Panamericana de la Salud y Organización mundial de la salud. Washington, 1983. Página 69-75.

38 Freedman, A.M., Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatría, Salvat Editores, Barcelona, 1982. Citado por Sullivan en The Interpersonal Theory of Psychiatry (International Behavioral and Social Sciences, Classics from the Tavistock Press) by Harry Stack Sullivan (Hardcover - Oct 1, 2003), Página 677.

39 *Ibíd.* Freedman, Kaplan, Sadock 1982, citados por Sullivan.

40 PDM Task Force (2006). Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations

41 Ferrari, Héctor. Manual de Diagnóstico Psicodinámico (Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM). Facultad de Medicina, UBA. VERTEX 2006, Vol. XVII - N° 69.

42 Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics 1971; 12(6): 371-9.

43 Beck AT, Steer RA y Brown G. Beck Anxiety Checklist. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, 1.985. Consultado en: <http://psicopsi.com/Inventario-de-ansiedad-de-Beck>

44 Op cit 18. Annex Table 3.

45 Op cit 8, Rey, Paola.

46 Op cit 11, Torres.

47 Op cit. 13. DSM-IV-TR, página 352

48 WHO Chapter 2 Burden of Mental and Behavioral Disorders.mht Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html>

49 DSSA. Caracterización de los Eventos de Salud Mental para el Perfil de Salud de Departamento de Antioquia. 2010.

50 Instrumentos Psicométricos que nos permiten evaluar la Esquizofrenia y los Trastornos Psicóticos, Asociación española de reconocimiento de conductores, CRC on line. Disponible en: <http://centros-psicotecnicos.es/intervencion-psicologica-psicotecnicos/instrumentos-psicometricos-que-nos-permiten-evaluar-la-esquizofrenia-y-los-trastornos-psicoticos/gmx-niv50-con145.htm>

51 American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª edición. Washington D.C.: American Psychiatric Association Press; 1994. Citado por Urrego M., Diana Z. y Cocomo P. Juan C. Por La Salud Mental. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Volumen 1 - Marzo 1999

52 American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª edición. Washington D.C.: American Psychiatric Association Press; 1994. Citado por Urrego M., Diana Z. y Cocomo P. Juan C. Por La Salud Mental. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Volumen 1 - Marzo 1999

53 Urrego M., Diana Z. y Cocomo P. Juan C. Por La Salud Mental. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Volumen 1 - Marzo 1999 - Número 1. Disponible en: <http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v1n1/Rev17.htm>

54 Clasificación de trastornos mentales CIE-10 (OMS) F44 Trastornos disociativos (de conversión), disponible en <http://www.cepvi.com/CIE10/p59.shtml>

55 OMS, Centro de Prensa. Epilepsia, Nota descriptiva N° 999, disponible en: <http://translate.google.com.co/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs165/en/>

56 Op cit.

57 David Alejandro Cabrera Gaytán, Alfonso Vallejos Paras, Leticia Jaimes Betancourt, Arturo Ruíz Ruisánchez. Trastornos somatomorfos. Artículo original. Rev Fac Med UNAM Vol. 51 No. 4 Julio-Agosto, 2008.

58 *Ibíd.*, página 148.

59 Citados por Hales, R., Udofsky, S. Tratado de Psiquiatría Clínica. 4ª Ed. Ed. Masson, Barcelona, 2005. Pag 676.

60 Op cit. 13. DSM-IV-TR, página 17.

61 Op cit. 13. DSM-IV-TR, página 37.

62 Op cit. 13. DSM-IV-TR, página 205.

63 Op cit. 13. DSM-IV-TR, página 207.

64 Malet L, Schwan R, Boussiron D, Aublet.Cuvelier B, Llorca PM. Validity of the CAGE questionnaire in hospital.. Eur Psychiatry 2005 Nov;20 (7):484-9. citado por Ferreira González, Lucía. En Cuestionario CAGE. Screening de alcoholismo Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña. Disponible en: <http://www.meiga.info/Escalas/CuestionarioCAGE.pdf>

65 O cit 17. Página 88.

66 Torres, Y., Murrelle, L. Estudio Nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia, Colombia, 1987. Editorial U. de A. Medellín, 1988.

67 Kessler, R. C. and Üstün, T. B. (2004), The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 13: 93–121. doi: 10.1002/mpr.168

68 Álvarez Montero, S., Gallego Casado, P., Latorre de la Cruz, C., Bermejo Fernández, F. Revisión crítica de la práctica clínica: Papel del test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol. Medifam, v.11 n.9, Madrid, oct.-nov. 2001.

69 The World Health Report 2001. OMS. Página 150. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/annex3_en.pdf

70 El Concepto de Calidad de Vida. Enciclopedia Multimedia Interactiva y Biblioteca Virtual de las Ciencias Sociales, Económicas y Jurídicas EMVI. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/index.htm>

71 Ibíd.

72 Most and Least Livable Countries: United Nations, Human Development Index, 2006 — Infoplease.com <http://www.infoplease.com/ipa/A0778562.html#ixzzoxNO4JsFX>

73 Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Yoon G, Liu J, Mahmud S.. The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. J Nerv Ment Dis. 2000; May; 188(5):301-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10830568>

74 Juan Manuel Bulacio, María Carmen Vieyra, Cecilia Álvarez Daneri, Denise Benatuil, Esteban Mongiello. Índice de Calidad de Vida: Validación en una muestra Argentina. ALCMEON, Revista

Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, FACN. Año XIV, Vol. 11, N°4, Octubre de 2004

75 Berganza CE, Cazalí L, Gaitán I, Mezzich J. Validez de criterio de la escala de salud del niño. Revista Latinoamericana de Psicología año/vol.28 número 002. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá Colombia, 1996 <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80528208>

76 Citado por: González Benítez Idarmis. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2000 Oct [citado 2011 Mar 31]; 16(5): 508-512. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000500015&lng=es.

77 De la Cuesta Freijomil, Dolores; Esther Pérez González; Isabel Louro Bernal.: Funcionamiento Familiar, Construcción y Validación de un Instrumento. Trabajo para optar por el título en la Maestría de Psicología de la Salud. Facultad de Salud Pública, Ciudad de La Habana, 1994.

78 Ortiz Gómez María T, Louro Bernal Isabel, Jiménez Cangas Leonor, Silva Ayzaguer Luis Carlos. Métodos de investigación diversos en el estudio de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1999 Abr [citado 2011 Mar 31]; 15(2): 151-155. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200007&lng=es.

79 Builes MV, Bedoya M. La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37 / No. 3 / 2008

80 Sin autor. Consultado en línea el 14-03-2010 en: http://salpub.uv.es/pspic/docs/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/067_APGAR_FAMILIAR_Funcionamiento_familiar.pdf.

81 Bulacio, JM, Vieyra, MC, Álvarez Daneri, C, Benatuil, D, Mongiello, E. Índice de Calidad de Vida: Validación en una muestra Argentina, ALCMEON, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, FACN, Año XIV, Vol. 11, N°4, Octubre de 2004.

82 (Paz-Fonseca A y cols. Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villanueva, región metropolitana, Honduras. REV. MED. POST UNAH. Vol.4 N°1. Ene-abr 1999)

83 Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª. Ed. Masson S.A. Barcelona. 2000. Capítulo 64, pps 761

84 Agüero Y, Laffose J. Magnitud y factores asociados a trastorno de estrés post-traumático y depresión mayor en damnificados del incendio de Villa de Corvina, Lomo el Salvador, Perú. Ministerio de Salud del Perú. Lima, 2005. En: http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/ELAS_03/docelas_03.pdf. Consultado en línea, el 27 de julio de 2010).

85 Bustelo P y cols. Encuesta de morbilidad hospitalaria. Adultos mayores. Montevideo, Uruguay. Programa de fortalecimiento institucional del sector salud FISS MSP Banco Mundial. 1999. En: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/URUGU002.pdf> Consultado en línea, el 27 de julio de 2010)

86 Caraveo J. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental de niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera parte. Salud mental, Vol 29 N°006, nov-dic 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Distrito Federal, México.

87 Hardin, PW, de Arango, MV, Climent, CE, Ibrahim, HHM., Ignacio, LL., Murthy, RS., Wig, NN. Mental disorders in primary health care. A study their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychological Medicine, 1980, 231-241.

88 Chuncholikar, SV. Use of SRQ in Psychiatric Epidemiology. Indian Journal of Community Medicine. Vol. XXIX, No. 4, octubre-diciembre, 2004, 190-191.

89 Manual de Psiquiatría para trabajadores de atención primaria, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Carlos E. Climent y María Victoria de Arango, Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, OPS/OMS. 1983.

90 Steiner Claudia, Imaginación y poder. El encuentro del interior con la costa en Urabá, 1900 - 1960, Medellín, Editorial Universidad de Antioquia, 2000, 159 pp.

91 Giraldo M., Javier, S.J. Boletín Justicia y Paz, segundo trimestre 1995 - Junio 1995 - Versión en inglés en "Colombia, The Genocidal Democracy", Common Courage Press, Monroe, Maine, 1996, ISBN 1- 56751-087-6

92 Bloque suroeste antioqueño Victimarios - Bloque Suoeste Antioqueño. Verdad Abierta.com. Paramilitares y conflicto armado en Colombia. Diponible en: <http://www.verdadabierta.com/victimarios/los-bloques/419-bloque-suroeste-antioqueño->

93 El Aro 10 años después una tragedia que nunca olvidaremos, viernes, octubre 26, 2007. Ituango, Tierra de Paz. Disponible en: <http://ituango.blogspot.com/2007/10/el-aro-10-aos-despues-una-tragedia-que.html>

94 Historia de Antioquia. Página web disponible en: <http://www.historiadeantioquia.info/noticias-medellin/oriente-antioqueño-firma-pacto-por-su-desarrollo.html>

95 Periódico El Mundo, Mayo 25 de 2009. Disponible en: <http://www.google.com.co/search?aq=f&sourceid=chrome&ie=UTF-8&q=bajo+cauca+antioquia+historia>.

96 Agencia de prensa IPC. Segovia, Antioquia: 21 años de una historia de impunidad, jueves, 12 de noviembre de 2009. Disponible en: http://www.ipc.org.co/agenciadeprensa/index.php?option=com_content&view=article&id=347:segovia-antioquia-21-anos-de-una-historia-de-impunidad&catid=78:general&Itemid=176

97 Suárez Andrés, investigador del Grupo Memoria Histórica de la Cnrr. Disponible en http://www.ipc.org.co/agenciadeprensa/index.php?option=com_content&view=article&id=347:segovia-antioquia-21-anos-de-una-historia-de-impunidad&catid=78:general&Itemid=176

98 Panorama actual del occidente antioqueño. Vicepresidencia de la República de Colombia, Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH.

99 Perfil de Morbilidad Atendida por Salud Mental. Antioquia, 2005. Diapositivas. Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Despacho de Sistemas e Informática, Cesar Alexander Higuera Rodríguez, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.

100 Parales-Quenza C. Anomia y salud mental. Revista Salud Pública. 10 (4):658-666. 2008

101 Velez A, Eslava-Cobos J. Epilepsy in Colombia: epidemiologic profile and classification of epileptic seizures and syndromes. Epilepsia. 2006; 47(1):193-201. (avelez@urosario.edu.co)

102 Informe de Gestión, Enero 2008 – Diciembre 2010. Gobernación de Antioquia. Disponible en: [<http://media.antioquia.vcb.com.co/images/doc/2011/abril/08cuentas.pdf>]. Consultado el 2 de abril de 2011



Este papel es de fibra 100% reciclada.

Primera edición: Septiembre 2011
Impreso y hecho en Medellín, Colombia
1.000 ejemplares

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
Dirección de Atención a las Personas
Proyectos Salud Mental

Programa: Integramos la Familia Con-Trato Digno
Línea 2: Desarrollo Social

Proyecto: Familia Con-Trato Digno:
Intervención Integral en Salud Mental - Antioquia 2008-2011

Resultados del Tamizaje en Salud Mental
Departamento de Antioquia 2009-2010

Tamizaje de Salud Mental Departamento de Antioquia 2009 - 2010



La vida es una fuente de salud, pero esa energía surge sólo donde concentramos nuestra atención. Esta atención no sólo debe ser mental sino también emocional, sexual y corporal. El poder no reside ni en el pasado ni en el futuro, sedes de la enfermedad. La salud se encuentra aquí, ahora.

Alejandro Jodorowsky



SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Antioquia para todos.
¡Manos a la obra!