

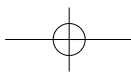
## VIOLENCIA, PSIQUE Y CAPITAL SOCIAL

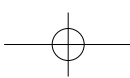
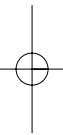
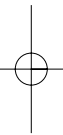
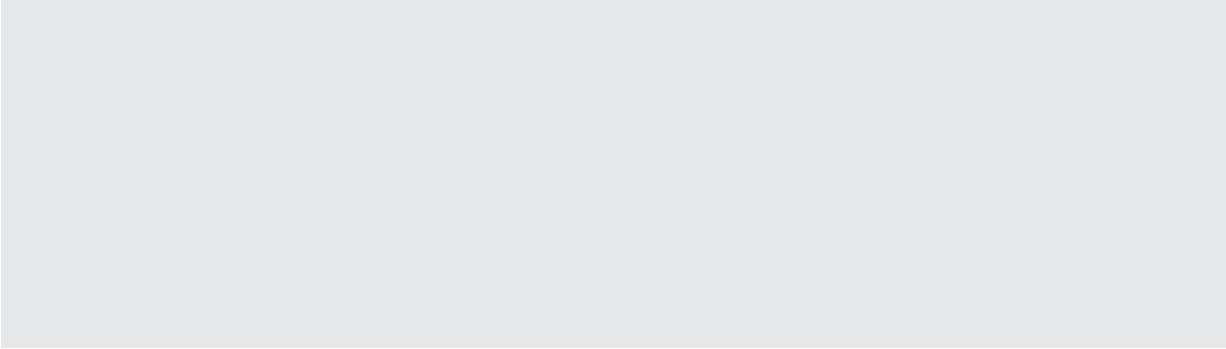
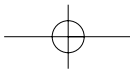
(Un aporte desde el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003)

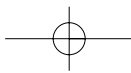
**José A. POSADA Villa, MD**

**Marcela RODRÍGUEZ Ospina, MD**

**Silvio CÁRDENAS Concha, MD**







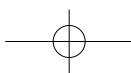
## PRESENTACIÓN

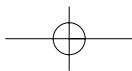
la población colombiana sufre actualmente el embate de múltiples problemas psicosociales, y muchas personas viven bajo los efectos de la violencia, el desplazamiento y el desempleo, con grandes efectos sobre su salud mental.

Tradicionalmente, la atención en salud mental se ha ofrecido a las personas con enfermedades mentales graves, pero ahora deben incluirse también grandes grupos de población vulnerable desde el punto de vista psicosocial, integrados en el Sistema de la Protección Social y, específicamente, en el Sistema General de Seguridad Social Integral.

Este documento hace parte del trabajo de la Fundación Saldarriaga Concha dirigido a presentar evidencias científicas de una manera clara e inteligible, para la toma de decisiones sobre políticas de salud mental.

La FSC fue creada en 1973 como una institución de origen privado, sin ánimo de lucro, que apoya a las autoridades nacionales que dirigen y coordinan los asuntos de salud pública. Una de sus actividades consiste en ofrecer información objetiva y verificable en el campo de la salud y la rehabilitación integral, responsabilidad que se cumple, en parte, con este tipo de publicaciones. A través del presente documento, se busca dar apoyo a las estrategias nacionales sobre algunos de los más urgentes temas de la salud pública, como es el de la salud mental. Con él, buscamos crear conciencia, estimular el debate y promover acciones para una política pública en este campo.





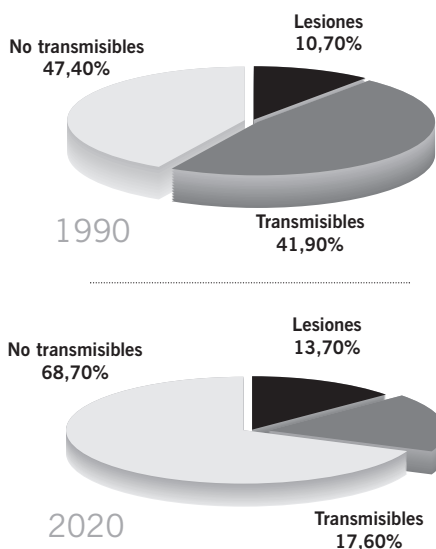
## LA EVIDENCIA

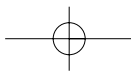
# durante

las próximas dos décadas, asistiremos a cambios dramáticos en las necesidades de la humanidad en el campo de la salud. En las regiones “en desarrollo” vivirán cuatro quintas partes de la población mundial, y las enfermedades no transmisibles, como la depresión y las del corazón, sustituirán rápidamente a los enemigos tradicionales, tales como las enfermedades infecciosas y la malnutrición.

Se espera que para el año 2020, las enfermedades no transmisibles sean responsables de siete de cada diez muertes en las regiones en desarrollo, en contraste con la cifra actual, que no alcanza a ser la mitad, tal como se muestra en la figura 1.

**Figura 1.**  
Cambio en la distribución de la carga global de enfermedad por grupo de patologías, en las regiones en desarrollo (1990–2020).





Las enfermedades psiquiátricas<sup>1</sup>, cuya importancia ha sido desconocida hasta el momento, emergen como un componente muy importante de la carga global de la enfermedad, tanto en términos de discapacidad funcional como de muerte temprana, considerándose que pasarán de un 10,5% en 1990 al 15% en 2020.

Lesiones tanto intencionales como accidentales, muchas de ellas relacionadas con la presencia de trastornos comportamentales y consumo de alcohol, alcanzarán gran importancia, y para el año 2020 podrían rivalizar con las enfermedades infecciosas como principal causa de enfermedad y muerte en el mundo entero.

Estos cambios se proyectan teniendo en cuenta el rápido crecimiento de la población de las regiones en desarrollo, el descenso en las tasas de nacimiento, el aumento de la proporción de adultos frente a la población infantil y, por lo tanto, de los problemas de salud propios de la población adulta en relación con los de los niños.

Todos estos cambios implicarán replantear seriamente los abordajes hechos por los gobiernos en materia de salud pública y en lo referente a los sistemas de cuidado a la salud.

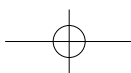
### **Implicaciones políticas**

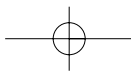
1. El fenómeno de transición epidemiológica requiere de un trabajo legislativo concordante con las nuevas realidades planteadas.
2. El abordaje del tema de la salud mental constituye una de las prioridades a ser abordadas.

### **Bibliografía**

1. *The Global Burden of Disease*. OMS, Harvard School of Public Health, World Bank. 1996.
2. WHO. *European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions*. 2005.

1. Las enfermedades mentales se encuentran bajo la clasificación de enfermedades no transmisibles.





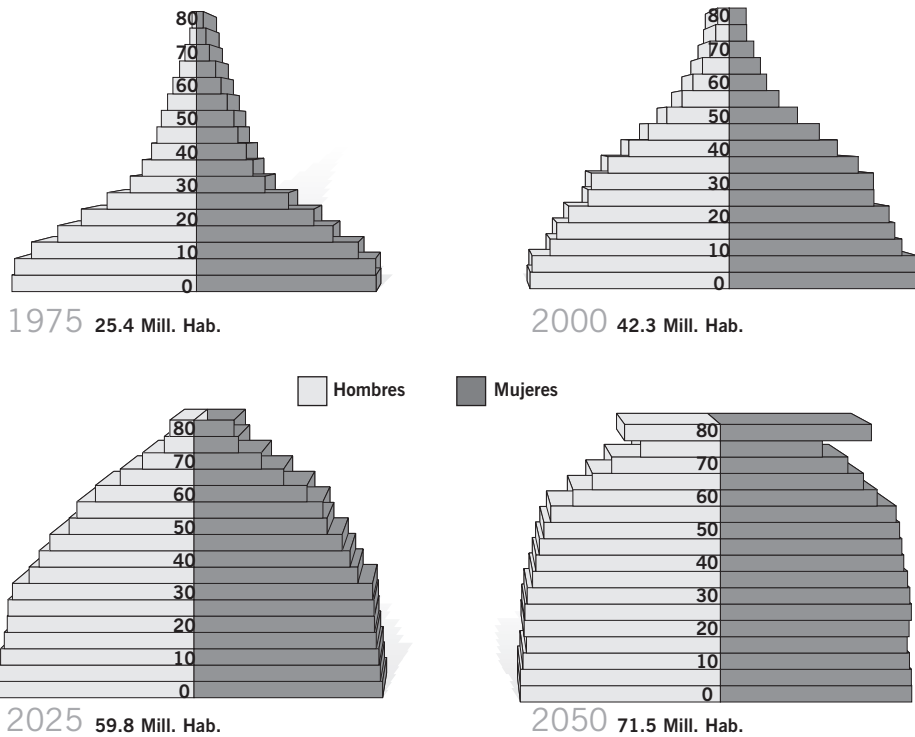
El fenómeno de la TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA  
EN COLOMBIA. Proyecciones de la SITUACIÓN  
DEMOGRÁFICA Y DE SALUD EN EL PAÍS.

La transición epidemiológica, punto de partida para replantear los temas relevantes en el área de la salud pública en el mundo, obligando la inclusión de la salud mental en la agenda de trabajo.

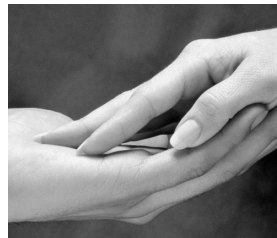
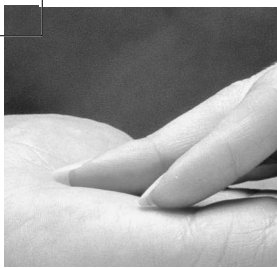
## LA EVIDENCIA

a continuación, se muestran aspectos determinantes en el ámbito nacional como la composición demográfica, la carga global de la enfermedad y prevalencias de trastornos mentales.

Tendencia de la composición demográfica en Colombia



FUENTE. DANE Feb-2000



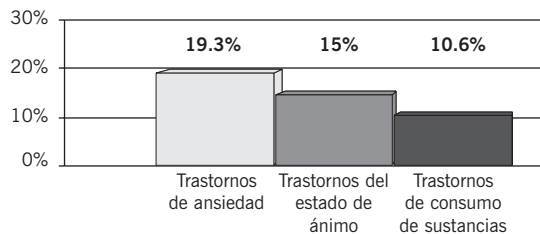
Las estimaciones de los cambios demográficos en Colombia muestran un descenso en el crecimiento de la población joven, llegando a tasas negativas en 2050, mientras que el crecimiento de la población mayor de 65 años se mantendrá en una tasa quinquenal cercana al 20% en el mismo periodo.

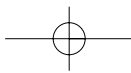
Según el estudio de la carga de la enfermedad en Colombia, para 1996, el total de años de vida saludables perdidos es de 5.512.686, de los cuales, el 57% se debe a mortalidad prematura y el 43% a discapacidad.

Del total de la carga de la enfermedad, el 22% corresponde a las causas transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición, mientras que el 39% corresponde a las causas no transmisibles, y otro 39% a lesiones y violencia. Específicamente, el 3,98% de la carga de la enfermedad en el país corresponde a los trastornos mentales.

El Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 reporta prevalencias de vida para cualquier trastorno mental de 40%, constituyendo el mayor porcentaje el grupo de los trastornos de ansiedad, tal como puede verse en la figura 1.

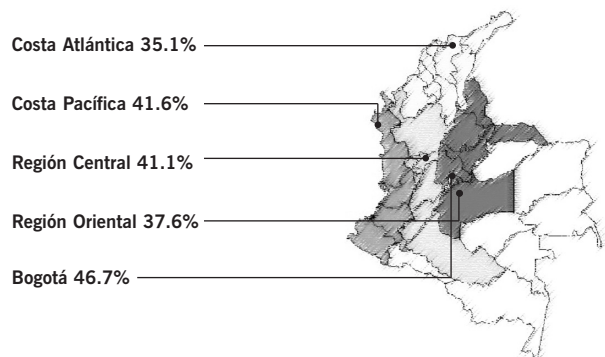
**Figura 1.** Prevalencias de vida comparativas de trastornos mentales según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.





No obstante, es importante tener en cuenta que, como trastorno específico, el primer lugar es compartido por la fobia específica y la depresión mayor, con un 12% de prevalencia en algún momento de la vida.

La distribución geográfica de la prevalencia de trastornos mentales pone en evidencia el gran impacto generado en regiones como Bogotá y la Costa Pacífica, en contraste con la Costa Atlántica.

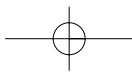


### Implicaciones políticas

1. Los desórdenes mentales tienen determinantes múltiples; la prevención, atención y rehabilitación necesitan ser un esfuerzo que involucre diferentes campos de los servicios socio-sanitarios.
2. Por razones éticas y de optimización de los recursos limitados para la prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades mentales, las prioridades se deben establecer en concordancia con la evidencia científica en términos de eficacia.
3. Debe construirse gradualmente una base de conocimiento fundamentada en métodos rigurosos de investigación, como plataforma en la toma de decisiones, que permita el respeto de las características culturales de los grupos poblacionales a intervenir.

### Bibliografía

1. Ministerio de la Protección Social – OMS. *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*.
2. *Prevention of Mental Disorders*. OMS. Ginebra, 2004.



EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:  
un problema de SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA

## LA EVIDENCIA

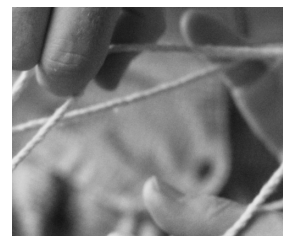
el trastorno depresivo mayor se caracteriza porque, al comprometer el estado de ánimo de los individuos, impacta en el desempeño de todas las áreas de funcionamiento del ser humano y menoscaba la autoestima, la capacidad de relacionarse con los demás, y el desempeño laboral y social.

Se considera como una enfermedad crónica, ya que presenta edades de inicio tempranas, entre los 14 y 24 años. Su presencia es permanente en el tiempo, con periodos de remisión y exacerbación; genera niveles importantes de discapacidad y requiere de manejo continuo, tanto asistencial como rehabilitador, durante varios años, incluso hasta la muerte del individuo.<sup>2</sup>

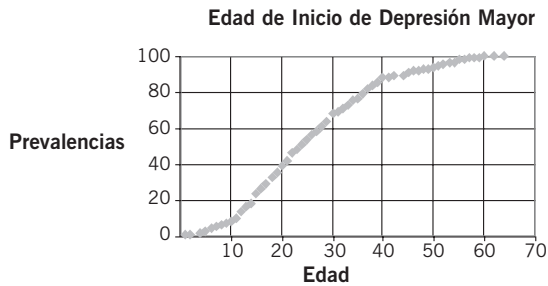
Según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, el Trastorno Depresivo Mayor reporta una prevalencia de vida de 12,1% y prevalencia de 12 meses de 5,6%, es decir, que durante los 12 meses previos al ENSM, cerca de 1.344.000 colombianos entre los 18 y 65 años y que viven en zona urbana, cursaron con sintomatología compatible con episodio depresivo mayor.

Se evidencia una mayor prevalencia para las mujeres, con 14,9%, frente a 8,6% para los hombres.

En Colombia, el episodio depresivo mayor presenta una media de edad de inicio de 24 años (es decir, que el 50% de los casos reporta ésta como la edad de inicio del trastorno).



2. Acorde con la definición de enfermedad crónica contenida en el Dictionary of Health Services Management. 2 ed. OMS.

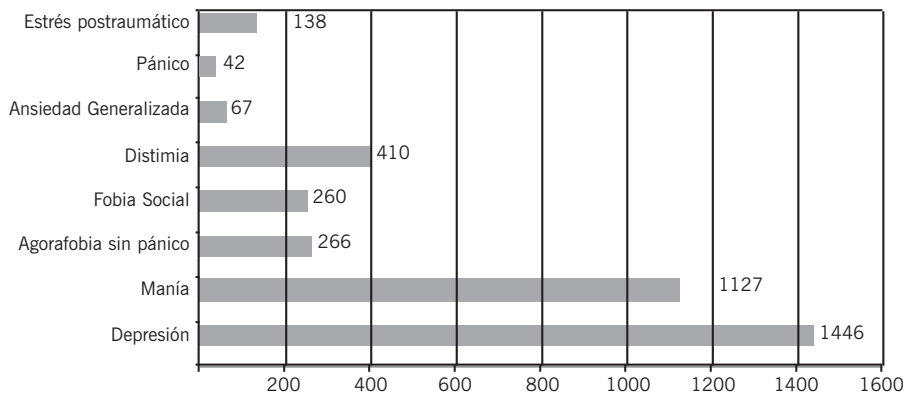


En igual sentido, presenta prevalencias acumuladas a los 10 años de 8,24% (es decir, que dicho porcentaje de quienes aplicaron para sintomatología compatible con el trastorno lo presentaron antes de los 10 años), lo cual podría relacionarse con los niveles de discapacidad por compromiso del desarrollo cognitivo secundario a este trastorno.

En Colombia, el trastorno depresivo es la mayor causa de DALYs (años ajustados de vida perdidos por discapacidad), tal como se muestra en la gráfica.

**Gráfica 1.**

Años ajustados de vida perdidos por discapacidad por trastornos mentales, según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.



La depresión puede ser diagnosticada y manejada en los niveles primarios de atención de forma adecuada.

Los programas de intervención en espacios escolares y dirigidos a jóvenes y adolescentes muestran niveles de reducción de hasta un 50% en los síntomas depresivos graves tras un año de implementación.<sup>3</sup>

El manejo con medicamentos antidepressivos e intervención psicoterapéutica breve resulta ser efectivo para cerca del 60% al 80% de las personas afectadas. Estos tratamientos pueden ser proporcionados en los niveles primarios de atención; no obstante, menos del 25% de las personas reciben este esquema de manejo, en parte, por desconocimiento de las opciones terapéuticas, falta de personal debidamente entrenado o por el estigma que sobre este tipo de trastornos se presenta.

### Implicaciones políticas

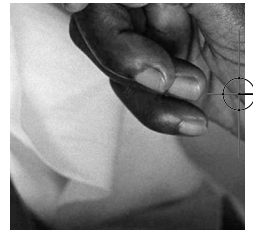
1. Diseño de programas preventivos en el marco de la consecución de la calidad de vida y protección integral del bienestar, especialmente dirigidos a población infantil y juvenil.
2. Reposicionamiento del tema de salud mental en los programas de formación de profesionales en el área de la salud.
3. Centralización de las estrategias de diagnóstico y tratamiento temprano en los niveles de atención primaria.
4. Incorporación de medicamentos listados del POS para el manejo de la depresión, con buena relación costo-efectividad.

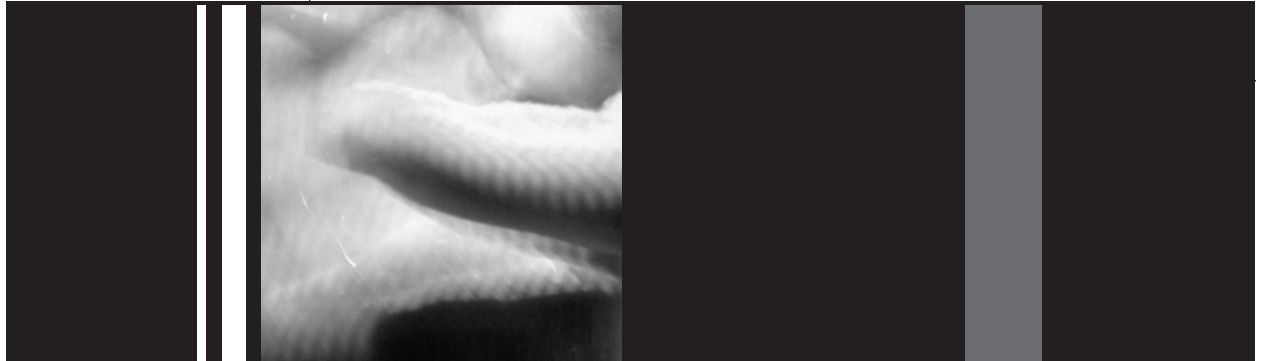
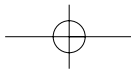
### Bibliografía

1. *Ministerio de la Protección Social – OMS. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.*
2. *Prevention of Mental Disorders. OMS. Ginebra, 2004.*
3. [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)

---

3. Shochet et al., 2001.





El alcohol, SUSTANCIA DE MAYOR CONSUMO EN COLOMBIA y principal factor de riesgo DE MÚLTIPLES PROBLEMAS DE salud pública

## LA EVIDENCIA

Los problemas de salud pública asociados con el consumo de alcohol han alcanzado proporciones alarmantes, constituyéndose en el mayor factor de riesgo para la salud general en países en desarrollo con altas tasas de mortalidad, y ocupando el tercer puesto en países desarrollados, de acuerdo con el Reporte Mundial de Salud (The World Health Report, 2002).<sup>4</sup>

En el año 2000, el uso de alcohol fue responsable del 4,0% de la carga global de la enfermedad, porcentaje discretamente menor que el del daño causado a la sociedad por el uso del tabaco (4,1%) y el generado por la hipertensión arterial (4,4%).

En países desarrollados, es responsable del 9,2% del total de años ajustados de vida perdidos por discapacidad (DALYs), con condiciones neuropsiquiátricas asociadas tales como dependencia, psicosis y depresión, y lesiones tales como accidentes de tránsito, quemaduras, ahogamiento y caídas. El consumo de alcohol contribuye al aumento de enfermedades, lesiones, discapacidad y muerte temprana más que cualquier otro factor de riesgo en países en desarrollo con altas tasas de mortalidad, siendo el alcohol responsable del 6,2% de años ajustados de vida perdidos por discapacidad. A escala mundial, se estima que el alcohol causa 1,8 millones de muertes, equivalentes al 3,2% del total de defunciones en 2000.

El uso de alcohol es responsable de cerca del 13% de DALYs debidos a lesiones no intencionales y cerca del 15% por lesiones intencionales, es decir, suicidio y homicidio.

Por otro lado, ocupa el quinto lugar dentro de los factores de riesgo asociados con lesiones en accidentes de tránsito. También se lo relaciona con comportamientos de riesgo, incluyendo el sexo no seguro y el uso de otras sustancias

4. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, World Health Organization, 2002.



psicoactivas, lo que genera altas tasas de comorbilidad con trastornos por uso de otras sustancias como la nicotina e infecciones de transmisión sexual. Evidencia reciente sugiere fuerte asociación entre los trastornos por consumo de alcohol y la infección por VIH/Sida.

La evidencia muestra que la dependencia al alcohol, drogas ilícitas y cigarrillo presenta una estrecha asociación con condiciones sociales y económicas desfavorables.

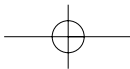
Para el caso específico de nuestro país, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 encontró prevalencias de trastornos por abuso de alcohol del 13,2% en hombres entre los 18 y 65 años, en contraste con el 1,6% en las mujeres del mismo grupo etáreo. Las prevalencias de trastornos tipo dependencia al alcohol fueron de 4,7% entre los hombres y 0,3% entre las mujeres.

Vale la pena contrastar los datos reportados para alcohol con los de otras sustancias ilícitas, tipo cocaína, marihuana y sus derivados (ver tabla 1).

**Tabla 1.**

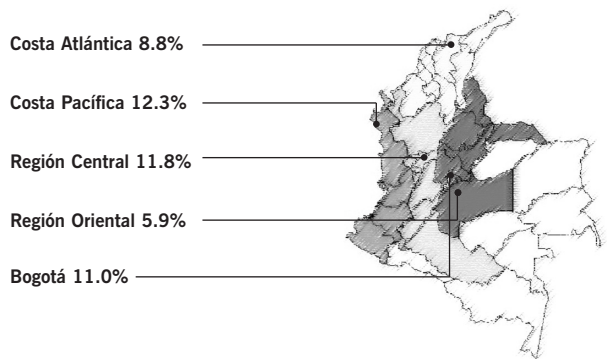
Prevalencias comparativas de vida de trastorno por consumo de sustancias. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.

	Hombres	Mujeres
<b>Abuso de alcohol</b>	13,2	1,6
<b>Dependencia alcohol</b>	4,7	0,3
<b>Abuso drogas</b>	2,1	0,1
<b>Dependencia drogas</b>	1,2	0,2
<b>Dependencia nicotina</b>	2,9	0,5

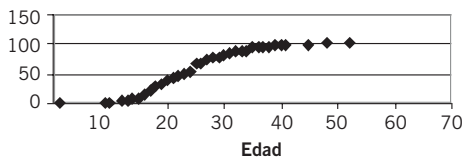


Esto pone en evidencia que para Colombia el problema mayor en cuanto se refiere a trastornos por consumo de sustancias es el abuso y la dependencia al alcohol, con un compromiso mayoritario de los hombres.

Por otro lado, se muestra en el mapa la distribución geográfica de los trastornos por consumo de sustancias (y, entre ellos, de mayor prevalencia el alcohol).

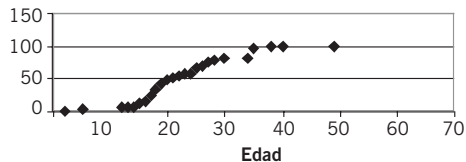


Una cifra aún más alarmante corresponde a la información de edades de inicio de los trastornos por consumo de sustancias, las cuales se grafican a continuación.

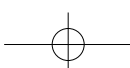


Edad inicio trastorno por dependencia al alcohol según criterios DSM-IV. Colombia 2003.

Edad inicio de abuso de alcohol según criterios DSM-IV. Colombia 2003.



FUENTE. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.



La evidencia muestra que la puesta en práctica de estrategias y de medidas apropiadas puede disminuir perceptiblemente la frecuencia de problemas relacionados con el consumo y la dependencia al alcohol en los niveles locales y nacionales.

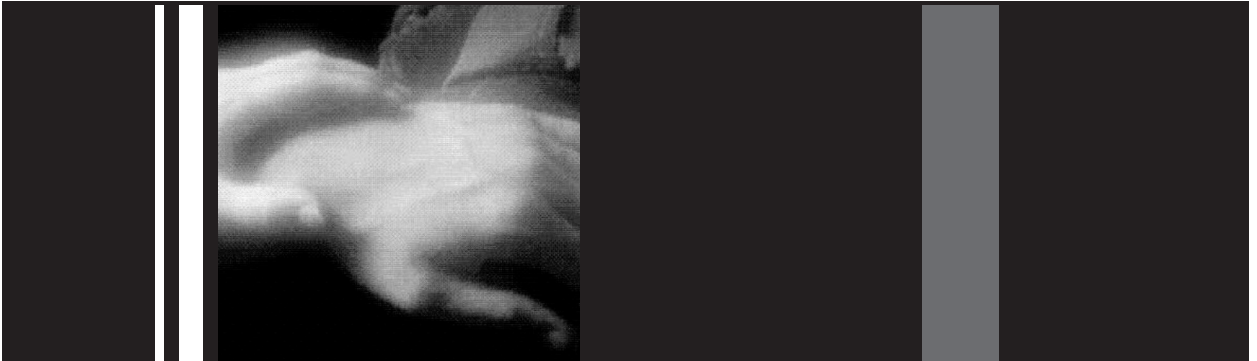
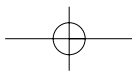
En un análisis reciente de 31 opciones de la política, el grupo internacional de expertos en el alcohol clasificó las 10 siguientes como "prácticas adecuadas": la edad legal mínima para comprar alcohol, el monopolio de gobierno de ventas al por menor, restricciones en horas o días de la venta, restricciones en la densidad de los puntos de venta, impuestos sobre el alcohol, cheques de la sobriedad, disminución de los límites mínimos para la concentración del alcohol en la sangre, suspensión de las licencias de conducción.

### **Implicaciones políticas**

1. El trabajo para abordar los problemas por uso de sustancias tanto legales como ilegales, específicamente el alcohol, no sólo debe dirigirse a la atención y tratamiento de las personas que presentan patrones adictivos de consumo, sino que se debe direccionar hacia el abordaje de la problemática de privación social de los grupos poblacionales en los que se presentan estos trastornos.
2. Se requieren políticas que regulen la disponibilidad de las sustancias a través de control de precio y licencias.
3. Implementar iniciativas de prevención del consumo en espacios escolares y comunitarios, enmarcadas en programas de valores y bienestar integral.

### **Bibliografía**

1. *Social Determinants of Health. The Solid Facts. OMS. 2 ed. 2003.*
2. *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. Informe de la Secretaría. OMS, 58ª Asamblea mundial de la salud. Abril de 2005.*
3. *Ministerio de la Protección Social - OMS. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.*



SUICIDIO, la máxima expresión del monto de sufrimiento  
generado por los TRASTORNOS MENTALES.

## LA EVIDENCIA

**Se** entiende por suicidio la muerte autoinfligida intencionadamente. Edwin Scheidman lo definió como “el acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas”.

El fenómeno del suicidio presenta diversas expresiones, con lógicos resultados disímiles; así, existen los suicidios consumados, los intentos suicidas, la planeación suicida y la ideación. Estas diferentes clasificaciones corresponden a un espectro de expresión en la intención de autolesionarse.

Los trastornos mentales y, particularmente, la depresión y el abuso de sustancias, se asocian al más del 90% de los casos de suicidio. No obstante, las conductas suicidas son el resultado de complejas relaciones de factores socioculturales, presentándose especialmente en el marco de crisis socioeconómicas, familiares y/o personales.

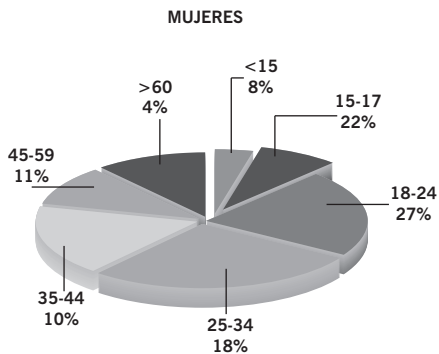
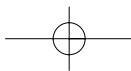
El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses reportó que para el año 2003 se llevaron a cabo 1.938 necropsias por probable suicidio, 107 casos menos que en 2002, observándose un descenso del 5%, reducción que viene presentándose de forma constante desde el año 2000. La tasa para el año 2003 fue de 4,4 por 100.000 habitantes.<sup>5</sup>

De las 33.206 muertes violentas en el país, los suicidios representan el 6% de todas las lesiones fatales de causa externa.

Durante 2003, murieron de manera prematura 1.938 personas, 1.697 de ellas mayores de 18 años (ver figura 1), lo que corresponde a 64.343 años de vida útil perdidos y representa una gran pérdida tanto para las familias como para la sociedad en general.

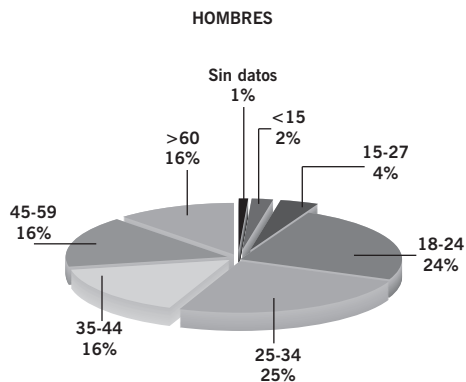
Respecto a los datos de los suicidios consumados, se encontró que, para el año 2002, el 77% de ellos fue lleva-

5. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2003. Datos para la vida. Conducta suicida según ciclo vital.



FUENTE. Forensis 2003.

**Figura 1.**  
Suicidio según grupo de edad y sexo. Colombia 2003.



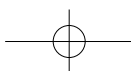
FUENTE. Forensis 2003.

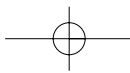
do a cabo por hombres (1.485), con una relación de hombre a mujer de 3:1, lo cual concuerda con la descripción clásica, con un promedio de edad entre los hombres de 36,7 años, y 27,3 entre las mujeres.

En Colombia, se presentó un promedio mensual de 162 casos de suicidio (ocho menos que en 2002), a razón de cinco al día o uno cada cinco horas.

Las prevalencias de las conductas suicidas entendidas como ideación, plan e intento suicida del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 se muestran en la tabla 1.

Al discriminar por grupos de edad, se evidenció que las mayores prevalencias de vida, tanto de ideación como de plan e intento suicida, se encuentran en el grupo de 30 a 44 años, y durante el último año la prevalencia de estas variables es mayor en personas más jóvenes (de 18 a 29 años), lo cual podría estar en estrecha relación con el panorama desolador ofrecido por la violencia y las crecientes condiciones conflictivas en el ámbito nacional.





**Tabla 1.**

Prevalencia de vida de conductas suicidas distribuidas por sexo según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.

	Hombres	Mujeres
<b>Ideación suicida</b>	12,1	12,5
<b>Plan suicida</b>	3,8	4,3
<b>Intento suicida</b>	4,9	4,9

FUENTE. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.

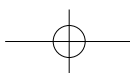
La evidencia indica que el manejo efectivo del trastorno depresivo mayor y la dependencia de sustancias, entre ellas el alcohol, reduce de manera significativa las tasas de suicidio.

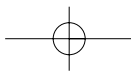
El entrenamiento en habilidades para la vida (manejo de conflictos, toma de decisiones, entre otras) resulta de utilidad en la disminución de las tasas de suicidio, especialmente en la población joven.

En igual sentido, restringir el acceso a los elementos que comúnmente se utilizan para consumar el suicidio, tales como armas de fuego y medicamentos, también reduce las tasas de prevalencia; este tipo de abordajes preventivos requiere del concierto y participación de muchos sectores socio-sanitarios.

**Implicaciones políticas**

1. La prevención del suicidio requiere un trabajo multisectorial que involucre a sectores diferentes al tradicional de la salud (educativo, laboral, policial, religioso, judicial, entre otros) ambientado por actitudes innovadoras que permitan hacer aproximaciones en la comprensión de este complejo fenómeno.





2. El abordaje debe fundamentarse en políticas dirigidas a población infantil y juvenil y en el marco de estrategias de proyección individual y colectiva.

### **Bibliografía**

1. *Ministerio de la Protección Social – O.M.S. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.*
2. *[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html).*
3. *Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Datos para la vida.*

