

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

AUTORA: DIANA PULIDO



San Marcos

Introducción	3
Epidemiología de los trastornos mentales	4
Trastornos mentales en Colombia	9
Trastornos mentales en la infancia	10
Trastornos mentales en la adolescencia	13
Trastornos mentales en la adultez.	15
Análisis de caso.	19
Primer caso C.T.	19
1. Entrevista semiestructurada con mamá de C.T..	21
2. Entrevista semiestructurada con C.T..	22
3. Cuestionario de datos personales para adolescentes	22
4. Cuestionario de frases incompletas.	23
Análisis y conclusiones.	26
Bibliografía	28

¿Cuáles son los principales trastornos mentales según DSM-V?

Este eje reconocerá la epidemiología de los **trastornos mentales** en el mundo, en Latinoamérica y en Colombia en términos de prevalencia, curso e incidencia de los mismos en el marco de la psicopatología evolutiva, es decir, principales diagnósticos en niñez, adolescencia y adultez desde el sistema de clasificación de psicopatología más reciente (DSM-V), identificados a partir de estudios recientes sobre salud mental específicamente en Colombia. A su vez se realizará un análisis de caso desde la perspectiva de ciclo vital con el objetivo de recrear las principales características de la enfermedad mental.



Instrucción

Antes de iniciar invitamos a revisar el Recurso de aprendizaje: organizador gráfico, trastornos mentales DSM-V.



Trastornos mentales

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (Morrison, 2015).

Epidemiología de los trastornos mentales



La Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2017 publicaron el documento de estimaciones sanitarias mundiales de la depresión y otros trastornos mentales comunes.



¡Datos!

1. Los datos de la OMS indican que para el 2015 hubo 322 millones de personas con diagnóstico de depresión (entendida como Trastorno depresivo mayor y distimia) que también padecían ansiedad (incluye los trastornos de ansiedad, generalizada, fobias específicas, Trastorno de angustia, Trastorno obsesivo compulsivo y Trastorno de estrés postraumático), que representa el 4,4 % de la población mundial, de las cuales había 50 millones en América, con un aumento de diagnóstico en un 18,4 % entre el 2005 y 2015.
2. La depresión se ubicará en el 2020 como la segunda causa discapacidad en el mundo, por el alto riesgo de suicidio y su impacto en la estructura familiar, económica y social.
3. Para comprender el impacto de estas cifras en Colombia en el 2015 la prevalencia de los trastornos de depresión fue de un 4,7 de la población que representaba a 2'177.280 y de trastornos de ansiedad 2'691.716 que representaba el 5,8 % de la población.

Lo anterior permite vislumbrar las características de la salud mental que permiten un estado completo de bienestar a nivel emocional, físico y social, no se limita a la ausencia de enfermedades y las precarias condiciones para su atención dado que el dinero destinado a su tratamiento que es solo del 1 %, y las condiciones del sistema de salud del país, que no facilitan el acceso de la población al servicio de psicología, además, no se favorece la destinación de recursos a la implementación de programas de prevención y promoción con la suficiente evidencia científica y la aplicación de estos por personal idóneo que este altamente cualificado para este tipo de trabajo (PAHO, 2017).



Lectura recomendada

Capítulo 4, páginas 171 a la 191.

DSM-5: guía para el diagnóstico clínico

James Morrison

Para comprender estos datos de manera más específica en este apartado se discriminará esta información según género, edad, ubicación geográfica, entre otras a nivel mundial.



¡Datos!

- En el caso de la depresión es más común en mujeres (5,1 %) que en hombres (3,6 %), en las mujeres se presenta principalmente entre los 55 y 74 años
- En menor proporción se presenta en niños y adolescentes, aproximadamente la mitad 161 millones de personas con depresión viven en la región de Asia Sudoriental y en el Pacífico Occidental, la región de las Américas representó 48,16 millones de personas con este trastorno (PAHO, 2017).

Es importante en este punto citar a Londoño (2016) quien realizó una investigación sobre depresión en hombres y realiza una crítica a los sistemas de evaluación de este trastorno, dado que la sintomatología de los criterios de evaluación se basa en la expresión femenina de la depresión, puesto que es más probable que las mujeres busquen soporte social y acudan a servicios sanitarios, mientras que los hombres tienen dificultad para reconocer los síntomas y si los perciben, los evitan a través del consumo de drogas y alcohol y emplean el suicidio como una estrategia de escape.



¡Datos!

- En el caso de la ansiedad también es más común en mujeres (4,6 %) que en hombres (2,6 %) en las mujeres se presenta principalmente entre los 35 y 54 años
- En menor proporción se presenta en adultos mayores, el número de personas estimado en el mundo con trastornos de ansiedad es de 264 millones, de los cuales el 23 % de personas con ansiedad viven en la región de Asia Sudoriental y en segundo lugar la región de las Américas que representó el 21 % con 57.22 millones de personas con este trastorno
- En la figura se resumen estas cifras indicando que se estima en el mundo el 44 % de la población sufre Trastorno depresivo y el 3.6 % algún Trastorno de ansiedad.
- También es importante tener en cuenta que estos trastornos presentan alta comorbilidad y la sintomatología va de moderada a severa (PAHO, 2017).

Prevalencia de trastornos mentales comunes (porcentaje de la población), por Región de la OMS

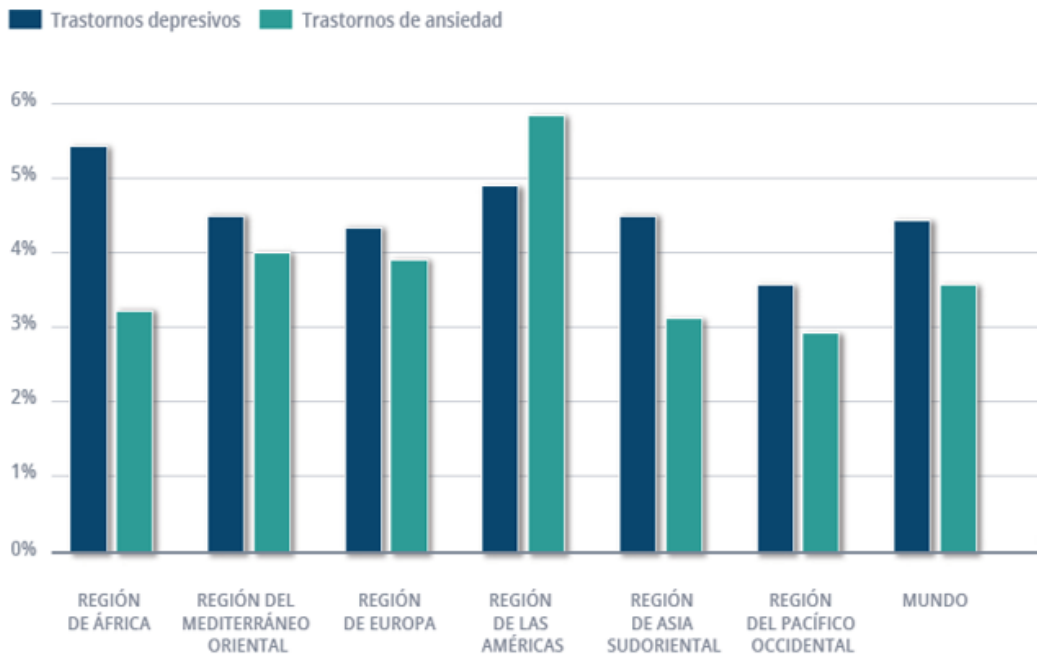


Figura 1.
Fuente: <https://goo.gl/wrqpQW>

En una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes de los trastornos mentales realizados en la región para el año 2009 en Latinoamérica se estimó que, durante los últimos veinte años, la prevalencia del abuso o dependencia del alcohol fue de 5,7 %, de la depresión mayor de 4,9 % y de la esquizofrenia fue del 1,0 %.

Como se mencionó con anterioridad hay escaso acceso a tratamiento especializado, para los trastornos mencionados más de la tercera parte de las personas afectadas por esquizofrenia, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad y cerca de las tres cuartas partes de las que dependían o abusaban del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico (Rodríguez, Kohn y Aguilar, 2009).



¡Datos!

Para reconocer el impacto de la salud mental en la pérdida de salud y funcionamiento, en Latinoamérica la enfermedad mental está comprometida con el 8,2 % de los años de vida ajustados por discapacidad y el 33,2 % de los años vividos con discapacidad.

De esta manera se describe la depresión mayor como la decimotercera causa más importante representada en los años de vida ajustados por discapacidad y de más relevancia cuando se incluyen los años vividos con discapacidad.

Los trastornos relacionados con el uso del alcohol se encuentran en un segundo lugar respecto a los años vividos con discapacidad y ubicado en el decimocuarto lugar de los años de vida ajustados por discapacidad. Entre las mujeres, la depresión mayor es la séptima causa más frecuente de los años de vida ajustados por discapacidad y ocupa el lugar número uno entre los años vividos con discapacidad. En los hombres, los trastornos asociados con el uso del alcohol se ubican en el lugar octavo en el caso de los años de vida ajustados por discapacidad y obtiene el primero con relación a los años vividos con discapacidad (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2005).



Lectura recomendada

Capítulo 2, páginas 19 a la 33.

Psicopatología clínica: adaptado al DSM-5

Margarita Ortiz Tallo

Es importante también comprender las características de la salud mental de niños y adolescentes, para lograr este fin Gómez (2005), identificó un gran número de investigaciones que se han centrado en el estudio de la salud mental de los niños y adolescentes teniendo en cuenta aspectos demográficos, epidemiológicos y el reconocimiento de la enfermedad.



¡Datos!

Para comprender su dimensión desde la organización mundial de la salud se registra que el 20 % de la población infantil y adolescentes presenta alguna enfermedad mental.

De acuerdo con el informe de la OMS en el 2003 se evidencia más en niños y adolescentes de sexo masculino, trastornos como: abuso de alcohol, fobias y trastornos de conducta; en las mujeres se evidencia más depresión y fobias. La depresión se ve como la principal causa de discapacidad y la cuarta de las 10 causas principales de la carga de morbilidad a nivel mundial. De tal forma se visiona que para el 2020 la depresión se mantendrá en el segundo lugar de los trastornos mentales y físicos (OMS, 2003).

Vinaccia, et ál. (2006) identificaron que la baja autoestima, cambios de sueño, aislamiento social, cambios del apetito y del peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida son los síntomas que describen la depresión infantil.

En el 2004 el Ministerio de Protección Social realizó un Estudio Nacional de Salud Mental y estilos de vida obteniendo como resultado que el 40.1 % de la población adulta ha presentado un trastorno mental en su vida.



Instrucción

En este punto invitamos a realizar la Actividad de aprendizaje: prueba objetiva sobre trastornos mentales del DSM-V.

Trastornos mentales en Colombia

En el Sistema Nacional de Encuestas y estudios poblacionales para salud de Colombia, se encuentra la cuarta Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en 2015, a fin de comprender los principales trastornos mentales en la población colombiana. A continuación, se presentarán algunos datos que permiten comprender su incidencia y prevalencia.



¡Datos!

- El total de la muestra prevista fue de 14.496 personas las cuales se dividieron en cuatro grupos etarios así: 7 a 11 años (2.628), 12 a 17 años (1.752), 18 a 44 años (5.058), y 45 o más (5.058).
- Representaban cinco regiones del país divididas, así: Atlántica, Oriental Central, Pacífica y Bogotá, la encuesta se conformó con ítems de 22 instrumentos orientados a evaluar salud mental desde diversas dimensiones.
- Del total de muestra prevista se entrevistó a 12.311 personas, siendo finalmente 11.665 las encuestas completas que se incluyeron en este estudio.
- En relación a síntomas de problemas en conducta alimentaria se identificó en el grupo de 12 a 17 años un 9,1 % conductas de riesgo alimentario, en hombres con un 9,5 % y en mujeres con un 8,8 %; en el grupo de 18 a 44 años también un 9,1 % presentaba este tipo de síntomas, pero en este grupo si se invirtió la prevalencia por género, las mujeres con un 9,7 % y los hombres con un 8,3 % (Ministerio de Salud y Protección Social, Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015).



Instrucción

Para reforzar estos contenidos invitamos a revisar el Recurso de aprendizaje 2: infografía, epidemiología de los trastornos mentales.

Respecto a los trastornos de ansiedad y depresión se presentan los siguientes datos:

1. La prevalencia alguna vez en la vida es del 10,1% en personas de 18-44 años y el 7,7% en mayores de 45 años, es más frecuente la comorbilidad en mujeres (20,4 %) que en hombres (13,5 %).
2. La prevalencia del Trastorno depresivo mayor es del 4,3 %, y se encontraron algunos factores asociados a la presentación de este trastorno como el estado civil es decir que fueran las personas separadas, viudas o divorciadas, que presentaran un intento previo de suicidio y 6 o más criterios de personalidad límite.

3. En niños de 7 a 11 años se evaluaron síntomas asociados a dificultades en el lenguaje, sueño, convulsiones, dolores de cabeza, lentitud para aprender, asustarse o ponerse nervioso sin razón, haber robado.
4. Se identificó que el 27,6 % presentaba 1 síntoma, el 10,5 % 2 síntomas, el 3,4 % 3 síntomas y 3,2 % 4 o más síntomas.
5. En adolescentes 12 a 17 años la prevalencia de trastornos como la depresión, ansiedad, psicosis y epilepsia se estimó en un 12,2 %, con mayor representatividad en mujeres (13,2 %), en los hombres (11,2 %), estas personas presentaban 8 o más síntomas de ansiedad y depresión.
6. En el caso de adultos (18 a 44 años), se estimó una prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos del 17,2 % en mujeres y del 9,1 % en hombres.
7. En personas de 45 años en adelante se identificó prevalencia de síntomas asociados a depresión y ansiedad en mujeres de un 22,6 % y en hombres 11,8 % con 8 o más síntomas asociados, en los mayores de 45 años la sintomatología ansiosa se presentó en un 54,8 % de las personas con uno o más síntomas de ansiedad.
8. Respecto al número de síntomas depresivos, el 70,3 % de los adultos presentan de 1 a 3 síntomas, con un 10,6 % de las mujeres y un 6,2 % en los hombres (ENSM 2015).

Trastornos mentales en la infancia

Esta encuesta realizó un estimado de la prevalencia de trastornos mentales en niños, adolescentes y adultos; en esta sección se presentarán las principales características identificadas de los más prevalentes por ciclo vital, una mirada más amplia que la dada por los criterios diagnósticos de la versión usada que fue el DSM-V, aunque basada en estos.



Figura 2.
Fuente: Shutterstock/788165872

En los niños de 7 a 11 años se describen 7 trastornos mentales y sus características clínicas, estos son:



Figura 3.
Fuente: propia

Para relacionar y analizar estos trastornos con los conceptos abordados en el eje 1, se encontró que para prevenir su presencia, los factores protectores relacionados son: el cuidado y el nivel educativo de padres, coeficiente alto de inteligencia capacidad de solución de problemas, flexibilidad cognitiva, cohesión familiar, que en el hogar se permita la comunicación, un apoyo positivo de los padres, alto nivel de estima propia en términos de autocontrol y logros de diversa índole, contar con redes de apoyo, los factores de riesgo para el desarrollo de estos trastornos son la desnutrición, historia familiar de trastornos psiquiátricos, eventos traumáticos, abandono, disfunción familiar, aislamiento social, entre otras, y finalmente se configuran como un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, bajo desempeño escolar y dificultades relacionales.



Figura 4.
Fuente: Shutterstock/738097729

Los principales impactos de la presencia de trastornos en la infancia se relacionan con el desarrollo del sistema nervioso y ser origen de una enfermedad mental temprana como Trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y depresivos y trastornos de personalidad del *clúster* A y B, consumo de SPA, mayor riesgo de muerte prematura, dificultades en control de impulsos (ENSM 2015).



Lectura recomendada

Parte 2, capítulo 3, página 76 a la 87.

Psicopatología del desarrollo

Josep Toro Trallero y Lourdes Ezpeleta

Trastornos mentales en la adolescencia



Figura 5.
Fuente: Shutterstock/656460994

En los adolescentes de 12 a 17 años los trastornos se relacionan con alteraciones emocionales de pensamiento de percepción, y de comportamiento y de relación y limitan su funcionamiento en diferentes áreas vitales, a continuación, se describen los 6 trastornos mentales presentes en esa etapa evolutiva y sus características clínicas, estos son:

1. Trastornos depresivos caracterizado por los criterios diagnósticos descritos en el DSM-V además, presentan síntomas como conductas disociales, negativistas, agresividad, mal humor, fugas del hogar, inquietud, aislamiento descuido de su higiene personal, disminución de autoesquemas, ideación suicida;
2. Trastorno afectivo bipolar, caracterizado porque su inicio se da en la adolescencia, cambios repentinos en su estado de ánimo, irritabilidad, conductas agresivas;

3. Trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad persistente y excesiva en diversas situaciones, con una alta activación fisiológica, percepción negativa de sí mismo e irritabilidad;
4. Trastorno de pánico se caracteriza por impactar de manera negativa su rol social y académico, y presentar alta comorbilidad en la adultez con otros trastornos de ansiedad, abuso de sustancias psicoactivas;
5. Trastorno bipolar;
6. Finalmente, la fobia social, caracterizada por temor excesivo por situaciones sociales al punto de solo tolerar la compañía de familiares cercanos.

Los principales factores protectores en esta etapa se relacionan con el apoyo familiar, sentido del humor, logros individuales con alta valoración social, coeficiente intelectual alto, participación en deporte o grupos culturales y la regulación de pensamientos; los factores de riesgo implican la presencia de hermanos o padres consumidores de sustancias psicoactivas, **maltrato en la infancia**, pobreza y desnutrición, historia de psicopatología en los padres, abuso sexual, familia disfuncional, factores genéticos, ser mujer, sobreprotección en la infancia.



Maltrato en la infancia

El maltrato psicológico infantil consiste en actos intencionales, verbales o simbólicos, realizados por un padre o un cuidador de un niño que provoquen o generen una probabilidad razonable de causar un daño psicológico en el niño (Morrison, 2015).

Las principales consecuencias e impactos de estos trastornos en la adolescencia se asocian a la discriminación, baja adherencia a la terapia, rendimiento escolar y relaciones interpersonales, hospitalizaciones psiquiátricas en edad adulta, delincuencia, abuso de sustancias, suicidio, bajos ingresos en la edad adulta.

Con respecto al suicidio en los adolescentes se ha identificado relación con madres con características ansiosas, trastornos de personalidad o antecedentes de intento de suicidio, en los padres con consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad, dentro de los factores predisponentes que en ocasiones pueden actuar como precipitantes se encuentran maltrato físico, la separación de los padres, peleas con los padres, ruptura con la pareja, cambio de residencia, suicidio de otros, relaciones distantes con los padres y el abuso sexual (ENSM, 2015).



Figura 6.

Fuente: Shutterstock/364687433

Trastornos mentales en la adultez



Figura 7.
Fuente: Shutterstock/505006741

En este apartado se abordarán los principales trastornos en la edad adulta de los 18 años en adelante, en último estudio de salud mental de Colombia se describen 8 grupos de trastornos mentales y sus características clínicas, estos son: los trastornos depresivos, caracterizados por pérdida de placer e interés en actividades que antes se disfrutaban, alteraciones en sueño y patrones de alimentación, alteraciones cognitivas en las tres esferas y dificultades significativas en su grado de funcionalidad, el Trastorno afectivo bipolar, caracterizado por cambios repentinos en el afecto, y pueden tener o no episodios psicóticos; los trastornos de ansiedad.



Ejemplo

La ansiedad generalizada que no se limita a circunstancias específicas, y altera de manera significativa funcionamiento global, el Trastorno de pánico que no se circunscribe a una circunstancia real y presenta síntomas ante peligros no reales, acompañados de pensamientos catastróficos, como factor de riesgo circunscrito a este trastorno están los de personalidad del *clúster* C y finalmente la fobia social caracterizada por la evitación de situaciones sociales y miedo a la crítica.

También se presentan otros trastornos como la esquizofrenia, otras psicosis, las demencias, la discapacidad intelectual, los trastornos del desarrollo como el autismo y otros.

Como factores de riesgo asociados para la enfermedad mental se identificaron carga genética, dificultad para regular emociones, cogniciones y comportamiento, desempleo, bajo nivel socioeconómico, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, divorcios, enfermedades médicas, eventos traumáticos. Estos trastornos son la principal causa de años vividos con discapacidad.

Con relación a los trastornos de personalidad se ha identificado algún grado de especificidad en términos de comorbilidad con algunos trastornos mentales encontrando que los trastornos de personalidad del *clúster* A se relacionan con patologías del espectro psicótico, los del *clúster* B con trastornos del afecto, impulsividad, agresión hacia sí mismo o hacia otros y los del *clúster* C con trastornos de ansiedad (ENSM 2015).

Relacionando y sintetizando todos los datos epidemiológicos presentados con el contexto actual en Colombia por ciclo vital:

1. En la infancia, la prevalencia de cualquier trastorno mental es del 4,7 %, se presentan más en niñas en condiciones de pobreza, en términos de regiones son más comunes en la región Central y menos en la región del Atlántico, el trastorno más frecuente es el TDHA (3 %), seguido de ansiedad por separación (1,8 %), con una comorbilidad especialmente en niños de 2 o más trastornos del 15,6 %.
2. En el caso de los adolescentes la prevalencia de cualquier trastorno mental es del 7,2 %, se presentan más en mujeres, en términos de regiones tienen prevalencias similares, con más presencia en la zona urbana que en la rural, asociados a condiciones de pobreza.
 - a. Los trastornos más frecuentes son los de ansiedad (5,0 %), especialmente la fobia social (6,6 %) con una comorbilidad especialmente de 2 o más trastornos del 12,6 %.
 - b. El suicidio en adolescentes en términos de prevalencia indica el 6,6 % ha presentado ideación suicida, el plan suicida se presenta en un 1,8 %, el intento suicida en un 2,5 %, el 3,6 % que ha tenido ideación suicida ha intentado suicidarse, este fenómeno se caracteriza por altos niveles de impulsividad por esa razón no se presenta con alta prevalencia el plan suicida en esta población.
3. Y finalmente en los adultos la prevalencia de cualquier trastorno mental es del 9,1 %, también se presentan más en mujeres, excepto en trastorno bipolar afectivo, en términos de regiones la prevalencia es mayor en la región pacífica (5,6 %).
 - a. El grupo entre 18 y 44 años presenta una prevalencia mayor de trastornos mentales con un 10,1 %, los de 45 años en adelante un 7,7 %, con más presencia en la zona urbana en una relación 2 a 1 más que en la rural, asociados a condiciones de pobreza.

b. Los trastornos más frecuentes son los afectivos con un 6,7 %, con una comorbilidad de 2 o más trastornos de 1 de cada 5 adultos diagnosticados con algún trastorno mental.

c. El suicidio en adultos en términos de prevalencia indica el 7,4 % ha presentado ideación suicida especialmente en mujeres, un tercio de personas con ideación suicida han tenido plan suicida y han intentado suicidarse, la mitad de estas personas describe como serio el intento suicida y en las mujeres se identificó que los intentos se relacionan con una estrategia de búsqueda de ayuda.

d. Con relación a los trastornos de personalidad se identificó que el 4,6 % de mayores de 18 años tienen 6 o más síntomas de Trastorno de personalidad límite tanto en hombres como en mujeres, el 1,8 % con 6 o más síntomas de trastornos de personalidad antisocial, siendo un factor protector en este aspecto estar casados o tener pareja estable (ENSM, 2015).



Ejemplo

Identificando que la depresión es uno de los trastornos con mayor prevalencia e incidencia en la población, Mantilla, et ál. (2003) en una investigación colombiana emplearon la versión corta del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) de 10 ítems a una muestra de 239 niños escolarizados de clase alta y baja de la ciudad de Bucaramanga y encontraron que el 9.2 % de la población se encontraba con depresión, lo cual indica que la sintomatología depresiva aumenta con la edad y el grado de escolaridad.

Con relación a los adolescentes en la investigación de Vinaccia et ál. (2006) identifica el estudio realizado por Torres y Montoya donde el 3,3 % de preadolescentes y adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 15 años había presentado síntomas depresivos, este porcentaje se incrementa al 20.1 % en los jóvenes de edades entre los 16 y los 19 años.

En Colombia el anterior estudio de salud mental realizado en el 2003 trabajó las cinco regiones del país, con personas que oscilaban entre los 18 hasta los 65 años de edad de zona urbana, con la característica de mantener hogares fijos. Se empleó la versión computarizada de la entrevista diagnóstica internacional compuesta (versión certificada 15), que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV y la CIE-10.



¡Datos!

- En este estudio se identificó que el 40,1 % de la población encuestada señaló haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23 trastornos basados en el DSM-IV, el 16 % de la muestra evidenció trastornos mentales en los últimos doce meses y el 7,4 % presentó alguno en los últimos 30 días.
- Los más frecuentes reportados fueron los de ansiedad (19,3 %), luego los de trastornos del estado de ánimo (15 %) y los trastornos por uso de sustancias (10,6 %).
- El 4,9 % de la población ha intentado suicidarse alguna vez en la vida y el 1,3 % lo ha intentado en los últimos treinta días.
- Solo una de cada diez personas con un trastorno mental y solo una de cada cinco con dos trastornos mentales manifestó haber accedido a servicios de cualquier tipo en el último año, lo cual permite evidenciar el precario acceso a los servicios de salud mental en los colombianos (Posada, Aguilar, Magaña y Gómez, 2004).

Para contextualizar la salud mental en jóvenes especialmente universitarios, a continuación, se presentarán cifras del estudio de Hurtado, et ál. (2011) que describe los principales trastornos psicológicos diagnosticados en esta población, se encontró que:

1. Un 55,35 de mujeres y 44.7 % de hombres asistieron a consulta psicológica de la universidad, con una prevalencia mayor en las mujeres, con edades comprendidas entre los 17 y 25 años, solteros representaban el 78,6 %, de los estudiantes.
2. Con relación a la muestra estudiada un porcentaje mayor (70,6 %) presenta algún trastorno del eje 1 en el DSM-IV, así mismo los trastornos por persona fluctúan entre uno a nueve trastornos.
3. En las mujeres se presentan con mayor prevalencia en un 73,4 % y en los hombres con el 66,7 %.
4. En el primer lugar se encuentran los trastornos del estado de ánimo como:
 - El depresivo con prevalencia entre 21,4 % y 29,1 %.
 - Luego la fobia social con el 15,7 %.

- El de ansiedad generalizada con el 14,6 %.
- Los asociados al uso de sustancias no alcohólicas con el 14,6 %.
- El de angustia en un 12,6 %.
- La manía e hipomanía en un 11,7 %.
- La distimia con el 10,7 %.

Cifras altamente relacionadas con los datos presentados por la OMS y el Ministerio de Salud.

Análisis de caso

Después de realizar la identificación y explicación de los principales conceptos en psicopatología en el eje 1, en este texto se presentarán algunos casos que tienen como fin ilustrar definiciones descritas y facilitar la comprensión y aplicación de principios psicopatológicos en la práctica. Este caso se relaciona con trastornos de la infancia y la adolescencia.

Primer caso C.T.

C.T. tiene 15 años de edad, cursa décimo grado en una Institución Educativa Oficial, ingresa a consulta por psicología remitida por Comisaría de Familia para realizar intervención por situación de **abuso sexual**. Las quejas expresadas por la paciente son:

Hace poco mi papá abusó de mí, no hubo penetración, pero me tocaba las partes íntimas, en varias ocasiones; una vez me estaba arreglando frente al espejo y él me empezó a tocar, me desabrochó el brasier, me quería desabrochar el pantalón, yo le pegaba en las manos y le decía que no lo hiciera, me quedé quieta.

Mientras tanto él me decía que mirara la película porno que tenía en el DVD; hace dos años mi papá me tocó la cola, yo me sentía un asco, me sentía mal. Lloraba mucho, me quedé quieta; mi tía me dijo, lo que me había hecho mi papá era culpa mía por mi manera de vestir; siento que es mi culpa prefería morirme, o desaparecer y que nadie me conociera, porque aunque mi mamá lo oculta ha sufrido, preferiría sufrir sola; después del abuso lloraba mucho, me alejé de las personas, tenía mal genio, gritaba.



Abuso sexual

Los abusos sexuales a niños incluyen cualquier tipo de actividad sexual con el fin de dar una satisfacción sexual a uno de los padres, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño. Incluyen actividades tales como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente (Morrison, 2015).

Hay épocas en que como mucho y otras en las que como poco; después de que nació mi hermana todo cambió, me sentía apartada mi papá se inclinaba más por ella, es todo lo que ella diga.

Cuando era pequeña sufría de taquicardia a veces me encerraba y lloraba en el cuarto; cuando mi mamá se enteró de lo que había pasado lloro, yo quería llorar, pero me contuve para darle fuerza; no confié en mi mamá porque me da miedo que me regañe o reproche lo que le diga, como poco, quisiera acostarme y no volver a saber de las cosas, quisiera irme de acá a un lado donde nadie me conociera, cada tercer día me siento muy triste, me cuesta concentrarme a veces y me gusta dormir mucho.



Figura 8.

Fuente: Shutterstock/678898186

De acuerdo con la evaluación realizada se identifica en C.T., que presenta dificultades en expresión emocional dado que de manera inicial tiene dificultad para reconocer las emociones propias y de otros y no cuenta con modelos de expresión de las mismas, también se identificó déficit en asertividad, esto identificado en la incapacidad para expresar su opinión y la tendencia a callar situaciones que le generan malestar, lo cual mantiene su problemática.

Como hipótesis explicativa permite comprender la descripción de la problemática presentada en el párrafo anterior se considera la presencia de un Trastorno distímico de inicio temprano, además de duelos no resueltos en las relaciones establecidas con los miembros de su núcleo familiar, estas hipótesis se validaron en el proceso como se describirá a continuación, con entrevistas a diferentes integrantes de la familia, observaciones, aplicación de pruebas y cuestionarios, revisión de informes y documentos legales.

Con estos hallazgos se decide iniciar intervención con el objetivo de enseñar habilidades sociales centradas en toma de decisiones y solución de problemas, y también en asertividad, que le permitan afrontar situaciones críticas de una manera más funcional.

Siguiendo los lineamientos de realización de evaluación multifuente y mutimétodo se encuentra desde diferentes fuentes lo siguiente:

1. Entrevista semiestructurada con mamá de C.T.

El objetivo de esta entrevista fue conocer historia familiar, historia de desarrollo evolutivo de la adolescente, historia del problema, manejo de situaciones difíciles en familia, estilo de relación de la consultante; así como contrastar información dada por la consultante. La mamá refiere que C.T. después de la ocurrencia de los hechos (abuso sexual de parte de su padre), ha presentado dificultades a nivel afectivo, emocional y de comportamiento, todo lo cual ha influido en su desempeño escolar, social y familiar.

A nivel afectivo la niña se muestra ambivalente, algunas veces trata de acercarse a su familia, pero otras veces se muestra muy distante y fría. Esto hace que a nivel emocional se muestre frecuentemente triste, enojada, irritable y frustrada, con conductas de aislamiento, llanto, disminución de sus actividades cotidianas y evitación de situaciones en las cuales debe cumplir con deberes establecidos.

En cuanto a su desempeño escolar, durante las dos semanas posteriores a los hechos, se evidencia decremento del mismo, caracterizado por no cumplimiento de tareas, disminución en sus calificaciones. En el momento de la evaluación su desempeño escolar se había normalizado y no representa una dificultad para ella, porque se ajusta al nivel que presentaba antes de la ocurrencia de los hechos.

A nivel social, se encuentra alcanzando un nivel de funcionalidad esperado a su edad, ya que nuevamente se muestra motivada a compartir actividades sociales con sus pares. Es de anotar que posterior a la ocurrencia de los hechos la niña se aisló socialmente y solamente una amiga fue su apoyo.

A nivel familiar C.T. presentó aislamiento afectivo y emocional, con su hermana y con sus padres. Actualmente la niña trata de tener acercamientos con su madre, pero buscando apoyo. Con su padre la relación sigue siendo tensa y ha expresado no querer saber de él por un tiempo.

2. Entrevista semiestructurada con C.T.

Esta entrevista tuvo como objetivo conocer la percepción que la adolescente tiene de sí misma, de la vida y del futuro, la percepción que tiene del problema; determinar estilos de afrontamiento, expresión emocional, atribuciones tanto internas como externas, identificar estilo de procesamiento de información, conocer y determinar áreas funcionales, déficits, intereses y capacidades; identificar atención psicológica pasada.

C.T. refiere que desde muy niña ha presentado con frecuencia sentimientos de tristeza, episodios de llanto, aislamiento, baja motivación, y algunas veces poco interés para realizar sus actividades diarias, tanto en casa como en el colegio. Manifiesta que esta situación se acentuó con el nacimiento de su hermana a quien consideró por mucho tiempo como una intrusa y rival debido a la percepción de trato preferencial que le daban sus padres, especialmente su papá. A lo largo de su vida ha tenido un desempeño medio (no muy alto no muy bajo) en sus actividades.

Presenta dificultades para concentrarse, para tomar decisiones y afrontar situaciones con asertividad, todo lo cual la afecta a nivel de autoestima y motivación.

La mamá, comenta que C.T. a los 8 años era muy organizada, juiciosa ordenada, estaba pendiente de lo que necesitaba, pero cuando nace la hermana toma una actitud distante y rebelde, actualmente, C.T. refiere que se siente "baja de nota" por lo menos tres veces a la semana, información que coincide con la percepción que la mamá tiene sobre el comportamiento de C.T.

Describe una situación en la que se encontraban jugando mamá, bebé y C.T., quien se sienta en el camarote cuando mamá le pregunta ¿qué tiene la niña? empieza a llorar, dice que necesita llorar.

En cuanto a su expresión emocional menciona: si la gente me ve llorando me va a preguntar porque y eso no me gusta, prefiero desahogarme sola, cuando me preocupo o tengo mucha ira se me acelera el corazón, para tranquilizarme cuento hasta diez para no explotar con nadie y que nadie sufra por mi culpa, si no me tranquilizo así, lloro sola, eso me hace sentir mejor.

3. Cuestionario de datos personales para adolescentes

Este cuestionario plantea una serie de preguntas que tienen el objetivo de identificar información pertinente a áreas de ajuste y percepción del problema por parte del paciente. Dentro de la información encontrada en el cuestionario de datos personales, la consultante refiere que prefiere distraerse en otras cosas como servicio social, el estudio o escuchando música. Menciona que es una persona que "tapa" sus problemas, que nos los da a conocer y es muy alegre a pesar de las dificultades.

También afirma que ha tenido periodos de tristeza profunda desde hace 2 años. Con respecto a su historia familiar califica la relación con su padre con un puntaje de 6 (en una escala de 1 a 10), lo cual evidencia dificultades en la relación que estableció. Con respecto a la relación con su madre, la califica con una puntuación de 9.

4. Cuestionario de frases incompletas

En el diligenciamiento de frases incompletas, en términos generales sus repuestas son muy superficiales eludiendo situaciones específicas. Entre las frases encontradas como relevantes, la consultante se percibe como una persona con dificultades para expresar sus sentimientos, manejando de esta manera un patrón de respuesta evitativo frente aquellas situaciones difíciles de afrontar para ella. Evita haciendo cosas como leer, bailar, por lo que tiende a inhibir su respuesta emocional y aislarse de los demás. Por otra parte, en algunos apartados, refleja que sus principales preocupaciones se relacionan con el temor a la evaluación negativa, especialmente por parte de su mamá.

Como hipótesis se plantean dos trastornos: Trastorno de adaptación y Trastorno depresivo persistente (distimia) con características mixtas.

Se invalida la hipótesis del Trastorno de adaptación, porque ella presenta un estado de ánimo caracterizado por tristeza que viene de años atrás a la presentación del abuso sexual y con el cual se exacerbaron más los síntomas. El evento vital estresante que precipitó la actual sintomatología es el abuso sexual por parte de su padre, como un evento estresante previo está el nacimiento de su hermana pues presentaba síntomas de depresión y ansiedad, por un término de 6 meses.

Por reporte familiar se sabe que la niña fue muy dependiente en todas sus actividades hasta el momento en que nace su hermana, después de lo cual decremento estos repertorios, lo cual se ve reflejado en su bajo rendimiento académico y en el no cumplimiento adecuado de su rol en el hogar; su actitud se tornó distante y rebelde, con conductas agresivas. Debido a esto recibe asistencia psicológica a los 8 años, y también en situaciones en las que se percibe incapaz de responder.

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos de DSM-V de la APA (2013) del Trastorno depresivo persistente (distimia) con características mixtas, lo cual valida la hipótesis debido a que C.T. cumple con los criterios siguientes:

- a. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente según reportes dados por la mamá y la paciente, quienes mencionan que cada tercer día presenta un estado de ánimo caracterizado por la tristeza, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

- b. Presencia, durante la depresión de dos (o más) de los síntomas siguientes:
 - 1. Poco apetito o sobrealimentación.

2. Poca energía o fatiga.
 3. Baja autoestima.
 4. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 5. Sentimientos de desesperanza.
- c. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
 - d. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
 - e. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
 - f. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga o un medicamento) o a otra afección médica (por ejemplo: hipotiroidismo).
 - g. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

También se valida el motivo de consulta asociado a abuso sexual, a través de:

Entrevista clínica con C.T.:

Los actos sexuales abusivos por parte del padre hacia la menor inician hace 2 años, reiterándose en el mes de agosto en 2 ocasiones, se presentaron en horas de la mañana en el cuarto que compartían todos los miembros de la familia, cuando ni madre ni hermana menor se encontraban en casa.

Entrevista clínica con la mamá de C.T.:

En consulta, mamá de C.T. confirma la situación de abuso, ella se da cuenta de esta situación porque su esposo le confiesa su responsabilidad en estos hechos, reporta como antecedentes pertinentes a esta situación de abuso, que tanto ella como su esposo fueron víctimas de abuso sexual en su infancia; el perpetuador del abuso de ella fue el padre entre los 3 y 5 años de edad, el de su esposo fue un desconocido. En relación a la situación actual con C.T. considera que "todos debemos tener una segunda oportunidad", basada en la experiencia que tuvo en su familia de origen, respecto al padre, ya que después de descubierta la situación de abuso, este se aleja por un tiempo del hogar, luego vuelve y no hay reincidencia del abuso sexual.

Reporte Comisaría de Familia:

En los documentos que reposan en el expediente del caso en la comisaría, se encuentran:

- Relato de los hechos por de parte de amiga de C.T.: en este documento se describe la situación de abuso de acuerdo con la información otorgada por C.T. a esta persona al respecto, con fecha de 6 de agosto de 2008; este reporte coincide con la información otorgada en las entrevistas.
- Informe de profesional en psicología de Comisaría de Familia: en el informe se describe relato de C.T. respecto a los hechos presentados en cuatro ocasiones, C.T. relata sentimientos de asco, miedo y rabia hacia el abusador con quien llevaba una buena relación. Como conclusión del informe se "evidencian actos sexuales abusivos del padre hacia C.T", sentimientos de minusvalía, tristeza y ansiedad ante esta situación. Así mismo se sugiere brindar medida de protección a C.T. y su hermana. Este informe se realiza a los 6 días de agosto de 2008.
- Auto: la Comisaría de Familia de ese despacho, expide Auto de acuerdo con informe de psicología y a lo establecido por la ley, en el cual instaura Medida de Protección para C.T. y su hermana, con fecha de 6 agosto de 2008.
- Denuncio: como denunciante figura la mamá de C.T., en este documento se describen los hechos de abuso, específicamente los ocurridos en la fecha 5 agosto de 2008, menciona que tuvo conocimiento de estos hechos porque su esposo le llamo y relató lo sucedido, posteriormente corrobora esta información con su hija quien le confiesa que esto venía sucediendo hace 2 años. Se verifica cumplimiento de la Medida de Protección instaurada por ese despacho.
- Carta del padre de C.T.: en este escrito él reconoce su responsabilidad en los hechos y la importancia de que C.T. hubiese informado esta situación con relación a las consecuencias de no haberlo hecho, así como la posibilidad a futuro de reconstruir su núcleo familiar y la necesidad de ser perdonado por estos actos.



Instrucción

Una vez revisados estos contenidos invitamos a realizar la actividad de aprendizaje: control de lectura.

Análisis y conclusiones

Desde un análisis transdiagnóstico, como factores de predisposición se conoce que hubo una relación sobreprotectora por parte de los padres hacia C.T., ya que restringían de manera importante su capacidad de autonomía e independencia, lo cual influye en el desarrollo de habilidades de control de su ambiente; su hogar se caracteriza por condiciones socioeconómicas asociadas a la pobreza, condiciones de hacinamiento, los padres presentan historia de ser víctimas de abuso sexual, la mamá de C.T. tiene historia de rasgos depresivos, modelando inhibición en expresión emocional y afectivo. Se consideran varios elementos en la historia de C.T. para justificar el Trastorno distímico:

- La paciente durante sus primeros años, siendo hija única, recibió una educación restrictiva de parte de sus padres lo cual le impidió adquirir habilidades de control respecto de su ambiente (modelamiento).
- Posteriormente al enfrentarse a situaciones de exigencia, sus respuestas fueron inferiores a lo esperado, lo cual la llevó a generar una percepción de sí misma enmarcada en la incompetencia, todo lo cual acrecentó su inseguridad y afectó su estado de ánimo, haciendo de ella una niña con conductas de tristeza e irritabilidad.
- Adicionalmente la mamá le modeló desde los primeros años patrones de conducta inadecuados en términos de solución de problemas para el afrontamiento de situaciones conflictivas.
- En el marco del abuso sexual se identifica que la estrecha relación padre e hija impide a C.T. reaccionar ante los hechos de abuso sexual de su padre, por otro lado, la necesidad de restituir el papel de preferencia que manejaba antes del nacimiento de su hermana.
- Esta ambivalencia en la relación facilita que desde un primer momento C.T. no haga público este hecho y perpetúe la pauta de abuso a través de condicionamiento operante por reforzamiento negativo dado que la evitación de sentimientos y pensamientos relacionados a la situación problema, fue contingente con otras actividades que le permitían escapar de la misma y eliminar un aversivo que en este caso se relacionaba con emociones y pensamientos negativos.
- Otro hecho que favoreció la persistencia de estas conductas abusivas se relaciona con los sentimientos de culpabilidad que contribuyen a su silencio, debido a las posibles consecuencias de desintegración de su hogar.
- Como factores de predisposición para este evento se identifican: padre y madre con historia de abuso sexual en la infancia, condiciones de hacinamiento e inestabilidad afectiva y emocional especialmente con su padre.

En términos de antecedentes de conducta se identifican situaciones de interacción con miembros de la familia, temor a juzgamiento, caracterizados por acontecimientos que representan dificultades en relación con cada uno de ellos, que le generan sentimientos de desaprobación, tristeza, ira y evitación activa de los mismos.

Los factores que mantienen esta conducta de evitación son:

1. Dificultades en expresión emocional: no expresión de emociones como la tristeza y el enojo, así como la evitación activa de esta con actividades distractoras como ver televisión, jugar en el computador, escuchar música o leer.
2. Déficit en asertividad: lo cual no le permite enfrentarse adecuadamente a situaciones de estrés, ya que percibe y se evidencia que sus repertorios conductuales son poco eficaces, frente a las situaciones de interacción social, por lo cual termina adoptando un patrón de respuesta inhibitoria y retraída, que fortalece sus creencias de minusvalía e incapacidad para relacionarse con los demás, que a su vez mantiene un déficit en expresión de sentimientos.
3. Procesamiento inadecuado de la información: en términos de interpretación de la información, presencia de pensamientos automáticos relacionados con lectura del pensamiento, razonamiento emocional, personalización y abstracción selectiva.



Ejemplo

Pensamientos como: "si me siento mal es mejor no contarles a mis papas porque sería un desastre, yo debería sentirme bien y no separar a mi familia, si mi mamá se entera me va a culpar a mí, todo lo malo que ocurre en esta casa es por mi culpa".

Dentro del tratamiento planteado se realiza psicoeducación sobre duelo y abuso sexual de manera que este conocimiento le permita a C.T. tener conciencia de sus dificultades y generar alternativas de prevención de posibles abusos sexuales. A través de ejercicios de visualización, registros de pensamiento-emoción, entrenamiento en habilidades sociales que le permitan interactuar con su entorno de una manera más efectiva, análisis de situaciones problema, reestructuración cognitiva se favorece la expresión emocional y generación de pensamientos alternativos que le permitan una mejor adaptación a las diferentes situaciones a las cuales se enfrenta, que presente una reatribución del abuso más real en términos de culpabilidad, es decir, que evalúe la situación en términos de la inequidad de poder que había en la relación y en su desconocimiento del impacto que podía tener esta situación y facilitar una mayor aceptación de las pérdidas afectivas.



Instrucción

Para finalizar invitamos a realizar la actividad de evaluación wiki: trastornos mentales y revisión de literatura científica.

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, Estados Unidos: APA.
- Gómez, C. (2005). Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 338-339.
- Hurtado, H., et ál. (2011). Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 59-71.
- Londoño, C., y González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 330-344.
- Mantilla, L., et ál. (2003). *Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga*. Cali, Colombia: Congreso colombiano de Psiquiatría.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015.). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
- OMS (2003). *Meeting on caring for children and adolescent with mental disorders: Setting WHO Directions*. Ginebra, Suiza: WHO.
- PAHO (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Posada, J., Aguilar, S., Magaña, C., y Gómez, L. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 241-262.
- Rodríguez, J., Kohn, R., y Aguilar, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., y Torres, S. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 506-514.
- Vinaccia, S., et ál. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "child depression inventory" -CDI-. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 217-227.



www.usanmarcos.ac.cr

San José, Costa Rica