

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y ESTRESORES PSICOSOCIALES EN USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA EN PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, MEDELLÍN – COLOMBIA¹

Prevalence of Mental Disorders and Psycho-social Tensors in Outpatients in Psychology at Saint Bonaventure University, Medellin – Colombia

Recibido: 10 de marzo de 2010 – Revisado: abril de 2010 – Aceptado: junio de 2010

Por: **Carlos A. Marín², Nora H. Londoño³,
Fernando Juárez⁴, Fredy Giraldo⁵,
Verónica Ramírez⁶,**

RESUMEN

El objetivo del estudio fue establecer la prevalencia de los trastornos mentales y los estresores psicosociales asociados en usuarios de consulta externa de psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín - Colombia. Participaron 106 usuarios (35.8% hombres y 64% mujeres), con una edad media de 26.8 años, a los cuales se les aplicó la entrevista internacional neuropsiquiátrica (Scheehan y Lecrubier, 1998) y el formato de evaluación del Eje IV del DSM-IV-TR (APA, 2002). Los trastornos de mayor prevalencia fueron riesgo de suicidio (28.30%), depresión mayor pasada

(26.41%), depresión mayor actual (20.75%), depresión con melancolía (15.10%), trastornos por uso de sustancias no alcohólicas (15.09%), trastorno por angustia (14.15%), ansiedad generalizada (13.20%), hipomanía pasada (12.26%), fobia social (10.37%), y abuso y dependencia al alcohol (10.37%). Los estresores psicosociales asociados fueron los problemas relativos al grupo primario (47.8%), al ambiente social (39.1%), y problemas relacionados con la enseñanza (13%).

Palabras clave: trastornos mentales, salud mental, factores psicosociales, prevalencia, estrés.

¹Este reporte investigativo es un producto del estudio sobre Caracterización psicológica de los usuarios de consulta externa de psicología en diferentes universidades de Colombia, apoyado por la Red de Investigaciones en Psicología de ASCOFAPSI

²Correspondencia: Carlos Alberto Marín Monsalve, Psicólogo de Bienestar Institucional, Universidad de San Buenaventura, Cra. 56C No. 51-90, Medellín, Colombia

³ Universidad de San Buenaventura, Medellín - Colombia nora.londono@usbmed.edu.co Magister en Psicología, Candidata a Doctora en Psicología

⁴ Universidad del Rosario, Bogotá - Colombia. fernando_juarez2@yahoo.com

⁵ Magister en psicología Universidad de San Buenaventura

⁶ Universidad de San Buenaventura Medellín Colombia. Joven Investigadora. Estudiante de Psicología.

ABSTRACT

The objective of this study was to strengthen the prevalence of mental disorders and psycho-social tensors in outpatients in psychology at Saint Bonaventure University, Medellín - Colombia. In the study, 106 users took part in it (35.8% men and 64% women) with an average age of 26.8 years, who were given the neuropsychiatric international interview (Scheehan and Lecrubier, 1998) and the assessment format of the Axis IV of the DSM-IV-TR (APA, 2002). The disorders of major prevalence were risk of suicide (28.30%), past major

depression (26.41%) and current major depression (20.75%), depression with melancholy (15.10%), disorders due to the use of non-alcoholic substances (15.09%), anguish disorder (14.15%), generalized anxiety (13.20%), past hypomania (12.26%), social phobia (10.37%), and abuse and dependence of alcohol (10.37%). The related psycho-social tensors were the issues referring to the primary group (47.8%), the social ambiance (39.1%) and teaching-related problems (13%).

Key Word: mental disorders, mental health, psycho-social factors, prevalence and stress

Introducción

En el artículo “Salud mental para todos en América Latina y el Caribe”, Levav, Lima, Somoza-Lennon, Kramer y González (1989) plantean que los principales problemas de salud que requieren atención en América Latina y el Caribe están relacionados con la intervención en personas afectadas por trastornos mentales. Esta situación se ha hecho evidente en las dos últimas décadas, a partir del incremento en la tasa de enfermedades psiquiátricas y neurológicas relacionadas con los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) observados en estas áreas geográficas (Murray y López, 1996).

Las cifras obtenidas del sitio web del proyecto “Carga Mundial de Morbilidad” de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), demuestran que dichas enfermedades han ascendido a más del doble entre los años 1990 y 2002, tendiendo, las enfermedades mentales, a aparecer en edades más tempranas en relación a otras enfermedades crónicas, lo cual en parte da cuenta del alto índice de discapacidad aportado por éstas afecciones (World Health Organization [WHO] - International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2000). En América Latina y el Caribe, esta carga va en aumento, lo que podría estar relacionado con el desplazamiento de las enfermedades de transmisión por las enfermedades crónicas y a un cambio en la población que, según proyecciones del Banco Mundial, entre 2000 y 2015 aumentará en un 28%, de 508 a 622 millones de personas (World Bank, 2002), estando la población de entre los 15 y 49 años de edad, en un mayor riesgo de sufrir aquellos trastornos mentales que normalmente aparecen durante la edad adulta, cifra que aumentará en 22% (Pan American Health Organization, 2002).

Para hacer frente al aumento progresivo de las enfermedades mentales en América Latina y el Caribe es muy importante comprender su prevalencia y tener presente que existen personas que tienen algún tipo de afección y no reciben atención en salud, debido a diversas causas. En este

sentido, se han publicado diferentes estudios epidemiológicos de corte comunitario, especialmente a partir de la década de los años ochenta, sobre los trastornos psiquiátricos, que aportan cierta claridad sobre la magnitud y alcance de este incremento. En tales estudios, se calcularon las tasas de prevalencia de algunos trastornos mentales específicos en diversos países del continente americano, mediante instrumentos de entrevista estructurados o semiestructurados ligados a los criterios diagnósticos actuales. Entre ellos figuran la Exploración del Estado Actual (Present State Examination [PSE]) (Wing, Nixon y Mann, 1977), el Instrumento de Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule [DIS]) (Robins et al., 1981) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview [CIDI]) (Robins et al., 1988).

Continuando con esta línea de investigación, en un primer estudio de prevalencia llevado a cabo en América Latina y el Caribe se empleó el instrumento de Exploración del Estado Actual (Present State Examination - PSE) (Almeida- Filho, 1982; Aszkenazi y Casullo, 1984; Di Marco, 1982). De la misma manera, la llegada de criterios explícitos para el diagnóstico de las enfermedades mentales, tales como los pertenecientes a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la salud (OMS, 1994), publicada en español por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1995) y al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), tales como el DSM III (APA, 1980), DSM III-R (APA, 1987), DSM IV (APA, 1994) y DSM IV-TR (APA, 2002), han permitido mejorar la fiabilidad y validez de los diagnósticos psiquiátricos. A manera de ejemplo, se resalta que en los estudios epidemiológicos realizados en Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Puerto Rico, se establecieron tasas de prevalencia basadas en dichos sistemas de diagnóstico antes citados (Almeida-Filho et al., 1992; Rioseco et al., 1994).

La Asociación Psiquiátrica Americana (2002) reporta una prevalencia para la depresión del 10 al 25% para las mujeres y del 5 al 12% para los hombres. Un 14.9% de la población femenina. En Colombia ha sufrido a lo largo de la vida algún episodio depresivo mayor, mientras que el 8.6% de la población masculina ha presentado algún episodio depresivo mayor (Ministerio de la Protección Social, 2003). El 5% y el 9% de la población femenina en Colombia han presentado un trastorno depresivo mayor, y entre el 2% y el 3% de la población masculina ha presentado a lo largo de su vida un trastorno depresivo mayor (Torres y Montoya, 1997).

En el segundo estudio de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, realizado en Colombia por Torres y Montoya (1997) con una muestra de 15.048 participantes, mayores de 12 años, reportó que la prevalencia de trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida es del 20.7% para las mujeres y del 18.3% para los hombres. Así mismo se reporta que, entre los 16 y 19 años, se encuentra una prevalencia del 20.1%; este dato es relevante cuando se tiene en cuenta que ésta etapa concuerda con el período de la adolescencia, donde se toman decisiones

importantes para la vida y se dan grandes transformaciones a nivel físico y psicológico en el ser (Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneier, 1995).

Para el trastorno distímico la prevalencia de vida (con o sin un trastorno depresivo mayor superpuesto) es aproximadamente del 6%. La prevalencia del trastorno distímico es aproximadamente del 3% (APA, 2002); igualmente en el estudio de salud mental en Colombia, llevado a cabo por el Ministerio de Salud, se muestra una prevalencia para este trastorno del .7% en mujeres y del .6 % en hombres (Ministerio de la Protección Social, 2003).

Con respecto a los trastornos de ansiedad la APA (2002) reportó que entre un 3% y un 5% de la población general ha presentado a lo largo de la vida un trastorno de ansiedad. En Colombia, el Estudio de Salud Mental del año 2003, reportó que el 19.3% de la población ha presentado a lo largo de la vida un trastorno de ansiedad, siendo el 1.4% población femenina y el 2.8% población masculina; Torres y Montoya (1997) reportaron una prevalencia de vida del 3.5% para mujeres y del 2.6% para los hombres, en la población colombiana.

Es importante tomar en consideración que la APA (2002) reporta que la ansiedad generalizada en población clínica puede aumentar hasta en un 25%. Los trastornos de angustia (con o sin agorafobia), pueden llegar a ser del 3.5% a lo largo de la vida, aunque la prevalencia del trastorno en la población clínica es del 10% en individuos derivados de una consulta de salud mental (APA, 2002). Según Torres y Montoya (1997) en la población colombiana se ha reportado una prevalencia de 0.3% en hombres y 0.2% en mujeres, y en el estudio de salud mental se encontró una prevalencia para este mismo trastorno de 0.6% en hombres y 1.7% en mujeres (Ministerio de la Protección Social, 2003).

En cuanto al trastorno obsesivo compulsivo, se ha reportado una prevalencia del 3.9% en población femenina y del 3.3% en población masculina (Torres y Montoya, 1997). Así mismo, la APA (2002) reportó que para la población mundial la prevalencia de vida de este trastorno es del 2.5%. En cuanto a la ideación suicida el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia - 2003, reportó una prevalencia de vida del 12.5% en mujeres y de 12.1% en hombres (Ministerio de la Protección Social, 2003).

En el trastorno por estrés postraumático, la prevalencia en población adulta estadounidense es del 8%; en poblaciones de riesgo (es decir, grupos expuestos a acontecimientos traumáticos específicos), tienden a ser mayores los resultados, llegando a ser hasta del 50%; sin embargo no se tienen porcentajes específicos (APA, 2002). Por su parte el II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, del año 1997, reportó que la prevalencia de vida para este trastorno es del 1.9% en mujeres y del 6.8% en hombres (Torres y Montoya, 1997); mientras que en el Estudio de Salud Mental del 2003, se reportó que en Colombia la prevalencia de este trastorno es del 0.8% en hombres y del 2.5% en mujeres

(Ministerio de la Protección Social, 2003). Con respecto a la fobia social, la APA (2002) reportó una prevalencia global entre el 3 y el 13%. Por su parte, el estudio de salud mental de 2003 reportó que la prevalencia de vida de la población colombiana para este trastorno es del 5.1% para mujeres y del 5.1% para hombres (Ministerio de la Protección Social, 2003); donde se puede observar un incremento en la población colombiana, en comparación con la población mundial.

En cuanto al abuso de alcohol, en el II Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (Torres y Montoya, 1997) se reporta un prevalencia del 25.8% en hombres y del 7.8 % en mujeres. Por su parte, el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia del año 2003, habla de una prevalencia de vida del 1.6% en mujeres y de 13.2% en hombres (Ministerio de la Protección Social, 2003).

En cuanto a la agorafobia sin trastorno de angustia, el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia, reportó una prevalencia de vida del 3.3% en mujeres y de 1.5% hombres (Ministerio de la Protección Social, 2003).

Con respecto a la anorexia nerviosa el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia de 2003, no reportó porcentajes de prevalencia de vida en mujeres ni en hombres (Ministerio de la Protección Social, 2003). Para el trastorno de bulimia nerviosa dicho estudio reportó una prevalencia de vida de 0.5% en mujeres, sin prevalencia en hombres (Ministerio de la Protección Social, 2003).

Acorde con lo anterior, el propósito de esta investigación es la identificación de los problemas psicosociales y trastornos de mayor prevalencia, por los cuales los usuarios solicitan atención psicológica en los servicios de psicología de la Universidad de San Buenaventura de la Ciudad de Medellín. Estos datos permitirán la formulación de un modelo causal en psicopatología contextualizado a nuestro medio y a la Universidad de San Buenaventura – Medellín, con el objeto de proponer modelos de intervención en los diferentes niveles de prevención, para que los programas de atención orientados a la salud mental de su población objeto sean efectivos y validados.

MÉTODO

Muestra

En el estudio participaron 106 usuarios de consulta externa en psicología de la Universidad de San Buenaventura, en la ciudad de Medellín en Colombia (35.8% hombres y 64.2% mujeres). Los usuarios tenían una edad media de 26.8 años ($DE = 10$; rango 16 - 79 años). La distribución de los usuarios por servicios de atención fueron: Servicio Psicológico de Bienestar Institucional (50%), Consultorio Psicológico Popular (CPP) (32.4%) y el Centro de Investigación y Atención al Farmacodependiente (CIAF) (17.9%).

La tabla 1 presenta la distribución de la muestra, en la cual se puede apreciar un porcentaje elevado de estudiantes universitarios, solteros y del estrato socioeconómico medio.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de las variables demográficas en 106 usuarios atendidos en los Servicios de Salud de la Universidad de San Buenaventura, Medellín.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	BIENESTAR INSTITUCIONAL n=53		CPP n=34	CIAF n=19		
	Media: 23,53	DE: 6,09	Media: 31,82	DE: 15,51	Media: 26,68	DE: 6,5
Edad	Media: 23,53	DE: 6,09	Media: 31,82	DE: 15,51	Media: 26,68	DE: 6,5
Rangos de edad	n	%	n	%	n	%
16 – 20	24	45.3	12	35.3	3	15.8
21 – 25	17	32.1	2	5.9	7	36.8
26 – 30	4	7.6	5	14.7	4	21
31 – 35	3	5.7	2	5.9	2	10.5
36 – 40	3	5.7	8	23.5	3	15.8
41 +	2	3.8	5	14.7		
Sexo						
Hombre	20	37.7	12	35.3	6	31.6
Mujer	33	62.3	22	64.7	13	68.4
Estado civil						
Soltero	44	83	24	70.6	17	89.5
Casado	8	15.1	10	29.4	2	10.5
Separado	1	1.9				
Estrato Socioeconómico						
(Bajo) 1-2	14	26.4	15	44.2	4	21.1
(Medio) 3-4	32	60.4	14	41.1	12	63.2
(Alto) 5-6	7	13.2	5	14.7	3	15.7

Instrumentos

Entrevista estructurada internacional neuropsiquiátrica (International Neuropsychiatric Interview [MINI]; Scheehan et al, 1998): Este instrumento se utilizó para evaluar el estado de salud mental. La entrevista evalúa los siguientes trastornos: a) Episodio depresivo mayor: alteración del humor, con una descripción de episodios afectivos; b) Trastorno distímico: estado de ánimo crónicamente depresivo; c) Riesgo de suicidio: ha planeado como suicidarse o ha intentado suicidarse; d) Episodio (hipo) maníaco: estados de exaltación y euforia, o estados de irritabilidad; e) Trastorno de angustia: crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo; f) Agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación; g) Fobia social: Se caracteriza por un miedo persistente y acusado a situaciones sociales; h) Trastorno obsesivo-compulsivo: presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente; i) Estado por estrés postraumático: temor intenso, terror o impotencia y persistencia de los síntomas; j) Abuso y dependencia de alcohol: patrón de repetida auto-administración que a menudo lleva a la tolerancia; k) Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas: tolerancia e ingestión compulsiva; l) Trastornos psicóticos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado; m) Anorexia nerviosa: rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal; n) Bulimia nerviosa: atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso; y ñ) Trastorno de ansiedad generalizada: ansiedad y preocupación excesiva.

Lecrubier et al. (1997), plantean que en los estudios de validez y de confiabilidad realizados, entre calificadores y test-retest, se comprueba que el MINI tiene una validez y confiabilidad aceptablemente alta, y la sensibilidad y especificidad son muy buenos para todos los diagnósticos con la excepción del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ($Kappa = .36$), agorafobia (sensibilidad = 0.59) y la bulimia ($kappa = 0.53$).

Formato de evaluación del Eje IV del DSM-IV-TR (APA, 2002). Este formato se utilizó para evaluar los problemas psicosociales y ambientales. Evalúa los siguientes estresores: a) Problemas relativos al grupo primario de apoyo: fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos, nacimiento de un hermano; b) Problemas relativos al ambiente social: fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación); c) Problemas relativos a la enseñanza: analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado; d) Problemas laborales: desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante,

condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflicto con el jefe o los compañeros de trabajo; e) Problemas de vivienda: falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindario insaludable, conflictos de vecinos o propietarios; f) Problemas económicos: pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes; g) Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado; h) Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen: arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal; e i) Otros problemas psicosociales y ambientales: exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

Procedimiento

Se realizó el entrenamiento sobre la utilización y calificación de los instrumentos a los psicólogos profesionales y practicantes que atendían en los Servicios de psicología, y se realizaron prácticas para garantizar la validez del procedimiento. Cuando los consultantes solicitaron el Servicio, éstos eran atendidos y al finalizar la primera cita se les invitaba a participar en la investigación. Para la segunda cita programada, con quienes aceptaron voluntariamente y firmaron el consentimiento informado se procedió a realizar la entrevista psiquiátrica y el formato de estresores. La entrevista fue realizada de manera individual por la misma persona con quien se había iniciado el proceso terapéutico.

Los lugares de atención fueron los consultorios del Servicio Psicológico de Bienestar Institucional, los del Consultorio psicológico popular (CPP) y los del Centro interdisciplinario de atención al farmacodependiente (CIAF). El tiempo de aplicación de los instrumentos fue de 30 minutos aproximadamente para cada participante.

Posterior a esto, los investigadores recibieron las hojas de respuestas, archivaron los formatos y procesaron la información en una base de datos para su posterior análisis.

RESULTADOS

Para la muestra evaluada de 106 usuarios que participaron en el estudio, los trastornos de mayor prevalencia fueron la depresión mayor pasada (26.4%), depresión mayor actual (20.8%), depresión con melancolía (15.1%), trastornos por uso de sustancias no alcohólicas (15.1%), el trastorno por angustia (14.2%), el trastorno de ansiedad generalizada (13.2%), hipomanía pasada (12.3%), fobia social (10.4%), y abuso y dependencia al alcohol (10.4%). Estos datos se muestran en la Tabla 2, junto con el lugar de atención y el sexo de los participantes. Tal como se observa en la tabla, es relevante señalar que en la muestra total el

riesgo suicida se encontró con una prevalencia del 28.3%, siendo mayor en Bienestar Institucional con el 16%, en segundo lugar en el CPP con el 7.5% y por último en el CIAF con el .94%.

Tabla 2. Estado de salud mental de 106 usuarios de consulta externa en psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín (Colombia).

TRASTORNO	BIENESTAR INSTITUCIONAL				CPP				CIAF				TOTAL	
	Mujeres n= 33		Hombres n= 20		Mujeres n= 22		Hombres n= 12		Mujeres n= 13		Hombres n= 6		N = 106	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión mayor actual	3	9.1	6	30	6	27.3	3	25	1	7.7	3	50	22	20.8
Depresión mayor pasada	5	15.2	2	10	5	22.7					2	33.3	28	26.4
Depresión con melancolía	3	9.1	6	30	4	18.2					3	50	16	15.1
Distimia	2	6.1	1	5	3	13.6	2	16.7	1	7.7	3	50	8	7.5
Riesgo suicidio	13	39.4	4	20	5	22.7	3	25	1	7.7			30	28.3
Hipomanía actual			3	15	3	13.6			1	7.7	2	33.3	6	5.6
Hipomanía pasada	4	12.1	4	20	2	9.1					2	33.3	13	12.3
Manía actual			1	5	3	13.6					2	33.3	4	3.7
Manía pasada	3	9.1	1	5	2	9.1			1	7.7	1	16.7	6	5.6
Trastorno de angustia	4	12.1	4	20	4	18.2	1	8.3			1	16.7	15	14.2
Agorafobia	2	6.1	2	10	1	4.5			1	7.7	1	16.7	7	6.6
Fobia social	3	9.1	4	20	1	4.5	1	8.3	1	7.7	2	33.3	11	10.4
Trastorno obsesivo-compulsivo	2	6.1	3	15			1	8.3	1	7.7	1	16.7	7	6.6
Trastorno de estrés postraumático											1	16.7	1	.9
Abuso y dependencia de alcohol	4	12.1	1	5	1	4.5			1	7.7	1	16.7	11	10.4
Trastornos asociados al uso de sustancias no alcohólicas	1	3.0	5	25			4	33.3			1	16.7	16	15.1
Trastorno psicótico actual	1	3.0			1	4.5	6	50	1	7.7	3	50.0	1	.94
Trastorno psicótico alguna vez en la vida	1	3.0			1	4.5					2	33.3	1	.94
Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos actual	2	6.1			5	22.7					3	50.0	2	1.9
Anorexia														
Bulimia nerviosa			1	5	6	27.3	3	25	2	15.4	2	33.3	4	3.8
Trastorno de ansiedad generalizada	5	15.2	2	10	5	22.7			1	7.7			14	13.2
Trastorno antisocial de la personalidad alguna vez en la vida			1	5	4	18.2			1	7.7	2	33.3	3	2.8

Los trastornos de mayor prevalencia encontrados en el Servicio Psicológico Bienestar Institucional fueron el trastorno de angustia, con una prevalencia total del 15.1% (12.1% en mujeres y 20% en hombres), el episodio depresivo mayor actual con una prevalencia total del 17% (9.1% en mujeres y 30% en hombres), el episodio depresivo con melancolía con una prevalencia total del 17% (9.1% en mujeres y 30% en hombres), la hipomanía pasada con una prevalencia total del 15.1% (12.1% en mujeres y 20% en hombres), el trastorno de ansiedad generalizada con una prevalencia total del 13.2% (15.2% en mujeres y 10% en hombres) y el episodio depresivo mayor pasada, con una prevalencia total del 13.2% (15.2% en mujeres y 10% en hombres).

Los trastornos de mayor prevalencia encontrados en el Consultorio Psicológico Popular CPP fueron el episodio depresivo mayor actual con una prevalencia total del 26.5% (27.3% en mujeres y 25% en hombres), el trastorno psicótico actual con una prevalencia total del 20.6% (4.5% en mujeres y 50% en hombres), el episodio depresivo mayor pasado con una prevalencia total del 14.7% (22.7% en mujeres y 0% en hombres), el trastorno por angustia con una prevalencia total del 14.7% (18.2% en mujeres y 8.3% en hombres) y el trastorno de ansiedad generalizada con una prevalencia total del 14.7% (22.7% en mujeres y 0% en hombres).

Los trastornos de mayor prevalencia encontrados en el servicio CIAF fueron el episodio depresivo mayor actual, con una prevalencia total del 21.1% (7.7% en mujeres y 50% en hombres), distimia, con una prevalencia total del 21.1% (7.7% en mujeres y 50% en hombres), el trastorno psicótico actual, con una prevalencia total del 21.1% (7.7% en mujeres y 50% en hombres), el episodio depresivo con melancolía, con una prevalencia total del 15.8% (0% en mujeres y 50% en hombres); hipomanía actual, con una prevalencia total del 15.8% (7.7% en mujeres y 33.3% en hombres), el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos actual, con una prevalencia total del 15.8% (0% en mujeres y 50% en hombres), la fobia social, con una prevalencia total del 15.8% (7.7% en mujeres y 33.3% en hombres) y la bulimia nerviosa con una prevalencia total del 21.05% (15.4% en mujeres y 33.3% en hombres).

Las Tablas 3, 4 y 5, presentan los resultados relacionados con los estresores psicosociales distribuidos por sexo y el total, para cada centro de atención. Los más representativos son: a) los problemas relativos al grupo primario (con las siguientes prevalencias: en Bienestar Institucional el 47.8%, en el CPP el 40% y en el CIAF el 28.6%), y b) los problemas relativos al ambiente social (en Bienestar Institucional con el 39.1%, en el CPP con el 30% y en el CIAF el 50%). Los problemas relacionados con la enseñanza se presentaron con un 13% en Bienestar Institucional.

Tabla 3. Estresores psicosociales y medioambientales de usuarios de consulta externa en psicología de Bienestar Institucional de la Universidad de San Buenaventura. Medellín.

TRASTORNO	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Problemas relativos al grupo primario	8	47.1	3	50	11	47.8
Problemas relativos al ambiente social	6	35.3	3	50	9	39.1
Problemas relacionados con la enseñanza	2	11.8	1	16.7	3	13
Problemas de vivienda	1	5.9	-	-	1	4.3

Tabla 4. Estresores psicosociales y medioambientales de usuarios de consulta externa de psicología del CPP de la Universidad de San Buenaventura, Medellín.

TRASTORNO	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Problemas relativos al grupo primario	5	38.5	3	42.9	8	40
Problemas relativos al ambiente social	4	30.8	2	28.6	6	30
Problemas relacionados con la enseñanza	2	-	1	14.3	1	5
Problemas de vivienda	1	5.9	-	-	1	4.3

Tabla 5. Estresores psicosociales y medioambientales de usuarios de consulta externa de psicología del CIAF de la Universidad de San Buenaventura, Medellín.

TRASTORNO	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Problemas relativos al grupo primario	2	22.2	2	40	4	28.6
Problemas relativos al ambiente social	4	44.4	3	60	7	50
Problemas relacionados con la enseñanza	2	20	-	-	2	13.3
Problemas de vivienda	1	10	-	-	1	6.7

DISCUSIÓN

De acuerdo con el propósito de la investigación de aportar con los datos de prevalencia de los trastornos mentales y los estresores psicosociales, se confirmó que establecer las prevalencias de los trastornos mentales es una temática de gran relevancia para los servicios de consulta externa en psicología brindados por la Universidad de San Buenaventura, Medellín - Colombia, no sólo para dar cumplimiento a la normatividad vigente, sino también con el propósito de garantizar la calidad en el servicio de salud que se ofrece como un compromiso de la institución y de los profesionales de la salud mental.

Tal como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (2008), los trastornos depresivos son los de mayor prevalencia, entre ellos el episodio depresivo mayor, siendo el cuadro que afecta más a las mujeres. Nuestros resultados no son diferentes a los estudios realizados por el Ministerio de Protección Social (2003) y las prevalencias reportadas por la APA (2002), en este último caso están entre el 10 al 25% para las mujeres y de 5 al 12% para los hombres.

Yepes (2010), afirma que los trastornos depresivos son muy comunes en la consulta. Este dato además es similar al reportado por Torres, Osorio, López y Mejía (2007), quienes afirman que alrededor de un 15 al 20% de los adolescentes en los EEUU ha experimentado un episodio depresivo severo, y que en poblaciones clínicas, se calcula que en la consulta externa se tiene una prevalencia del 30% de trastornos depresivos.

Es relevante señalar que en la muestra total el riesgo suicida se encontró con una prevalencia de 28.3%, siendo mayor en Bienestar Institucional con el 32.1%, en segundo lugar en el CPP con 23.5% y por último en el CIAF con 5.3%.

Se han encontrado en otras investigaciones resultados semejantes a los planteados. Cheung y Dewa (2007), por ejemplo, señalan que, entre los adolescentes de 15 a 18 años con depresión, el 40% no había utilizado ningún servicio de salud mental; mientras que en adolescentes con intento suicida un 50% tampoco lo habían hecho. En jóvenes entre los 19 y 24 años con depresión, el 42% no había utilizado ningún servicio de salud mental y, con intento suicida, un 48% tampoco lo habían hecho. Tomando como referencia esta investigación podríamos decir que la muestra estudiada presenta síntomas depresivos y alto riesgo suicida.

Igualmente, la prevalencia de los trastornos asociados al uso de sustancias no alcohólicas es significativa (15.1%), así como los asociados al consumo de alcohol (10.4%). La intoxicación, dependencia o cuadros de derivación por alcohol u otras sustancias, además de sus complicaciones médicas propias, dificultan la permanencia en el tratamiento psicológico. Así,

por la magnitud y consecuencias, el reconocimiento y adecuado control de los trastornos mentales en la población objeto adquiere importancia psicológica clínica relevante.

Los resultados arrojados están en concordancia con lo afirmado por Fletcher y Bryden (2007) y llevan a considerar que la psicología clínica ha desarrollado tratamientos eficaces para la depresión mayor, lo cual conduce a tomar conciencia de la importancia que tienen los servicios de Bienestar Institucional, CPP y CIAF como promotores de la salud. Por lo cual es necesario realizar acciones con las cuales se fomenten estilos de vida saludables y establecer protocolos de atención psicológica y guías clínicas, para así realizar intervenciones eficaces que disminuyan el malestar personal y la desesperanza relacionada con el riesgo suicida, sin dejar de reconocer que la conducta suicida es un acto multideterminado, donde intervienen variables sociodemográficas, de desarrollo y rasgos de personalidad (Butcher et al., 2007).

Éstos resultados indican la importancia que tiene el acompañamiento psicológico como servicio de salud ofrecido por la Universidad de San Buenaventura, ya que puede ser la opción más cercana para la comunidad universitaria y del sector. Además, porque algunos de estos cuadros no remiten espontáneamente, por lo que un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz son necesarios para reducir los costos y mejorar la vida de estos pacientes (Wei y Ross, 2004). Igualmente, se evidencia la importancia de establecer programas de intervención para los trastornos emocionales y de ansiedad, los cuales se encuentra que son los más prevalentes en esta población, dato que es similar al reportado en las investigaciones de salud mental en la población general (Robins y Reiger, 1991; Torres y Montoya, 1997).

Dentro de las limitaciones de este estudio, debe tenerse en cuenta que éste se llevó a cabo con una muestra pequeña, por lo que sus resultados deben ser replicados en futuras investigaciones con muestras más amplias, con el fin de poder corroborar los datos reportados aquí. Igualmente sería importante realizar análisis con población de otras universidades, de tal forma que se puedan analizar las realidades particulares de cada institución, adicional a un análisis global acerca de la salud mental de los jóvenes que consultan actualmente en los servicios psicológicos de las distintas universidades.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación señalan como los trastornos de mayor prevalencia fueron los trastornos depresivos, los trastornos asociados al uso de sustancias no alcohólicas y el alcohol, el trastorno por angustia y el trastorno de ansiedad generalizada; trastornos que tienen igualmente una prevalencia alta en la población general según lo reportado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002). En este sentido, los índices de prevalencia obtenidos a

partir de esta investigación son comparables con los de otras investigaciones en el ámbito clínico.

En cuanto a las líneas de acción, los resultados de esta investigación indican la necesidad de establecer protocolos de intervención que permitan un abordaje técnico para los trastornos mentales más frecuentes, dirigidos a los usuarios de los servicios de psicología, que conduzcan a un tratamiento oportuno de las problemáticas consultadas y a un manejo eficaz de las consultas realizadas y que posibiliten la disminución de las consecuencias a largo plazo que estas alteraciones pueden tener en la vida de las personas. Además, se hace necesaria la planeación y ejecución de programas y acciones a partir de las cuales se fomente la asunción de estilos de vida saludables, como factores protectores dentro de las actividades de promoción y prevención en salud.

Por su parte, se encontró una alta prevalencia en los problemas relativos al grupo primario, lo que evidencia como las dificultades familiares pueden ser un factor asociado y predisponente para el desarrollo de síntomas emocionales, así como la alteración del estado de ánimo puede producir dificultades interpersonales con las personas más cercanas.

Al ser los problemas relativos al grupo primario y al ambiente social los estresores psicosociales identificados como mas frecuentes entre los usuarios participantes, se hace necesario profundizar en el trabajo relacionado con habilidades sociales, con el fin de propender por la mejoría de las relaciones a nivel familiar, personal, social y en el manejo del estrés académico, como medios de orientación e intervención con esta población específica.

Referencias Bibliográficas

- Almeida-Filho, N. (1982). Prevalence of mental disorders in childhood in an urban region of Salvador – Bahia. *Jornal Brasileiro do Psiquiatria*, 31(4), 225-236.
- Almeida-Filho, N., Mari, J.J., Coutinho, E., França, J.F., Fernández, J.G., Andreoli, S.B. et al. (1992). Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL / Associação Brasileira de Psiquiatria*, 14, 93–104.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3° Ed.). Washington, D.C., USA: Autor.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3° Ed., revisada). Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4° Ed.). Washington, D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV TR*. Barcelona, España: Massón.
- Aszkenazi, M. y Casullo, M.M. (1984). Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 30, 11–20.
- Butcher, J, Mineka, S. y Hooley, J. (2007). *Psicología Clínica*. (12° Ed.). Madrid, España: Pearson Educación S.A.
- Cheung, A. y Dewa, C. (2007). Mental Health Service Use Among Adolescents and Young Adults With Major Depressive Disorder and Suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 228–232.
- Di Marco, G. (1982). Prevalencia de desórdenes mentales en el área metropolitana de la República Argentina. *Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 28, 93–102.
- Fletcher, P. y Bryden, P. (2007). Health issues and service utilization of university students: experiences, practices y perceptions of students, staff and faculty. *College Student Journal*, 41, 482–493.

Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. y Schneier, F.R. (1995). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York, USA: Guilford Press.

Lecubrier Y., Shehan D., Weiller E., Amorim P., Bonora Ll., Shehan K., Janavs J. y Dunbar G. (1997). The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224-231.

Levav, I., Lima, B.R., Somoza-Lennon, M., Kramer, M. y González, R. (1989). Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 107, 196–219.

Ministerio de la Protección Social (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia* Recuperado el 24 de Octubre de 2008, de

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/newsdetail.asp?ID=14822yIDcompany=3>

Murray, C.J.L. y Lopez, A.D. (Eds.) (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial.

Organización Mundial de la Salud (2008). *WHO urges more investments, services for mental health*. Recuperado el 5 julio, de http://www.who.int/mental_health/en/PREVALENCIA_DE_TRASTORNOS_MENTALES_EN_ESTUDIANTES_29

Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión*. Washington, D.C.: Autor.

Pan American Health Organization. (2002). *Health in the Americas*. Washington, D.C.USA: Autor.

Rioseco, P., Escobar, B., Vicente, B., Vielma, M., Saldivia, S., Cruzat, M. et al. (1994). Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Santiago. *Revista Médica de Chile, Psiquiatría*, 11, 186–93.

Robins, C. y Regier, D. (1991). *Psychiatric Disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. New York, USA: The Free Press.

- Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U, Helzer, J.E., Babor, T.F., Burke, J. et al. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069–1077.
- Scheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. y Geoffrey, C. (1998). *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10*. *Journal Clinical Psychiatry*, 59(20), 22 – 33.
- Torres, Y. y Montoya, I. (1997). *Segundo Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud
- Torres, Y., Osorio, J. J., López, P. L. y Mejía, R. (2007). *Salud mental del Adolescente. Medellín 2006*. Medellín, Colombia: Artes y Letras.
- Wei, Z. y Ross, J. (2004). Social anxiety disorder incallers to the Anxiety Disorders Association of America. *Depression y Anxiety*, 20, 101–106.
- World Health Organization - International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ*, 78, 413–425.
- Wing, J.H., Nixon, J., Mann, S.A. y Leff, J.P. (1977). Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population survey. *Journal Psychological Medicine*, 7, 505–516.
- World Bank. (2002). *New development indicators 2002*. New York, USA: Autor.
- *Yepes, L.E. (2010). Trastornos depresivos. En R.J. Toro y L.E. Yepes, *Fundamentos de Medicina Psiquiatría*. (5ª Ed.) (pp. 168-188). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.

