

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN
POBLACIÓN CLÍNICA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN
PSICOLÓGICA

AN EPIDEMIOLOGIC STUDY ON MENTAL HEALTH WITHIN CLINICAL PATIENTS
FROM A PSYCHOLOGICAL CENTER

DIANA OBANDO POSADA¹, JOHANNA ROMERO PORRAS, ÁNGELA TRUJILLO CANO, MANUEL PRADA MATEUS
UNIVERSIDAD DE LA SABANA, CHÍA - COLOMBIA

FECHA RECEPCIÓN: 1/3/2016 • FECHA ACEPTACIÓN: 24/10/2016

Para citar este artículo: Obando-Posada, D., Romero-Porras, J., Trujillo-Cano, A., & Prada-Mateus, M. (2017). Estudio epidemiológico de salud mental en población clínica de un centro de atención psicológica. *Psychologia*, 11(1), 85-96.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo la descripción de variables sociodemográficas, del tratamiento, principales categorías diagnósticas y prevalencia de trastornos mentales de la población atendida en un centro de psicología. Se analizaron las historias clínicas de los 1699 consultantes atendidos entre los años 2012 y 2015, por medio de las estadísticas de atención mensual del Centro. Entre los resultados más significativos, se identifican coincidencias con los perfiles epidemiológicos a nivel mundial y nacional. Sin embargo, se identificaron diferencias al analizar la información de acuerdo con los grupos de edad de los consultantes. Las principales categorías diagnósticas de la población estuvieron relacionadas con problemas académicos y con el grupo primario de apoyo. Los trastornos de la conducta fueron los más prevalentes en niños y adolescentes, mientras que en adultos prevalecieron trastornos internalizantes. Se discute la relevancia de los resultados en el contexto clínico.

Palabras clave: Características demográficas; tipología psicodiagnóstica; finalización del tratamiento; deserción del tratamiento; prevalencia de trastornos mentales.

Abstract

The present study aims to describe the demographic characteristics, psychodiagnostic typologies, and mental disorders prevalence of the population in a Psychological Center. The clinical records of 1699 patients treated between years 2012 and 2015 were analyzed using the monthly statistical attention database. The results were similar to international and national epidemiological studies. The main psychodiagnostic categories were related to academic and primary support group issues. However, differences regarding psychodiagnostic categories analyzing the information by age group were identified. In children and adolescents' behavioral disorders were the most prevalent mental disease, whereas in adults were anxiety and mood disorders. The relevance of the results in the clinical setting is discussed.

Keywords: Demographic characteristics; psychodiagnostic typologies; treatment terminations; treatment dropouts and mental disorders.

1 Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana. diana.obando@unisabana.edu.co

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013), la salud mental se refiere a un estado de bienestar consciente que permite a la persona ser funcional, productiva, adaptable a las circunstancias y capaz de aportar a la comunidad. Además, esta es eje central en el bienestar y la calidad de vida del ser humano, por lo cual una alteración a este nivel conlleva a efectos y consecuencias altamente negativas. De esta forma, se hace evidente la relevancia de los estudios epidemiológicos en salud mental, los cuales permiten la identificación de factores de riesgo y protección asociados con las enfermedades, así como el planteamiento de estrategias de evaluación, intervención y prevención basadas en los hallazgos para aumentar la probabilidad de su eficacia (Barrera, Bautista, & Trujillo, 2012).

Al respecto, la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud & Protección Social, 2015), indica que en los últimos 12 meses un 4,7 % de los niños presentó un trastorno mental, siendo de mayor prevalencia los problemas de aprendizaje. En adolescentes se identificó que un 4,4 % presentó depresión y ansiedad, y en adultos con una prevalencia de trastornos de tipo afectivo (4 %). De forma similar, un estudio internacional acerca de la prevalencia de trastornos mentales indica que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en los adolescentes (32 %), seguidos de trastornos del estado de ánimo (14 %) (Merikangas, et al., 2010). En relación con variables sociodemográficas, otro estudio nacional (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005) identificó una mayor prevalencia de trastornos mentales en personas con escolaridad de primaria (41 %), viudas o separadas (45 %), y jubiladas o pensionadas (50 %).

Un estudio realizado en una de las principales ciudades de Colombia identificó que de cada 100 personas, 27 presentan uno o más trastornos mentales durante la vida. Frente a la prevalencia en los últimos 12 meses, los trastornos de ansiedad se presentaron con un 10 %, seguido de consumo de SPA con 5 %, y en tercer lugar trastornos del estado de ánimo con 5 % (Secretaría de Salud de Medellín, 2012). Otro estudio nacional, reunió datos provenientes de diferentes centros universitarios de atención en salud mental.

Entre los datos más relevantes se encuentra que el 63 % fueron mujeres, 83 % solteros y 70 % estudiantes; el 51 % presentó algún trastorno mental, siendo de mayor prevalencia en mujeres (Londoño et al., 2010), resultado similar al presentado por Díaz (2014). Otros estudios internacionales coinciden en que las mujeres son quienes más consultan los servicios psicológicos (Andrews, Issakidis, & Carter, 2001), principalmente por problemas de ansiedad (Cox, 2014).

Así mismo, la Red de Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica (ISUAP, 2007) recopiló datos de varios de los centros, donde encontraron que un 51 % de la muestra fueron mujeres, el rango de edad más representativo fue de 5 a 14 años, el 65 % solicitó el servicio por voluntad propia y el 48 % de la muestra buscaba proceso de intervención. En el estudio, los motivos de consulta más frecuentes fueron problemas de aprendizaje, problemas del comportamiento, síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, problemas de relación y problemas académicos.

De manera específica, algunos estudios nacionales han explorado los índices de deserción del proceso terapéutico, e indican que el perfil predominante de quienes abandonan los procesos es ser menor de edad, hombre, estudiante, de nivel socioeconómico 1 y 3, con educación primaria y secundaria incompleta y familia biparental. El porcentaje de abandono se encuentra entre el 23 % y el 88 %, y uno de los estudios indica que el 55 % de casos abandonan previo a culminar el proceso de evaluación (Moreno, Rozo, & Cantor, 2012; Rondón, Otálora, & Salamanca, 2009).

Los motivos de consulta más frecuentes relacionados con la deserción fueron: concepto psicológico, problemas de relación, problemas de comportamiento en la infancia y adolescencia, consumo de SPA y síntomas de ansiedad. Como variables asociadas, se encontraron la sensación de mejoría, la falta de necesidad de terapia, la solución del problema, la insatisfacción en la relación e intervención terapéutica, motivos laborales y académicos y falta de tiempo y dinero para el desplazamiento (Moreno et al., 2012; Rondón et al., 2009). En este sentido, Swift y Greenberg (2012) reportan en un estudio meta-analítico un promedio de abandono de los procesos psicológicos más bajo (19,7 %) y relacionan esta tasa

con el diagnóstico, la edad del consultante, el nivel de experiencia del terapeuta, el lugar de la intervención, entre otros.

De acuerdo con los datos previos, Hurtado et al. (2011), reconocen un aumento progresivo en la incidencia de alteraciones de la salud en la población general, siendo notable la necesidad de profundizar en la comprensión de las problemáticas de salud mental y los factores asociados, con el objetivo de desarrollar estrategias de prevención y mejorar los servicios psicológicos de acuerdo con las necesidades de la población. Así mismo, Barrera et al. (2012) indican que los estudios epidemiológicos contribuyen a la identificación de factores de vulnerabilidad de una población con el fin de determinar las necesidades de intervención. De forma coherente, el presente estudio tiene como objetivo describir las variables demográficas, las principales categorías diagnósticas según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (OMS, 1992), y variables del proceso psicoterapéutico de la población atendida.

Método

Tipo de estudio

De acuerdo con la profundidad del conocimiento de la presente investigación, esta se enmarca dentro de un estudio descriptivo, transversal analizando las variables en un rango de tiempo único (Gómez, 2006).

Participantes

Se realizó un análisis poblacional de 1699 historias clínicas de pacientes que asistieron a consulta entre los años 2012 y 2015 en el CSP, en el cual se atienden consultantes de los municipios de Chía, Cajicá y Bogotá principalmente. De acuerdo con los objetivos de la investigación, las condiciones sociodemográficas se describen posteriormente. Para la realización de este estudio, se contó con la autorización de los consultantes por medio del consentimiento informado.

Instrumentos

Para este estudio se utilizó el formato de estadísticas de atención mensual del CSP, el cual reúne información sociodemográfica, diagnósticos y datos respecto al

proceso psicoterapéutico de cada consultante: edad, sexo, estado civil, ocupación, grupos de edad (niño, adolescente y adulto), procedencia, nivel educativo, tipo de proceso psicoterapéutico (evaluación-intervención), diagnóstico principal, diagnóstico secundario, número total de sesiones, tipo de cierre realizado y tipo de deserción cuando aplique.

Procedimiento y análisis de datos

Para el análisis de la información obtenida por medio de las estadísticas de atención mensuales, se creó una base de datos con el programa SPSS Statistics versión 23, en la cual se codificaron las variables de estudio para ejecutar un análisis descriptivo de frecuencias y se generaron combinaciones de variables para obtener información más precisa acerca de la interacción de las mismas.

Resultados

La descripción de las variables sociodemográficas de los 1699 casos que se analizaron para la presente investigación, específicamente acerca del grupo de edad al que pertenecen, el sexo y el tipo de atención recibida en el centro, se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Porcentaje de consultantes de acuerdo con las variables sociodemográficas

Variables Sociodemográficas	Descripción	Porcentaje
Grupos de edad	Niños	39
	Adolescentes	34
	Adultos	27
Sexo	Hombres	54
	Mujeres	46
Tipo de atención	Voluntad propia	45
	Remisión colegio	24
	Remisión comisarías	17
Adultos	Solteros	44
	Casados	29
Estado civil	Unión libre	13

Esta tabla continúa en la siguiente página →

Variabes Sociodemográficas	Descripción	Porcentaje
Nivel educativo	Profesional	40
	Estudios técnicos	16
	Bachillerato	22
Ocupación	Empleados	37
	Estudiantes	24
	Trabajadores independientes	17

Se observan porcentajes similares de consultantes para los diferentes grupos de edad, donde la media fue de 19 años, con un mínimo de 2 años y un máximo de 82. Así mismo, los resultados en la tabla permiten observar que predominan los casos masculinos. De manera más específica se identificó que a medida que aumenta la edad disminuyen los casos de sexo masculino (niños 65 %, adolescentes 56 % y adultos 40 %) y aumentan los femeninos (niñas 35 %, adolescentes 44 % y mujeres adultas 60 %)

Teniendo en cuenta las variables terapéuticas analizadas, se identifica para el tipo de atención que el 24 % de los casos fueron con fines exclusivos de evaluación y el 76 % consistieron en procesos de intervención. El rango de sesiones varió entre 1 a 42, siendo el promedio de 4.5 sesiones por consultante en los casos de evaluación y 10 sesiones en los casos de intervención que se cerraron por cumplimiento del objetivo terapéutico.

Frente al motivo de cierre, los resultados permiten concluir que un 32 % de casos continuaban abiertos para el año 2016, el 27 % se cerraron por cumplimiento de objetivos, el 23 % desertaron del proceso y un 18 % se cerraron por mutuo acuerdo (finalización con el cumplimiento parcial de objetivos, pero debido a una limitante, no se puede terminar el proceso). Los motivos de deserción en la muestra se relacionaron con la limitación de contactar al consultante (34 %), dificultades con el horario de la atención (27 %) y dificultades económicas (13 %).

De manera específica, en relación con la frecuencia de las categorías diagnósticas de acuerdo con las variables sociodemográficas de los consultantes, se identificaron los tres diagnósticos clínicos más frecuentes en la población (tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de consultantes de acuerdo con el grupo de edad y los diagnósticos más frecuentes

Grupo de edad	Descripción de la categoría diagnóstica	Porcentaje
Niños	Problemas relacionados con la educación	30
	Problemas relacionados con la crianza	20
	Evaluación psicológica	15
Adolescentes	Problemas relacionados con la educación	26
	Problemas relacionados con el ambiente social	13
	Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo	12
Adultos	Problemáticas relacionadas al grupo primario de apoyo	33
	Trastornos de ansiedad	12
	Problemas relacionados con dificultades en el modo de vida	11

Los resultados indican que a medida que aumenta la edad se identifica un cambio en el contexto en el que se evidencia principalmente la problemática: por ejemplo, en el caso de los niños se identifica que las problemáticas están más centradas al contexto familiar y escolar. Más adelante en la adolescencia se identifica que las problemáticas también aparecen en el ambiente social donde priman dificultades en el ajuste del ciclo vital, la exclusión y rechazo por parte de pares. Finalmente, en la adultez las problemáticas tienen su núcleo en el grupo primario de apoyo y en el modo de vida donde priman problemáticas relacionadas con la acentuación de rasgos de personalidad, estrés y habilidades sociales inadecuadas.

Por otra parte, frente al sexo de los consultantes y el grupo poblacional, se encuentran las siguientes categorías diagnósticas como las más frecuentes: en los niños y niñas se presentan las mismas problemáticas, principalmente en el contexto académico. Por su parte, en los adolescentes de sexo masculino continúan siendo los

problemas del contexto educativo el principal diagnóstico (36 %), y aparecen las dificultades relacionadas con el ambiente social (12 %). En las adolescentes, se identifica un cambio frente a los diagnósticos presentados en el grupo de las niñas, dado que disminuye el porcentaje de problemas del contexto educativo (14 %) y aparecen problemas relacionados con el contexto familiar y social (21 y 15 % respectivamente). Los resultados obtenidos en la población adulta, muestran el mayor porcentaje en las problemáticas relacionadas con el grupo primario de apoyo para ambos sexos (mujeres 38 %, hombres 25 %), mientras que los trastornos del estado de ánimo se presentan con más frecuencia en población femenina (11 %) y los de ansiedad en población masculina (15 %).

Como puede observarse en la tabla 3, se encontraron diferencias en las categorías diagnósticas, según el nivel educativo, para los niños y los adultos.

Tabla 3. Porcentaje de consultantes de acuerdo con el grupo poblacional y el nivel educativo

Grupo poblacional	Nivel educativo	Categoría diagnóstica	Porcentaje
Niños	Preescolar	Problemas relacionados con la crianza	40
		Evaluación psicológica	17
		Problemas relacionados con la educación	17
	Primaria	Problemas relacionados con la educación	34
		Evaluación psicológica	16
		Problemas relacionados con la crianza	15
Adultos	Bachilleres	Problemas con el grupo primario de apoyo	28
		Dificultades en el modo de vida	13
		Trastornos de ansiedad	12

Técnicos	Problemas con el grupo primario de apoyo	37
	Evaluación psicológica	14
	Trastornos del estado de ánimo	10
Profesionales	Problemas con el grupo primario de apoyo	37
	Dificultades con el modo de vida	14
	Evaluación psicológica	14

En general se identifica que para los niños no existen diferencias en la prevalencia de las categorías diagnósticas de acuerdo con el nivel educativo, solo se identifica un cambio en el orden en que se presentan. De forma contraria, a pesar que en la adultez todos los niveles educativos coinciden con la prevalencia de problemáticas relacionadas con el grupo primario de apoyo, se identifica que en los dos niveles inferiores hay mayor prevalencia de problemáticas internalizantes como la ansiedad y la depresión en comparación con los profesionales.

Haciendo un análisis específico de la población adulta atendida en el Centro, se identifican diferencias en la prevalencia de las categorías diagnósticas de acuerdo con el estado civil en adultos y la ocupación (tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de las categorías diagnósticas de acuerdo con el estado civil y ocupación de los consultantes adultos

Variables socio-demográficas	Descripción	Categorías diagnósticas	Porcentaje
Estado civil	Solteros	Dificultades con el modo de vida	18
		Evaluación psicológica	17
	Casados	Problemas con el grupo primario de apoyo	50
		Trastornos de ansiedad	12

Esta tabla continúa en la siguiente página —>

Variables socio-demográficas	Descripción	Categorías diagnósticas	Porcentaje
Ocupación	Unión libre	Problemas con el grupo primario de apoyo	45
		Trastornos de ansiedad	15
		Evaluación psicológica	19
	Estudiantes	Dificultades en el modo de vida	18
		Problemas con el grupo primario de apoyo	15
		Problemas con el grupo primario de apoyo	42
	Empleados	Trastornos del estado de ánimo	12
		Evaluación psicológica	10
		Problemas con el grupo primario de apoyo	44
	Independientes	Trastornos de ansiedad	17
		Trastornos del estado de ánimo	7

De acuerdo con el estado civil de los adultos, los resultados muestran que para las personas casadas o en unión libre la problemática más prevalente se relaciona con los problemas con el grupo primario de apoyo, contrario a la categoría más frecuente en solteros en donde los problemas se centran en el modo de vida. En cuanto a la ocupación, se identifica que las problemáticas que se presentan con mayor frecuencia están relacionadas con el grupo primario de apoyo, sin embargo, en las personas que trabajan (independientes o empleados) aparecen problemáticas de tipo internalizante.

Finalmente, se realizó un análisis de la frecuencia de las categorías diagnósticas teniendo en cuenta el tipo

de cierre del proceso terapéutico. Frente a los procesos de cierre por cumplimiento de objetivos, la evaluación psicológica tuvo la mayor tasa con un 70 %, seguido de trastornos de conducta con 56 % y problemas relacionados con el ambiente social con 49 %; respecto a los procesos que se cierran por mutuo acuerdo, los problemas relacionados con el modo de vida y problemas relacionados con eventos negativos en la niñez tuvieron el mayor porcentaje con 47 % cada uno y en tercer lugar, los trastornos del estado de ánimo con el 40 %; Por último, en cuanto a la deserción, los trastornos de ansiedad tuvieron la mayor tasa (46 %), al igual que los problemas relacionados con la crianza del niño (45 %) y trastornos del estado de ánimo (40 %).

Prevalencia de los trastornos mentales

Para determinar la prevalencia de los trastornos mentales se dividió la muestra en dos grupos según el CIE 10: un grupo de consultantes con un trastorno mental, y otro con aquellos que presentaron otros problemas que requieren atención psicológica, pero que no implican una enfermedad mental. Se identificó una prevalencia de trastornos mentales del 16 % del total de la muestra, con mayor presencia en la población adulta (23 %), contrario a la población menor de edad, donde la tasa es más baja (12 % en niños y 11 % en adolescentes). El grupo de menores de edad presentan con más frecuencia problemas relacionados con la conducta (5 %), mientras que en los adultos priman los problemas de ansiedad (12 %).

La prevalencia de trastornos mentales por sexo se presenta con un 17 % en mujeres y 14 % en hombres. Al dividir la muestra por grupos de edad y sexo, se encuentra que en la población menor de 12 años hay mayor prevalencia de trastornos mentales en los niños de sexo masculino (19 %) que en las niñas (13 %) con la mayor frecuencia en trastornos de la conducta; en adolescentes, la prevalencia fue de 16 % en mujeres y 8 % en hombres, nuevamente con mayor prevalencia en trastornos de conducta; y en adultos la prevalencia fue de 23 % en mujeres y 24 % en hombres, destacándose los trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo.

En la tabla 5, se presentan las características sociodemográficas predominantes asociadas con las tres categorías diagnósticas de trastornos mentales más frecuentes.

Tabla 5. Categorías diagnósticas de trastornos mentales más frecuentes, asociadas con las condiciones sociodemográficas más prevalentes

Variables sociodemográficas		Trastorno de ansiedad	Trastorno del estado de ánimo	Trastorno de la conducta
Grupo poblacional	Niño	3 %	-	62 %
	Adolescente	6 %	18 %	39 %
	Adulto	92 %	82 %	-
Sexo	Masculino	51 %	24 %	81 %
	Femenino	49 %	76 %	19 %
Estado civil	Soltero	46 %	49 %	100 %
	Casado	28 %	21 %	-
	Unión libre	15 %	18 %	-
Nivel educativo	Primaria	-	-	46 %
	Bachillerato	23 %	33 %	46 %
	Técnico	-	18 %	-
	Profesional	41 %	21 %	-
	Ninguno	21 %	-	-
Ocupación	Estudiante	26 %	21 %	96 %
	Empleado	26 %	42 %	-
	Independiente	23 %	-	-

Los resultados muestran que para los trastornos de ansiedad el perfil predominante es de un adulto soltero, con título profesional, y no hay diferencias en cuanto al sexo y la ocupación. Para los trastornos del estado de ánimo, se identifica un perfil caracterizado por ser un adulto de sexo femenino, de estado civil soltero, bachiller y de ocupación empleada. Frente a los trastornos de la conducta, el perfil más predominante es un niño de sexo masculino, que cursa primaria o bachillerato.

Discusión

El objetivo principal del presente estudio fue la descripción de las principales variables sociodemográficas y del proceso terapéutico de la población atendida en un centro de atención psicológica. A continuación se discuten los resultados de acuerdo con el nivel de análisis realizado de la información.

Variables sociodemográficas de la población

En relación con los datos demográficos de la población, se encontró que la edad media de 19 años y el rango de edad poblacional coinciden con otros estudios realizados en centros de atención psicológica (Barrera, Bautista, & Trujillo, 2012; Muñoz-Martínez & Novoa-Gómez, 2012). Igualmente, se identificó una frecuencia similar de casos según el sexo, y una división de la población equivalente entre niños, adolescentes y adultos, resultados que han sido observados en otras investigaciones (Barrera et al., 2012; Hurtado et al., 2011; ISUAP, 2007; Moreno, Roza, Cantor, & Toro, 2011; Muñoz-Martínez et al., 2012). Lo anterior, evidencia una tendencia de los centros psicológicos a ofrecer servicios dirigidos a todos los grupos poblacionales, dando cumplimiento a las disposiciones de la OMS (2013) en términos de brindar atención en todas las etapas del ciclo vital con fines preventivos. En

el presente estudio el porcentaje de atención más alto se centra en menores de edad, lo que resulta favorable para la detección temprana de problemáticas psicológicas y por tanto la implementación de estrategias para reducir la prevalencia de trastornos mentales en la edad adulta (Kessler et al., 2007).

Variables sociodemográficas de acuerdo con los grupos de edad. El presente estudio hizo énfasis en diferenciar las variables sociodemográficas de acuerdo con los grupos de edad, cualidad que no se identifica en otras investigaciones (ISUAP, 2007; Londoño et al., 2010; Moreno, 2011; Muñoz-Martínez et al., 2012; Vicente et al., 2012). Esta estrategia permitió obtener resultados más específicos, lo que favorece el desarrollo de planes de prevención e intervención correspondientes con las necesidades particulares del grupo poblacional.

Al respecto, se identificó que los niños de sexo masculino consultan o son remitidos con más frecuencia que el sexo femenino. De manera contraria, en la edad adulta las mujeres consultan o son remitidas con más frecuencia que los hombres. Este resultado es consistente con la clínica de los trastornos mentales, en la que se reporta una edad de inicio más temprana, así como una mayor incidencia de trastornos en la niñez para el sexo masculino, contrario a la clínica de los trastornos mentales en mujeres (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005). Estos resultados sugieren que los niños de sexo masculino que presentan problemas de conducta generan un impacto altamente negativo en el contexto, particularmente en el familiar (Larson, Viding, Fruhling, Rijdsdijk, & Plomin, 2008), lo que motiva con mayor facilidad procesos terapéuticos. Asimismo, el que las mujeres adultas consulten más que los hombres puede sugerir que, al no recibir atención en la infancia los síntomas persisten y se agravan en la adultez debido a múltiples factores que pueden exacerbar estos trastornos.

En relación con la población adulta, los resultados indican una mayor frecuencia de consultantes con estado civil soltero, de nivel educativo profesional y de ocupación empleado. Este resultado es consistente con los reportados en otros estudios a nivel nacional (ISUAP, 2007; Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005).

Variables del proceso terapéutico

Los procesos de intervención cerrados por cumplimiento del objetivo terapéutico contaron con un promedio de 10 sesiones, resultado consistente con las guías de manejo que se encuentran en el centro, en las que se proponen procesos de intervención de alrededor de 12 sesiones desde el modelo cognoscitivo-comportamental. Esto sugiere que la mayoría de los casos alcanzan un cumplimiento importante del plan de intervención.

Por otra parte, la deserción del proceso psicológico estuvo relacionada con circunstancias similares a las reportadas por Rondón et al., (2009), en donde la falta de recursos económicos, la motivación, una red de apoyo ineficaz y otras variables personales, influyeron de manera directa en los altos índices de deserción que se presentan en los centros de servicios de psicología. Al respecto, los reportes cualitativos del centro acerca de los cierres por deserción, indican que a medida que avanza el proceso, los consultantes identifican cambios iniciales y no finalizan porque sienten haber logrado el objetivo; o de manera contraria, no identifican cambios inmediatos y se desmotivan.

Como aspecto positivo, los hallazgos indican que el porcentaje de deserción de la población de estudio fue menor en comparación con otros estudios nacionales (Rondón et al., 2009; Moreno et al., 2012), pero similares al estudio de Swift y Greenberg (2012). Este resultado se puede analizar teniendo en cuenta el número de casos que son remitidos por colegios y comisarías de familia, contextos en donde los procesos se plantean como requisito para la toma de decisiones (e. g. avance de los estudiantes en el proceso de formación, permanencia en las instituciones educativas, custodia legal de los hijos, entre otras), lo que aumenta la adherencia al proceso.

Contrario a lo anterior, los trastornos de ansiedad y los problemas relacionados con las prácticas de crianza, son los diagnósticos con mayor deserción: los consultantes con trastornos de ansiedad, durante los procesos de evaluación manifiestan una intensidad importante de los síntomas y una alta interferencia de los mismos en las actividades cotidianas (Krebs, González, Rivera, Herrera, & Melis, 2012), de tal forma que demandan cambios inmediatos que al no ser identificados aumentan

la probabilidad de deserción. Frente a los problemas relacionados con las prácticas de crianza, usualmente los padres suponen que la intervención está dirigida principalmente a los hijos, y al ser socializado que el proceso involucra principalmente su participación, se desmotivan y en algunos casos no dan continuidad al proceso.

Categorías diagnósticas. El estudio indicó que los diagnósticos más frecuentes en la población en general fueron: problemas relacionados con la educación, principalmente relacionados con el bajo rendimiento académico y con la inadaptación educacional. Este resultado es consistente con el número de menores de edad que componen la muestra y el alto número de remisiones del colegio. En segundo lugar, diagnósticos relacionados con el grupo primario de apoyo, específicamente problemas en la relación de pareja, un apoyo familiar inadecuado, ruptura familiar por separación o divorcio o ausencia de un miembro de la familia. De acuerdo con un estudio reciente, la familia colombiana ha sufrido cambios importantes en su estructura y en sus dinámicas (Córdoba, González, Obando, & Coulacoglou, 2013), lo que favorece la aparición de problemáticas en este contexto.

En tercer lugar, se encuentran las evaluaciones psicológicas, principalmente relacionadas con la valoración de la inteligencia y conceptos psicológicos que son solicitados por instituciones con las que el Centro tiene convenios de cooperación (colegios, fundaciones, clínicas y comisarías). Finalmente, se presentan los problemas relacionados con la crianza de los hijos, en donde se han identificado casos relacionados con una supervisión inadecuada por parte de los padres, estilos sobreprotectores o negligentes y hostilidad y reprobación hacia el niño.

Los resultados del estudio indican que en niños y niñas menores de 12 años existe una alta frecuencia de problemáticas académicas, tal como lo reportan otros estudios (Barrera et al., 2012; ISUAP, 2007). Dado el alto nivel de casos remitidos por el colegio en esta población, el resultado es esperable puesto que las instituciones educativas velan principalmente por el buen desempeño de los menores en las actividades académicas. Además, de acuerdo con sus proyectos institucionales, tienen el compromiso de brindar a los estudiantes estrategias que

les permitan un desarrollo integral o proporcionar el contacto con contextos que así lo garanticen.

Por otra parte, los resultados suponen una diferencia de las problemáticas según el nivel educativo de los menores. Así, los niños con nivel educativo preescolar presentaron mayor prevalencia de problemas relacionados con la crianza, factor que se relaciona con el hecho de que la familia se mantiene como el primer contexto de interacción y tienen un impacto importante en el desarrollo de problemáticas a nivel conductual (Shala, 2013). Por el contrario, los estudiantes de primaria al invertir mayor tiempo en el colegio sus problemáticas se pueden relacionar con este contexto, particularmente con las habilidades académicas.

En población adolescente también se obtuvieron coincidencias con otros estudios, específicamente en las problemáticas de tipo social y educativo (Barrera et al., 2012; ISUAP, 2007; Ministerio de Salud & Protección Social, 2015). El aumento de casos relacionados con el contexto social en la adolescencia es coherente con las teorías del desarrollo (Shaffer, 2007), en donde se identifican crisis propias del ciclo vital y cambios en las interacciones sociales, lo cual puede facilitar situaciones de exclusión y rechazo, tal como se identifica en la población de estudio. En cuanto al sexo, en adolescentes hombres se mantiene la prevalencia de los problemas en el contexto académico, así como las remisiones del colegio. Sin embargo, en cuanto al sexo femenino se identifica un aumento en la frecuencia de problemáticas del contexto familiar, relacionado con el impacto identificado que representa la familia sobre la calidad de vida y las salud mental de las niñas principalmente.

En población adulta, la prevalencia de consultantes mujeres y la alta frecuencia de problemas familiares, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, coincide con los resultados de otras investigaciones (Barrera et al., 2012; ISUAP, 2007). Se identificó que el diagnóstico principal en adultos, independientemente del sexo, de la ocupación y del nivel educativo, estuvo relacionado con problemas con el grupo primario de apoyo. El resultado coincide con el impacto que tiene la familia, en especial la pareja, sobre la calidad de vida, la salud mental y el desempeño en otras áreas de ajuste de la persona (Burnette et al., 2017).

Prevalencia de los trastornos mentales y variables sociodemográficas

Los trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión, son los principales incapacitantes de la población tanto a nivel mundial (Merikangas, et al., 2010; OMS, 2012). Justamente, algunos de estos trastornos se identifican como los más prevalentes en el presente estudio: trastornos de la conducta, trastorno de ansiedad y del estado de ánimo.

Específicamente, de acuerdo con los grupos de edad, se identificó en niños una mayor prevalencia de trastornos mentales en el sexo masculino y mayor prevalencia en trastornos de la conducta. En adolescentes, se presentó una mayor prevalencia de trastornos mentales en casos de sexo femenino, también con alta prevalencia de trastornos de la conducta. La prevalencia de los trastornos de conducta en menores de edad coincide con los resultados de estudios a nivel internacional (Barrera et al., 2012; Vicente et al., 2012). Sin embargo, estudios nacionales (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005; Secretaría de Salud de Medellín, 2012) identifican la mayor prevalencia para trastornos de ansiedad y depresión para esta población. Este resultado sugiere la importancia desarrollar estudios más específicos dirigidos a identificar la posible comorbilidad entre trastornos de la conducta y problemas internalizantes en la población de estudio.

La población adulta se identificó como la población más vulnerable frente a la prevalencia de trastornos mentales. También se identificó mayor frecuencia de casos femeninos y de trastornos de ansiedad y del estado del ánimo. Este resultado coincide con los reportes nacionales, en donde la mayor prevalencia se encuentra para trastornos de ansiedad y depresión, principalmente en mujeres (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005; Secretaria de Salud de Medellín, 2012).

Los resultados también permitieron establecer perfiles frente a los trastornos mentales más prevalentes en la población, siendo para la ansiedad el ser adulto, soltero y profesional; para trastornos del estado del ánimo el ser adulto, de sexo femenino, soltera y bachiller; y para trastornos de la conducta ser niño de sexo masculino, estudiante de primaria o bachillerato. Los resultados no permiten evidenciar, como otras investigaciones, una

alta prevalencia de problemáticas a nivel de consumo de sustancias psicoactivas (Ministerio de la Protección Social, 2015; Ministerio de Salud & Fundación FES Social, 2005; Secretaría de Salud Medellín, 2012), ni de ideación o intento de suicidio (Ministerio de la Protección Social, 2005; Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005; Secretaría de Salud Medellín, 2012). En próximos estudios es relevante especificar los casos presentados para profundizar los perfiles de los consultantes frente a estas problemáticas, dada la relevancia a nivel nacional y mundial, o identificar de manera más clara la comorbilidad de estas con las problemáticas de mayor prevalencia en esta población.

En general, los resultados permiten inferir una relación entre las principales categorías diagnósticas y los trastornos de mayor prevalencia, la cual podría ser estudiada a profundidad en investigaciones posteriores. Al respecto Pérez, Gázquez, Mercader, Molero y García (2012), proponen una asociación entre el bajo rendimiento académico (principal diagnóstico en niños y adolescentes) y la presencia de conductas antisociales o delictivas (trastorno de mayor prevalencia en la población) en un grupo de adolescentes, consistente con los hallazgos en esta investigación para población infantil y adolescente. Por su parte, la relación entre los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (principal diagnóstico en adultos) y los trastornos de ansiedad y depresión (trastornos de mayor prevalencia para este grupo) puede plantearse de manera bidireccional: los problemas a nivel familiar pueden desencadenar trastornos internalizantes, o bien, la presencia de estos trastornos puede afectar de manera negativa las interacciones familiares (Hoyos, Lemos, & Torres, 2012).

A modo de conclusión, los hallazgos del presente estudio permiten proponer servicios ajustados a las necesidades particulares de la población, desde la prevención y los procesos de evaluación e intervención, mejorando la calidad de vida de las personas, sus familias y la comunidad en general. Se debe procurar intervenir de manera directa sobre la adaptación de las personas al entorno social, y en caso de menores de edad, sobre su desarrollo psicosocial, tal como lo proponen las entidades de que velan por la salud a nivel mundial y local (OMS, 2013; Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005). Los proyectos de

prevención e intervención deben ser acordes con las etapas de desarrollo y áreas funcionales del individuo.

Así, de acuerdo con los resultados, las estrategias de prevención en niños se enfocarían en las dificultades en el contexto académico como el bajo rendimiento y relaciones con pares y figuras de autoridad, y en problemas de comportamiento en general. Así mismo, es relevante enfocar acciones preventivas en problemas de tipo internalizante en las niñas para reducir la prevalencia de trastornos en la adultez; en adolescentes también se hace relevante atender a los problemas del área académica, y surge la necesidad de profundizar en temas del desarrollo social, tales como las crisis del ciclo vital y problemas de exclusión y rechazo; por último, en la población adulta los esfuerzos deben estar encaminados a la prevención de problemáticas relacionadas con el grupo primario de apoyo y de trastornos de ansiedad y depresión.

Para futuros estudios, se recomienda continuar el análisis de los datos profundizando sobre los factores de protección y de riesgo relacionados con las categorías diagnósticas y los trastornos mentales de mayor prevalencia; ampliar las variables sociodemográficas incluyendo el nivel socioeconómico, el tipo de estructura familiar, entre otros. Así mismo, es importante profundizar sobre el éxito terapéutico en las diferentes problemáticas para evaluar el efecto de las estrategias que actualmente se implementan en la intervención de las mismas.

Referencias

- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Short-fall in mental health service utilisation. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 417-425.
- Barrera, L. P., Bautista, E., & Trujillo, A. (2012). Prevalencia de problemas psicológicos detectados en un centro de educación y desarrollo humano. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17, 13-27.
- Burnette, C., Roh, S., Lee, K., Lee, Y., Newland, L., & Jun, J. (2017). A comparison of risk and protective factors related to depressive symptoms among American Indian and Caucasian older adults. *Health & Social Work*, 42, e15-e23.
- Córdoba, L., González, R., Obando, D., & Coulacoglou, C. (2013). Current Trends in Family Structures in Four Colombian Cities. *Population Review*, 52(2), 119-134.
- Cox, D. (2014). Gender differences in professional consultation for a mental health concern: A Canadian population study. *Canadian Psychology*, 55, 68-74.
- Díaz, O. (2014). Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14, 65-74.
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación-científica*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Hoyos, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012). Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5, 109-121.
- Hurtado, H., Sánchez, C., Bedoya, L., Londoño, N., Juárez, F., Marín, C., Muñiz, O., Agudelo, D., & Gómez, Y. (2011). Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3, 59-71.
- Kessler, R., Angermayer, M., Anthony, J., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... Ustün, T. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168-176.
- Krebs, M., González, L. M., Rivera, A., Herrera, P., & Melis, F. (2012). Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad. *Psyke*, 21, 133-147.
- Larson, H., Viding, E., Rijdsdijk, F., & Plomin, R. (2008). Relationships between parental negativity and childhood antisocial behavior over time: a bidirectional effects model in a longitudinal genetically informative design. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 633-645.
- Londoño, N. H., Marín, C. A., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B.E., Ochoa, N. L., Hurtado, M. H., Gómez, Y., Uribe, A. F., Rojas, A. L., Pinilla, M. L., Villa-Roel, D., Villegas, M. J., Arango, A. L., Restrepo, P. A., & López, I. C. (2010). Factores

- de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17, 59-68.
- Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social. (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Cali: Graficas Ltda.
- Ministerio de Salud & Protección Social. (2015). Encuesta nacional de salud mental - Tomo 1. Javegraf. Bogotá.
- Merikangas, K., He, J., Brustein, M., Swanson, S., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989.
- Moreno, J. H., Rozo, M., Cantor, M. I., & Toro, R. A. (2011). Características psicosociales de la población asistente a la Unidad de Servicios Psicológicos de la Universidad Católica de Colombia durante los años 2007 y 2008. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 6(1), 21-33.
- Moreno, J. H., Rozo, M., & Cantor, M.I. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 6(2), 23-34.
- Muñoz-Martínez, A. M., & Novoa-Gómez, M. M. (2012). Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia Psicológica*, 30, 25-36.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). Depression: A Global Public Health Concern. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Panamericana. Madrid.
- Pérez, C., Gázquez, J., Mercader, I., Molero, M., & García, M. (2012). Rendimiento académico y conductas antisociales y delictivas en alumnos de educación secundaria obligatoria. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 11, 401-412.
- Red de Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica [ISUAP]. (2007). *Investigación: Caracterización de la población que consulta a las ISUAP y sus motivos de consulta*. Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (Ascofapsi). Recuperado de http://www.ascofapsi.org.co/b_isuap.htm
- Rondón, A., Otálora, I., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2, 137-147.
- Secretaría de Salud de Medellín. (2012). *Primer estudio poblacional de salud mental en Medellín*. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>
- Shala, M. (2013). Differences in behaviour problems among preschool children: implications for parents. *Journal of Educational and Social Research*, 3, 716-720.
- Shaffer, D. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia* 6.ª edición. Ediciones Paraninfo, México.
- Swift, J., & Greenberg, R. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547-559.
- Vicente, B., De la Barra, F., Saldivia, S., Kohm, R., Rioseco, P., & Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1099-1109.