

#### Presentación

## Comportamiento de la Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental en Medellín 2014 y 2015

El Boletín Epidemiológico *Medellín Ciudad Saludable*, es una publicación mensual de la Secretaría de Salud de Medellín, que pretende ofrecer a los ciudadanos y ciudadanas de manera oportuna una visión del comportamiento de los eventos de interés en Salud Pública de nuestro municipio, como herramienta para el logro de la construcción colectiva de las políticas públicas en salud para bienestar de todos.

En este número se presenta de manera especial un tema que es de gran importancia para la ciudad y la salud Pública de la Región: la situación de la Salud Mental en Medellín

Los datos y análisis que se presentan son provisionales. Cualquier información contenida en el boletín es de dominio público y puede ser citada o reproducida siempre y cuando se mencione la fuente.

La Secretaría de Salud agradece el envío de sus contribuciones y comentarios al Boletín a través del correo electrónico:

[secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co)

Secretaría de Salud de Medellín

Equipo de Vigilancia Epidemiológica – Subsecretaría de Salud Pública

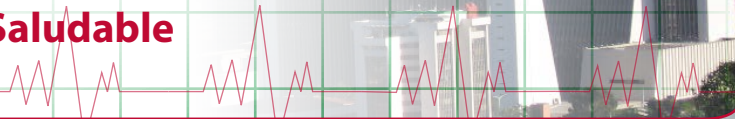
**Epidemiólogos:** Rita Almanza, Fernando Montes, María Cecilia Ospina, Denise González, Silvana Zapata, María Alejandra Roa, Margarita Rosa Giraldo.



Alcaldía de Medellín

Medellín  
todos por la vida





## Encuentre en esta edición

1. Introducción
2. Situación Mundial de la Salud Mental
3. Situación Nacional de la Salud Mental (Estudio de Salud mental 2015)

4. Situación de la Salud Mental en Medellín 2014 - 2015
5. Recomendaciones
6. Conclusiones
7. Bibliografía

## Introducción

La salud mental es definida por la Organización mundial de la salud –OMS – como “un estado de bienestar, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades para afrontar las tensiones normales de la vida, para trabajar de forma productiva y fructífera y ser capaz de hacer una contribución a su comunidad” (1).

Todas las personas se sienten tristes, ansiosas o estresadas algunas veces en su vida social, académica, laboral o familiar, pero en el caso de una enfermedad mental, estos sentimientos no desaparecen y son lo suficientemente severos para interferir con la vida cotidiana, generando dificultad para hacer amigos, conservar amistades, mantener un trabajo o disfrutar de la vida (2).

Actualmente la salud mental cuenta con múltiples factores de vulnerabilidad debido al entorno social en que vivimos, lo que requiere acciones de prevención que permitan el desarrollo de estrategias de salud y vida a través de diagnósticos, sensibilización y capacitación en estilos de vida

saludables, formación de grupos de ayuda e intervención grupal y familiar que van en busca de la felicidad, el gozo y la satisfacción del individuo, su familia y la sociedad (2).

También es importante hablar de La Enfermedad Mental, es el estado en el cual están alteradas algunas funciones mentales, tales como el afecto y los pensamientos, que pueden llegar a producir una grave distorsión del contacto con la realidad y/o del estar de la persona en el mundo. Existen diferentes tipos de enfermedad mental, tales como la esquizofrenia, los trastornos afectivos, depresión, pánico, ansiedad, trastornos delirantes, psicosis, entre otros (2).

Las enfermedades mentales son comunes, usted no es culpable si tiene una, estos trastornos no desaparecerán por su voluntad, debido a que son una alteración de ciertas sustancias en el cerebro denominadas neurotransmisores, que pueden ser causadas por una serie de factores hereditarios, psicológicos, sociales y ambientales (2).

### Situación Mundial de la Salud Mental

A nivel mundial, casi 1 de cada 10 personas padece un trastorno mental, pero solo el 1% del personal sanitario mundial presta sus servicios en la esfera de la salud mental. Casi la mitad de la población mundial vive en países donde hay menos de un psiquiatra por cada 100 000 habitantes (3).

Existen enormes desigualdades geográficas en el acceso a los servicios de salud mental. En término medio, en el mundo hay menos de un trabajador de salud mental por cada 10000 personas, según el Atlas de Salud Mental 2014 (Mental Health Atlas 2014) publicado por la Organización Mundial de la Salud. En los países de ingresos bajos y medianos, la tasa se sitúa por debajo de 1 por cada 100000 personas, mientras que en los países de ingresos altos es de 1 por cada 2000 personas.

El informe mundial se señala que el gasto mundial en salud mental sigue siendo muy escaso. Representa menos de US\$ 2 por habitante y año en los países de ingresos bajos y medianos y más de US\$ 50 en los países de ingresos altos. La mayor parte del gasto corresponde a hospitales psiquiátricos, en los que se presta atención a una pequeña proporción de las personas que lo necesitan. Los países de ingresos altos siguen teniendo un número mucho mayor de camas en hospitales psiquiátricos y tasas de hospitalización más elevadas que los países de

ingresos bajos, concretamente casi 42 camas y 142 hospitalizaciones por cada 100 000 habitantes.

Según el Atlas de Salud Mental 2014, los países están avanzando en la elaboración de políticas, planes y leyes sobre salud mental, que constituyen los cimientos de una buena gobernanza y del desarrollo de los servicios. Dos tercios de los países cuentan con una política o plan, y la mitad dispone de una ley específica sobre salud mental. Sin embargo, la mayoría de las políticas y leyes no están plenamente en consonancia con los pactos internacionales de derechos humanos, su aplicación es deficiente, y las personas con trastornos mentales y sus familiares solo participan de manera marginal en su elaboración (3).

En 2013, la OMS puso en marcha el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, que tiene cuatro objetivos: reforzar el liderazgo y la gobernanza en el ámbito de la salud mental; prestar servicios integrales de salud mental y asistencia social en entornos comunitarios; poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones.

En el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 se establecen las siguientes metas y se proporcionan los siguientes valores iniciales relativos a 2013:

- El 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas o planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos de aquí a 2020.
- El 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus leyes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos de aquí a 2020.
- La cobertura de los servicios de atención de los trastornos mentales graves habrá aumentado en un 20% de aquí a 2020.
- El 80% de los países habrán puesto en marcha al menos dos programas nacionales multisectoriales de promoción y prevención en el ámbito de la salud mental de aquí a 2020.
- La tasa de suicidio en los países se reducirá en un 10%.
- El 80% de los países recopilarán y comunicarán sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores sobre salud mental a través de sus sistemas nacionales de información sanitaria y social de aquí a 2020.

### Situación Nacional de la Salud Mental (Estudio de Salud mental 2015)

El principal hallazgo de la investigación: uno de cada diez colombianos sufre algún problema mental. La depresión y la ansiedad son los principales trastornos reportados. La investigación incluyó 15.351 encuestas a hogares en el país.

Los adolescentes entre 12 y 17 años encabezan la lista de problemas mentales en el país. El 12,2% sufre de ellos y la mayoría son mujeres. Además, tienen un comportamiento de riesgo para trastornos alimentarios del 9,1 por ciento. El consumo de alcohol también preocupa, pues en el 5,2 por ciento es excesivo.

El informe también reveló que en los últimos 12 meses, 1 de cada 25 adolescentes ha sufrido un trastorno mental. Es decir, el 4 por ciento. Así mismo el 13 por ciento de los encuestados expresó tener tres o cuatro síntomas de ansiedad y el 16 por ciento más de cuatro síntomas de depresión.

Adicionalmente, los jóvenes presentaron una prevalencia del 7,2 por ciento en las enfermedades diagnosticadas. El 29,3 por ciento de los adolescentes ha estado expuesto a una experiencia potencialmente traumática y de ellos el 88,1 por ciento considera que el evento le causó algún trauma psicológico. Los síntomas más comunes en este caso son recuerdos intrusivos y evitar pensar o hablar del tema.

De los ocho trastornos que se midieron, 5 de cada 100 adolescentes pueden llegar a padecerlos. Por eso la importancia de la prevención. Además, se observa la gran relación entre tener enfermedades crónicas y mentales.

### *Los niños: ansiosos y distraídos*

La salud mental de los niños también se puso en el radar. Por primera vez la investigación incluyó a la población entre los 7 y 11 años: el 4,7 por ciento sufre de estas enfermedades. Los trastornos más frecuentes son el déficit de atención, la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada. Las afecciones también son más recurrentes en las niñas.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, por lo menos un 44,7 por ciento de la población infantil requiere de una evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para identificar problemas o posibles trastornos.

El 27,6 por ciento tienen un síntoma, el 10,5 por ciento tiene dos (estos tienen una mayor probabilidad de presentar un trastorno mental) y finalmente un 6,6 por ciento reportan tres síntomas o más positivos sugerirían aún mayor riesgo de tener un trastorno mental.

Los síntomas más comunes entre los niños de 7 a 11 años son lenguaje anormal, asustarse o ponerse nervioso sin razón, presentar dolores de cabeza frecuentes y jugar poco con otros niños. También hay una alta presencia de problemas de aprendizaje, principalmente en matemáticas y lectoescritura.

Según el informe, “hay una problemática marcada a nivel de los niños de 7 a 11 años, que requiere de su

intervención antes de suscitarse un trastorno psiquiátrico. Los resultados muestran la magnitud del problema y sirven para planear acciones en salud dirigidas a disminuir las problemáticas, a detectar tempranamente los posibles casos y brindar una atención oportuna”.

Además, el 11,7 por ciento de los niños ha sido sometido a algún evento traumático. De ellos, el 46,8 por ciento presentan al menos un síntoma de estrés postraumático, según sus cuidadores. La mitad de los niños vive con sus dos padres, mientras el 27,4 por ciento solo tiene la figura materna. El 12,4 por ciento ha contado no convive con ninguno de los progenitores.

### *Adultos: ansiosos como los niños, pero deprimidos y psicóticos*

En los adultos predominaron los trastornos de ansiedad, depresión y psicosis. El 9,6 por ciento de los colombianos entre 18 y 44 años aseguraron padecer enfermedades mentales. En este grupo se repite la tendencia con más mujeres afectadas que hombres.

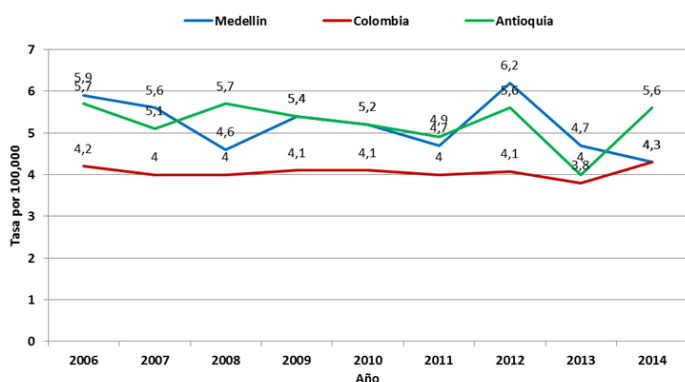
Además, en este grupo de edad la prevalencia de afecciones es más alta. “Uno de cada cinco adultos que tiene algún trastorno mental cumple criterios para dos o más de estos en toda la vida y en los últimos 12 meses 15 de cada 100”, explicó la encuesta.

## Situación de la Salud Mental en Medellín 2014 - 2015

### Suicidio

En los últimos dos años Medellín ha presentado un descenso importante en las tasas de Suicidio, en el año 2013 se presentaron 114 Suicidios (35 menos que el año 2012), con una tasa de 4.7 por cada 100 mil habitante, y para el año 2014 (Datos preliminares) se presentaron 106 Suicidios para una tasa de 4.3 por cada 100 mil habitantes. Así serían 10 casos menos que el año 2013. Sin embargo Medellín continúa con tasas similares a las de Antioquia y más altas que las del resto del país

**Figura 1.** Tasa de históricas de suicidios ciudad de Medellín 2006-2014.

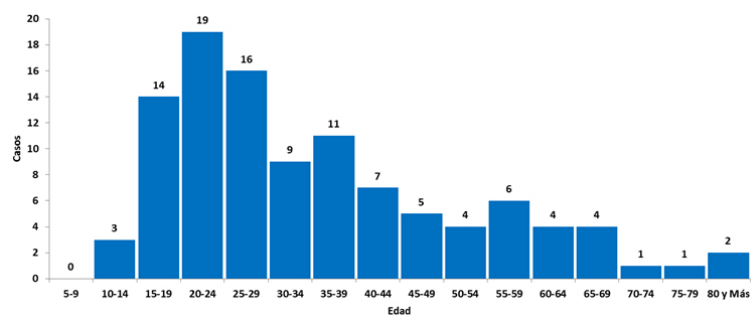


Fuente: INMLyCF y Secretaría de Salud

Los suicidios en la ciudad de Medellín en el periodo de 2014 se caracterizaron porque la mayoría de las defunciones ocurrieron en el rango de 20 a 24 años con 19 muertes, seguido de los grupos de 25-29 y de 15-19 años, situación igual año 2013. Se resalta que

el 53.5% de los casos tenían 34 años o menos. Nos se registraron muertes en menores de 10 años y siguiendo el mismo comportamiento histórico de la ciudad, los hombres siguen siendo los que más aportan a este flagelo con 91 casos (86%).

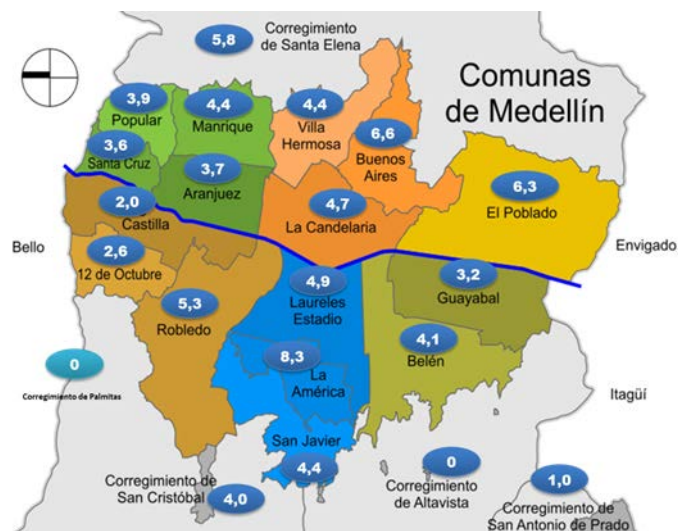
**Figura 2.** Distribución de los suicidios según grupo de edad



Fuente: RUAF. Secretaria de Salud de Medellín.

Al analizar la información de lugar de residencia que fue posible recolectar (4 Casos sin información), se observa que las comunas que presentaron mayor número de casos son: 12-La América, 09-Buenos Aires, 14-El Poblado y 90-Corregimiento de Santa Elena.

**Figura 3.** Tasas de suicidio según comuna. Medellín 2014



Fuente: RUAF. Secretaria de Salud de Medellín.

## Intentos de suicidio

El sistema de Vigilancia del Intento de suicidio en Antioquia lleva varios años, y gracias a él el subregistro de casos ha venido mejorando, sin embargo se debe recordar que aún el problema persiste; algunas de las razones para esto es la ocurrencia de casos que por su poca gravedad no requieren atención del sistema de salud o en ocasiones, la población le teme al estigma social que existe frente a la conducta suicida. Para minimizar cada vez más este subregistro la Secretaria de Salud ha integrado programas y proyectos de la misma secretaria de salud y de otras, donde también notifican casos sospechosos por fuera del sistema y que necesitan de la Visita epidemiológica de campo para verificar si en efecto es un intento o no.

Para el año 2014, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) notificaron 1588 casos de intento de suicidio, después de unificar las bases de datos de intoxicaciones e intentos de suicidio, verificando que los eventos repetidos solo en momentos diferentes (reincidentes).

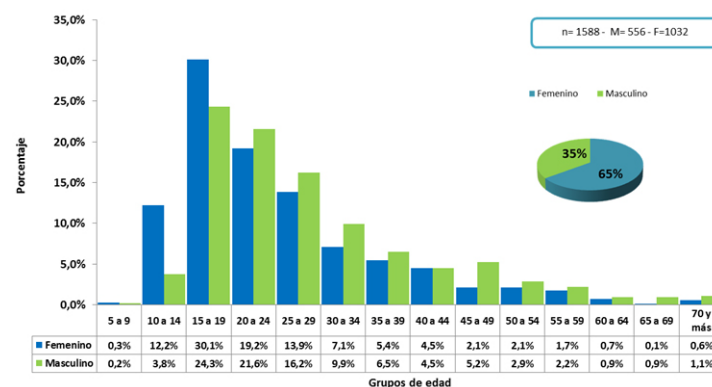
Cada año el número de intento en mujeres aumenta de un 58% en 2013 se pasa a un 65% en 2014; por cada intento en un hombre se presentan 2 en mujeres. La tasa de intento de suicidio por cada cien mil habitantes fue de 65.1 en 2014.

En cuanto a la edad, el 48.1 de las personas que lo intentaron tenían entre 15 y 24 años para ambos sexos

y el grupo de 15 a 19 años en mujeres tiene el mayor porcentaje de los grupos de edad; en forma acumulada el 72.3% de los casos fueron personas tenían 29 años o menos. Se encontraron diferencias estadísticas por sexo ( $p < 0.05$ ).

Se encontraron 28 casos reincidentes en el mismo año, 11 más que el año anterior. De estos hubo uno con más de tres intentos, 3 con 3 intentos y 24 con dos intentos en el año.

**Figura 4.** Distribución de los intentos de suicidio según edad y sexo

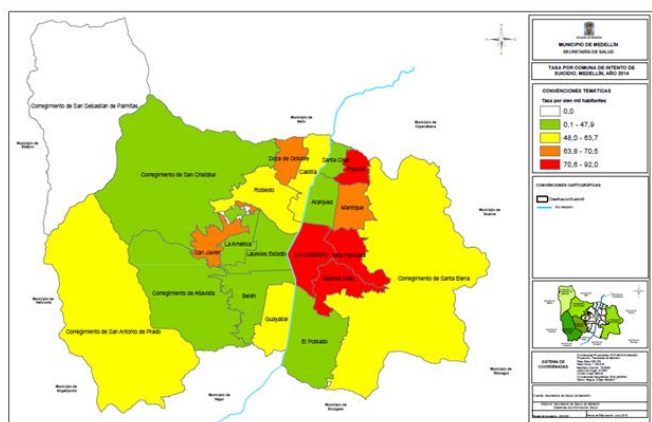


**Fuente:** SIVIGILA. Secretaria de Salud de Medellín.

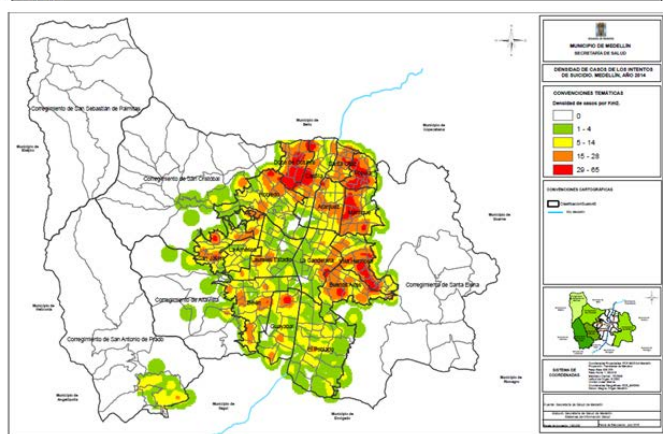
Según Lugar de residencia las comunas con mayor número de casos son: La candelaria, Buenos Aires, Villa Hermosa y Popular con tasas entre 70 y 92 casos por cada cien mil habitantes. (Mapa parte superior)

Sin embargo al mapa los casos por kilómetro cuadrado se ven afectas otras comunas como la parte baja de Doce de Octubre y sus linderos con Castilla. En el mapa inferior se observa que en las áreas más rojas se encuentran alrededor de 29 a 65 casos de intento de suicidio por kilómetro cuadrado.

**Figura 5.** Distribución de las tasas de intento de suicidio y densidad en las comunas de Medellín respecto a la tasa municipal. Tasas por 100 mil habitantes. 2014



Parte 1. Tasas



Parte 2. Densidades

**Fuente:** SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

## Factores de riesgo identificados en las visitas de campo

Al preguntar por los antecedentes previos, es decir, (psiquiátricos, médicos o intentos previos) se encontró que los antecedentes de intentos previos toman el primer lugar, contrario al año 2013 donde fueron los médicos. Los previos representaron el 51%, lo médicos con un 46.8% y los psiquiátricos y antecedentes de intentos previos con un 43.7% del total de las visitas.

Al indagar más afondo sobre los intentos previos se encontró que el 26% lo había intentado entre 2 y tres veces y el 9% 4 o más.

Respecto a los antecedentes sobre violencia se encontró que el 77.4% tenían antecedentes de maltrato; el 66.2% informaron haber tenido Violencia Intrafamiliar.

**Tabla 1.** Proporción de casos visitados por conducta suicida según antecedentes de violencia. Medellín, 2014

Antecedentes de Violencia	Antecedentes de violencia					
	Si		No		Sin Dato	
	n	%	n	%	n	%
Antecedentes de maltrato	842	77,7	163	15,1	78	7,2
Violencia Intrafamiliar	717	66,2	206	19,0	160	14,8
Violencia Física	338	31,2	586	54,1	159	14,7
Violencia Psicológica	850	78,5	72	6,6	161	14,9
Privación y Negligencia	30	2,8	893	82,5	160	14,8
Violencia Sexual	125	11,5	797	73,6	161	14,9

**Fuente:** Base de datos seguimiento a la conducta suicida. Secretaría de Salud de Medellín.

De acuerdo al consumo de sustancias psicoactivas se encontró que del total visitas realizadas 25% consume alcohol, el 18% consume marihuana, el 10% cocaína y el 4% Basuco. Al analizar esta variable por sexo, los hombres presentaron una mayor proporción de este consumo.

En la visita también se preguntó por antecedes de pérdidas afectivas, familiares, económicas, laborales, académicas y del estado de salud. En este sentido, se encontró que el 74.3% de los casos tuvieron alguna de estas pérdidas recientemente, las cuales pudieron ser un desencadenante para el intento de suicidio. La mayoría de estas personas tuvieron alguna pérdida afectiva o familiar con el 62.8% y 52.2% respectivamente y siendo superiores a lo reportado en el año 2013. Las pérdidas laborales, las académicas y las de salud las de menor frecuencia.



## Trastornos por RIPS

A continuación se presentan los resultados de la búsqueda a través de Registro Individual de prestación de servicio RIPS en lo que respecta a los trastornos mentales para consulta externa, hospitalización y urgencias de los RIPS del año 2014

### Consulta Externa

En consulta externa se registraron un total de 162.899 RIPS asociados a los trastornos mentales y del comportamiento los cuales representaron el 2.18% (162.899) del total de las consultas (7476763). En lo que respecta a los cinco principales diagnósticos se observa que trastorno mixto de ansiedad y depresión, perturbación de la actividad y de la atención, trastorno de ansiedad no especificado, trastorno de ansiedad generalizada y episodio depresivo moderado representando el 29.7% del total de todas las consultas de RIPS en consulta externa con código individual.

Para una mejor visualización de los códigos de CIE 10 se agruparon por cada una de las categorías o grupos de indica la Clasificación internacional de enfermedades, identificando que los tres principales grupos son: F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con un 27.15% (44227), en segundo lugar F30-F39 Trastornos del humor (afectivos) con un 24.45% (39833) y por último los F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia con un 10.47 (17060), representando estos tres el 62.08% del total de todas las consultas registradas. Tabla 1

**Tabla 8.** Distribución de Frecuencias de Diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Consulta Externa, Medellín 2014.

Dx CIE-10	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.	5.134	3,15%	1.277	1,8%	3.857	4,2%
F01 Demencia vascular.	1.461	0,90%	438	0,6%	1.023	1,1%
F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.	441	0,27%	173	0,2%	268	0,3%
F03 Demencia sin especificación.	5.104	3,13%	1.523	2,1%	3.581	3,9%
F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.	70	0,04%	18	0,0%	52	0,1%
F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.	1.714	1,05%	662	0,9%	1.052	1,1%
F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral u a enfermedad somática.	3.166	1,94%	1.360	1,9%	1.806	2,0%
F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.	398	0,24%	221	0,3%	177	0,2%
F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.	2.043	1,25%	854	1,2%	1.189	1,3%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.	13.616	8,36%	10.834	15,3%	2.782	3,0%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	8.420	5,17%	5.489	7,7%	2.931	3,2%
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)	39.833	24,45%	11.307	15,9%	28.526	31,0%
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	44.227	27,15%	12.314	17,4%	31.913	34,7%
F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	6.749	4,14%	3.493	4,9%	3.256	3,5%
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	1.688	1,04%	867	1,2%	821	0,9%
F70-F79 Retraso mental.	4.622	2,84%	2.819	4,0%	1.803	2,0%
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.	6.956	4,27%	4.734	6,7%	2.222	2,4%
F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	17.060	10,47%	12.508	17,6%	4.552	5,0%
F99 Trastorno mental sin especificación.	197	0,12%	80	0,1%	117	0,1%
<b>Totales</b>	<b>162.899</b>	<b>100,00%</b>	<b>70.971</b>	<b>43,6%</b>	<b>91.928</b>	<b>56,4%</b>

Fuente: RIPS. Secretaría de salud de Medellín

## Urgencias

En urgencias se registraron un total de 4608 RIPS asociados a los trastornos mentales y del comportamiento los cuales representaron el 1.19% (4608) del total de las urgencias (386264). En lo que respecta a los cinco principales diagnósticos se observa que trastorno de ansiedad no especificado, trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastorno afectivo bipolar no especificado, episodio depresivo no especificado, esquizofrenia paranoide representando el 34% del total de todas las urgencias de RIPS con código individual.

Para una mejor visualización de los códigos de CIE 10 se agruparon por cada una de las categorías o grupos de indica la Clasificación internacional de enfermedades, identificando que los tres principales grupos son: F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con un 31.92% (1471), en segundo lugar F30-F39 Trastornos del humor (afectivos) con un 31.64% (1458) y por último los F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes con un 13.37% (616), representando estos tres el 76.93% del total de todas las consultas registradas. Tabla 2

**Tabla 2.** Distribución de Frecuencias de Diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Urgencias Medellín 2014.

Dx CIE-10	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.	27	0,59%	11	0,5%	16	0,6%
F01 Demencia vascular.	8	0,17%	4	0,2%	4	0,2%
F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.	3	0,07%	3	0,1%	0	0,0%
F03 Demencia sin especificación.	74	1,61%	35	1,7%	39	1,5%
F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.	6	0,13%	2	0,1%	4	0,2%
F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.	85	1,84%	37	1,8%	48	1,8%
F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.	23	0,50%	6	0,3%	17	0,6%
F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.	14	0,30%	13	0,6%	1	0,0%
F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.	81	1,76%	71	3,5%	40	1,5%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.	603	13,09%	411	20,4%	192	7,3%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	616	13,37%	426	21,1%	190	7,2%
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)	1.458	31,64%	511	25,4%	947	36,1%
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	1.471	31,92%	422	20,9%	1.049	40,0%
F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	48	1,04%	23	1,1%	25	1,0%
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	39	0,85%	15	0,7%	24	0,9%
F70-F79 Retraso mental.	16	0,35%	9	0,4%	7	0,3%
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.	5	0,11%	3	0,1%	2	0,1%
F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	26	0,56%	10	0,5%	16	0,6%
F99 Trastorno mental sin especificación.	5	0,11%	3	0,1%	2	0,1%
<b>Totales</b>	<b>4.608</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.015</b>	<b>43,7%</b>	<b>2.623</b>	<b>56,9%</b>

Fuente: RIPS Secretaria de Salud

## Hospitalización

En hospitalización se registraron un total de 4682 RIPS asociados a los trastornos mentales y del comportamiento los cuales representaron el 2.63% (4682) del total de las hospitalizaciones (178084). En lo que respecta a los cinco principales diagnósticos se observa que trastorno afectivo bipolar episodio maniaco presente con síntomas psicóticos, trastorno mental orgánico o sintomático no

especificado, esquizofrenia paranoide, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos y psicosis de origen no orgánico no especificada representando el 34% del total de todos los registros de RIPS en hospitalización.

Para una mejor visualización de los códigos de CIE 10 se agruparon por cada una de las categorías o grupos de indica la Clasificación internacional de enfermedades, identificando que los tres principales grupos son: F30-F39 Trastornos del humor (afectivos) con un 37.59% (1760), en segundo lugar F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes con un 20.76% (972) y por último los F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas con un 17.51% (820), representando estos tres el 75.87% del total de todas las consultas registradas. Tabla 3

**Tabla 3.** Distribución de Frecuencias de Diagnósticos por enfermedades relacionadas a trastornos mentales. Servicios de Hospitalización, Medellín 2014.

Dx CIE-10	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.	9	0,19%	3	0,1%	6	0,3%
F01 Demencia vascular.	7	0,15%	3	0,1%	4	0,2%
F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.	6	0,13%	4	0,2%	2	0,1%
F03 Demencia sin especificación.	30	0,64%	12	0,5%	18	0,8%
F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.	5	0,11%	4	0,2%	1	0,0%
F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.	203	4,34%	96	3,8%	107	5,0%
F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.	28	0,60%	15	0,6%	13	0,6%
F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.	11	0,23%	6	0,2%	5	0,2%
F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.	385	8,22%	185	7,3%	200	9,3%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.	820	17,51%	634	25,1%	186	8,6%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	972	20,76%	689	27,2%	283	13,1%
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)	1.760	37,59%	676	26,7%	1.084	50,3%
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	330	7,05%	140	5,5%	190	8,8%
F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	43	0,92%	24	0,9%	19	0,9%
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	23	0,49%	10	0,4%	13	0,6%
F70-F79 Retraso mental.	20	0,43%	9	0,4%	11	0,5%
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.	2	0,04%	0	0,0%	2	0,1%
F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	12	0,26%	10	0,4%	2	0,1%
F99 Trastorno mental sin especificación.	16	0,34%	9	0,4%	7	0,3%
<b>Totales</b>	<b>4.682</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.529</b>	<b>54,0%</b>	<b>2.153</b>	<b>46,0%</b>

Fuente: RIPS Secretaria de Salud

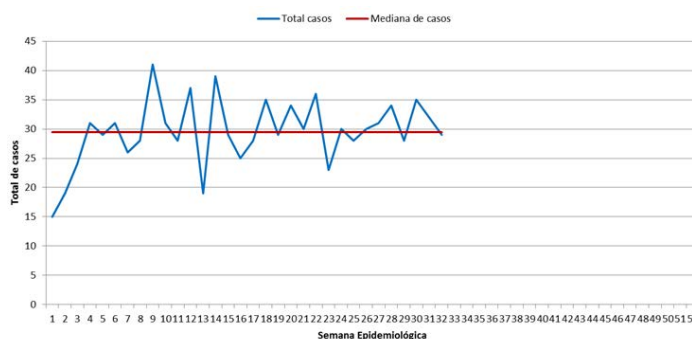
## Comportamiento Medellín a periodo 8 de 2015: Por edad, sexo y semana

### Intento Suicidio

Hasta el octavo periodo epidemiológico (semana 32), se han presentado 844 casos de intentos de suicidio, 13% más que el periodo anterior, con un promedio de 29.5 casos por semana epidemiológica, manteniéndose constante con el periodo anterior; estos notificados por SIVIGILA; y por los programas de la administración (Escuelas de la Secretaría de Salud y Escuelas para la vida de la Secretaría de Educación, Salud en el hogar, Metro, Buen vivir en Familia, Comisarías y 123 mujer) que realizan intersectorialidad se han reportado alrededor de 353 casos en lo que va corrido del año, cada uno de los casos ha sido dirigido para las visitas de conducta suicida en casi un 70%, debido a errores en los teléfonos y direcciones de los pacientes.

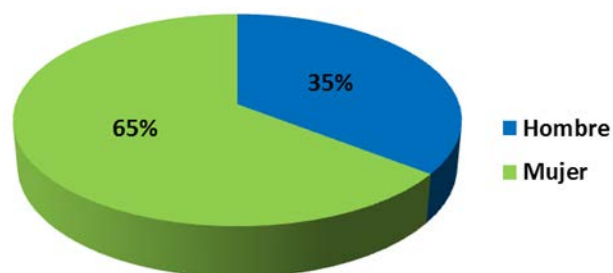
Del total de casos (SIVIGILA) el 65% eran en mujeres y el resto en hombres, si bien las mujeres siguen teniendo un mayor número de casos; si se observa un porcentaje importante en hombres, porcentajes similares al periodo anterior.

**Figura 47.** Intentos de Suicidio, según semana epidemiológica, Medellín 2015.



Fuente: SIVIGILA Secretaría Salud Medellín 2015

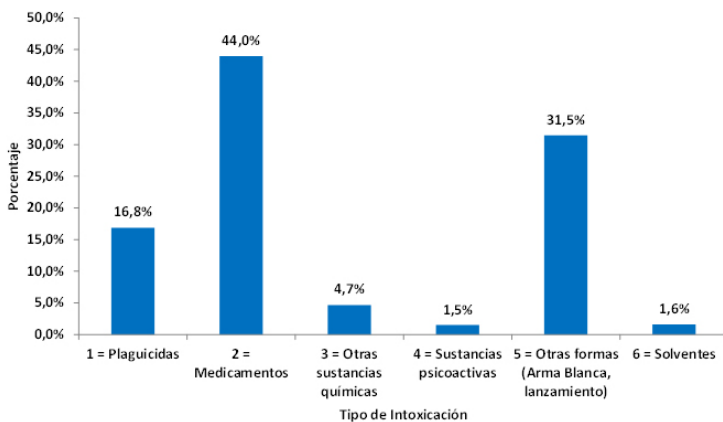
**Figura 48.** Intentos de Suicidio, según semana epidemiológica, Medellín 2015.



Fuente: SIVIGILA Secretaría Salud Medellín 2015

El método utilizado para los intentos corresponden a los medicamentos y otras formas de intoxicación en un 44% y 31.5% respectivamente. Se han identificado varios casos con intoxicación con sustancias químicas prohibidas, a las cuales se ha realizado la respectiva investigación de campo (ejemplo matarratas campeón y guayaquil). El 67.4% de los pacientes fueron hospitalizados y el resto no lo fue, situación somilar al periodo anterior y aunque la guía recomienda observación por 72 horas, no es posible identificar si la persona quedó en urgencia u en observación

**Figura 49.** Intentos de Suicidio, según tipo de intoxicación, Medellín 2015.

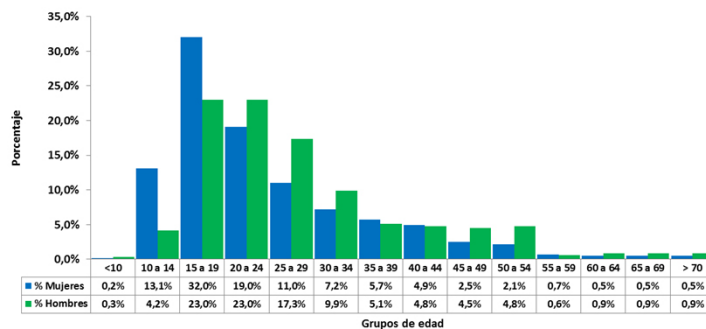


Fuente: SIVIGILA Secretaría Salud Medellín 2015

Cuando se evalúan el grupo de edad los niños, adolescentes y jóvenes acumulan el 72% de los casos (< 29 años), se reportan muy pocos eventos a partir de los 55 años (3%). También se observa que a partir de los 25 y hasta los 39 años ambos sexos tienen pocas diferencias, incluso en términos porcentuales de acuerdo a sus dominadores los hombres superiores, contrario a las edades desde los 10 hasta los 19, donde las mujeres llevan la mayor parte en el registro de casos en términos porcentuales.

También se observa como hasta este periodo las edades de 45 años en adelante se comportan similares en ambos sexos, dejando de lado la proporción en donde los eventos en las mujeres son mayor que los hombres, a partir de este grupo de edad son similares, a pesar que son pocos respecto a la proporción general.

**Figura 50.** Intentos de Suicidio, según grupos de edad, Medellín 2015.



Fuente: SIVIGILA Secretaría Salud Medellín 2015

## Suicidios

Hasta el mes de Agosto se han presentado 88 muertes por este evento confirmadas y 12 casos pendientes de confirmación para un total de 100 eventos contando los casos confirmados y sospechosos. Por lo tanto en este informe epidemiológico hablaremos del reporte de 100 casos y se caracterizan los mismos. Del total de casos sospechosos y confirmados 82 (82%) son hombres y es raro son mujeres.

Diez (10) de las muertes ocurrieron en menores de edad con una edad, 2 más que el periodo anterior. La edad máxima de 17 y mínima de 14. Veintiocho (28) de las muertes estaba entre 18 y 29 años, cuarenta y cinco (45) estaban entre los 30 y 59 años; y diecisiete (17) casos tenían más de 60 años. Por mes el promedio es de 12.5 casos.

Según el método utilizado para el evento 58 (58%) de los casos fueron por ahorcamiento, 14 (14%) impacto de arma de fuego, 18 (18%) Lanzamiento al vacío y/o a la vía o caída de altura; 5 (5%) son por intoxicación; 3 (3%) por arma cortante.

### Conclusiones

Se deben de seguir con las acciones de vigilancia Epidemiológica en todos los entornos para la conducta suicida como se han venido haciendo desde hace varios años, esto ha permitido que la ciudad tenga un descenso importante en el número de casos y se puede evidenciar que cuando las acciones son interrumpidas se aumentan los casos, como ocurrió en el año 2012, cuando la tasa se incrementó hasta 6.2 por cada 100 mil; la tasa más alta que se ha presentado en los últimos 4 años.

Se observa que las acciones de IEC, que otros programas y proyectos lograron con los datos del año 2014, permitieron los descensos de las tasas en varias comunas que tenían altas tasas. Sin embargo se deben reformar y mejorar las acciones en aquellas comunas que presentaron incrementos en el año 2014 y seguir manteniendo las acciones en comunas donde las tasas descendieron.

Se debe poner especial atención con las estimaciones de la OMS, en donde se estima que para el 2030, la depresión será una de las principales causas del suicidio, y éste también representará la mayor causa de pérdida de años saludables de vida después del VIH/SIDA (Salud,

2013). Por lo tanto se deben seguir identificando los casos por RIPS y plantear estrategias de vigilancia al respecto.

Es importante enmarcar los grupos de edad, en especial de 15 a 34 donde las tasas son más altas, y lograr que el fenómeno siga cambiando a través de los años, ya que los años de vida que se pierden en población económicamente activa son indicadores devastadores para la ciudad.

### Recomendaciones

Si usted o un amigo y familiar tiene algún problema de salud mental, existen recomendaciones importantes para tomar medidas necesarias para revertir las alteraciones y desde el grupo familiar, colegios y personas cercanas a los grupos de edad que las padecen, reconozcan los factores de riesgo y se actúe de forma inmediata, entre las más recomendables se tienen

- Comunicarse constantemente con las personas afectadas y motivarlas para que desarrollen habilidades como la creatividad, la habilidad para hacer peticiones, sus capacidades de aprendizaje, el compañerismo, la habilidad para establecer relaciones con otras personas, con el fin de que logren enfrentarse a las situaciones de la vida cotidiana y no recurran a la autoagresión u otros impulsos dados de la enfermedad.
- Fomentar constantemente la autoestima, la autoacusación y los sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia su entorno.

- Motivar a las personas para que definan metas claras y realistas sobre la vida y los sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia su entorno.
- Consultar de manera oportuna al médico general y comentarle las dificultades que se presentan en salud y en especial en salud mental.

También existen signos que podría permitir identificar el riesgo en las personas, dentro de los más críticos se tienen:

- Intentos directos de cometer suicidio
- Amenazas directas o indirectas de cometer el suicidio
- Pérdida de interés en actividades que eran previamente placenteras
- Disminución súbita en el desempeño escolar
- Cambios inusuales en el sueño o hábitos alimentarios
- Irritabilidad inusual
- Aislamiento de sus amigos y grupo familiar

**Todos podemos contribuir con una buena salud mental. ¿Y tú qué haces por tú salud mental y la de quienes te rodean?**

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud – OMS/WHO. Reseña del año 2005. [www.who.int](http://www.who.int)
2. Ministerio de la Protección social. Estudio Nacional de Salud Mental 2015.
3. Instituto Nacional de Salud. Guía de protocolos de Vigilancia Epidemiológica. 2014 [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)
4. Instituto Nacional de Salud. Informe anual de eventos. 2014
5. Revista Forenses. Datos para la Vida. Violencias. Bogotá 2015
6. Informe anual de Eventos de Salud mental. Programa de Vigilancia Epidemiológica. Secretaria de Salud de Medellín 2014.

