

Boletín de salud mental Salud mental en niños, niñas y Adolescentes

La salud mental en niños, niñas y adolescentes

En la Encuesta Nacional de Salud mental 2015, se evaluó el componente de salud mental en sentido positivo, identificando “necesidades, posibilidades y recursos individuales y colectivos en pro de la “buena vida” personal y colectiva, desde criterios éticos que orienten la acción permanente de su promoción y cuidado.”³ A las personas se les preguntó ¿cómo es su salud mental?, en los niños de 7 a 11 años respondieron sus padres o cuidadores, 49,8% de estos consideraron que la salud mental de los niños era excelente, 30,8% que era muy buena y 17,8% buena. Los adolescentes perciben su salud mental como excelente en el 36,6% de los casos, muy buena, 27,1% y buena 32,5%. Por regiones, la zona Oriental y Bogotá, fueron las mejores calificadas por los adolescentes. También se indagó sobre los sentimientos de felicidad en relación con la salud mental, el resultado mostró que son más felices los jóvenes que las personas de avanzada edad, alrededor del 30% se perciben muy feliz, el 21% bastante feliz y el 41% feliz³

Epidemiología de los problemas y trastornos mentales y del comportamiento a nivel mundial

A nivel global entre 10 y 15 niños, niñas y adolescentes (NNA) de cada 100, presentan problemas y/o trastornos mentales, los cuales se han asociado a la presencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, abandono escolar, conductas delictivas y otros problemas sociales. En América Latina y el Caribe las cifras son similares (prevalencia del 12,7% al 15%) y se han vinculado a estos los problemas nutricionales, lesiones perinatales, falta de estimulación temprana, entre otros.

Los expertos consideran que el desarrollo de las habilidades sociales y las capacidades de afrontamiento, ayudarán a prevenir enfermedades como la depresión y ansiedad, la anorexia, la bulimia y otros trastornos alimenticios, así como el consumo de sustancias

Situación actual del país

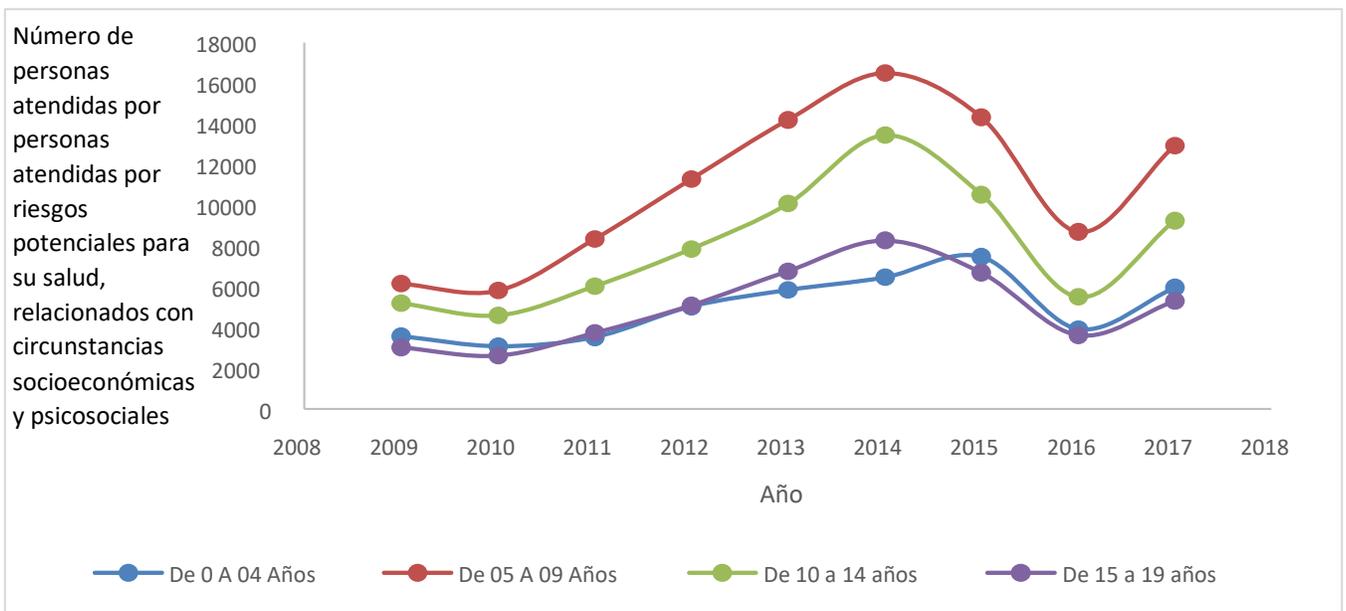
Problemas mentales en niños, niñas y adolescentes

Si bien no hay una definición de problemas mentales que sea lo suficientemente abarcadora del concepto, desde el grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, de la Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social, se ha construido una que seguramente seguirá evolucionando, hasta que se logre un consenso, estos se describen como los “síntomas o conductas que no constituyen una enfermedad mental diagnosticada pero que producen malestar emocional y disfunción en las capacidades para relacionarse con los otros y que requieren apoyo social y clínico. Se trata de riesgos potenciales para la salud mental relacionados con circunstancias

socioeconómicas y psicosociales. La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su versión 10, - CIE10- los clasifica con los códigos del Z55 al Z65 (personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales) y X60 a X84 (lesiones autoinflingidas intencionalmente)”.

Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales (CIE10: Z55-Z65). En la serie disponible en SISPRO, de 2009 a 2017, se encontró que fueron llevados a consulta en los 8 años de la serie, 44.931 niños y niñas de 0 a 4 años por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales, 98.373 personas de 5 a 9 años, 72.588 entre 10 y 14 años y 45.169 adolescentes de 15 a 19 años.

Gráfico 1. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales, de 2009 a 2017, en Colombia

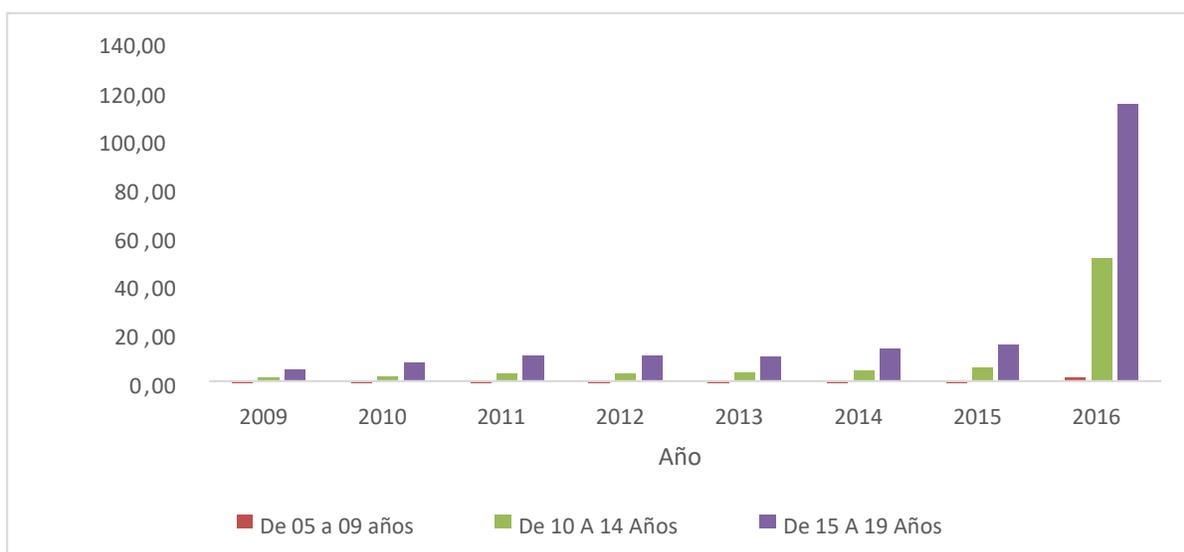


El año con mayor número de NNA atendidos por esta causa fue 2014, en el cual se alcanza el punto máximo de una tendencia al ascenso que venía desde 2010, para luego presentarse comienza un declive en el número de personas que se atienden por estas causas, en 2017 volvió a subir la demanda por estos servicios, los niños de 5 a 9 años fueron los que más asistieron a consulta. Ver gráfico 1.

Lesiones autoinflingidas intencionalmente (Intento de suicidio)

Las tasas de intento de suicidio de 2009 a 2016 fueron extraídas de la bodega de datos del SISPRO, en 2016 el Instituto Nacional de Salud dio inicio a la vigilancia epidemiológica del evento y el público en general puede hacer seguimiento territorial y nacional del mismo a través de los boletines que esta entidad pública a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, esta fuente se integró al SISPRO.

Gráfico 2. Tasa de Intento de suicidio en NNA de 2009 a 2016, por 100.000 habitantes, en Colombia.



Como se puede observar en el gráfico 2, a partir de 2016 se elevaron significativamente las cifras, esto podría explicarse porque el evento se comenzó a vigilar, pero también se incrementaron los casos, se pasó de una tasa de intento de suicidio - en personas de 15 a 19 años - de 15 por 100.000 habitantes en 2015, a una tasa de 114,4 en 2016, este grupo poblacional es el más afectado. En todos los grupos de edad, el evento fue más frecuente en las mujeres. En números absolutos, hubo también un aumento en los eventos notificados de 2.016 a 2.017, (el crecimiento estuvo entre el 50% y 75%) se espera que en algún momento de los próximos 2 años, las cifras se estabilicen, no solo por las intervenciones que se están llevando a cabo, sino por la mejoría en los procesos de notificación, todo hace suponer que antes de 2016 había mucho subregistro. Ver tabla 1.

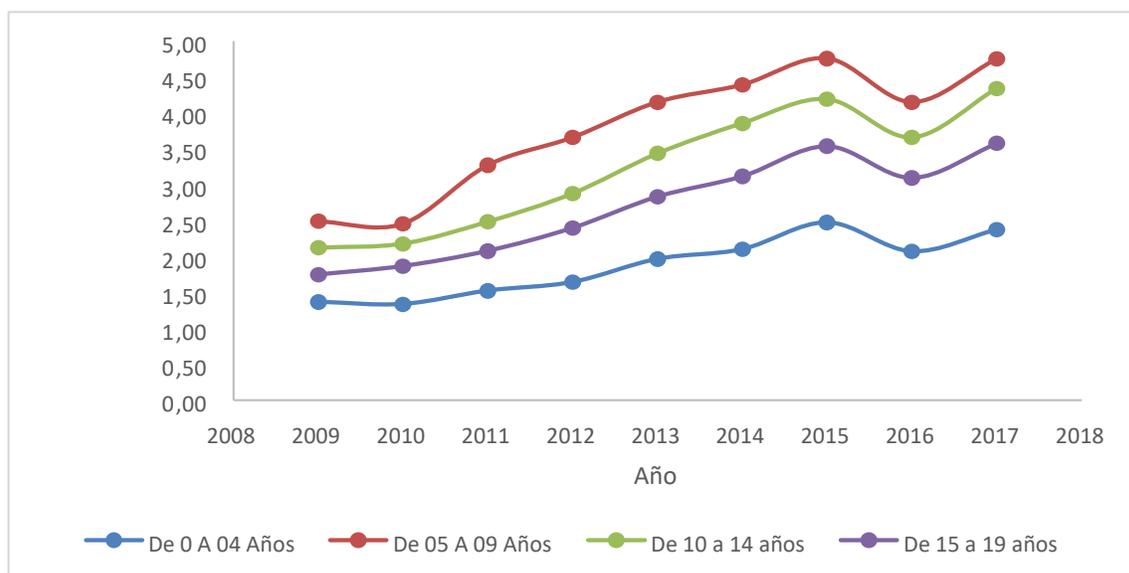
Tabla 1. Número de casos de intento de suicidio en niños, niñas y adolescentes, en 2016 y 2017, en Colombia.

Edad	2016	2017
De 05 a 09 años	66	114
De 10 a 14 años	2173	3330
De 15 a 19 años	4946	7665

Trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes

En relación con los trastornos mentales, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM 5- los define, en singular como “un síndrome con relevancia clínica; esto es, una colección de síntomas (pueden ser conductuales o psicológicos) que causa a la persona discapacidad o malestar en el desempeño social, personal o laboral”⁵. Lo que se ha observado en Colombia es que el número de personas de 0 a 19 años que consultan por trastornos mentales y del comportamiento es cada día mayor. De 2009 a 2017 se atendieron 2.128.573 niños, niñas y adolescentes con diagnósticos con código CIE 10: F00 a F99 (que agrupa los trastornos mentales y del comportamiento), con un promedio de 236.508 de personas atendidas por año, la tendencia es al aumento de casos cada año, con un descenso importante en 2016. Ver gráfico 3. Los jóvenes de 5 a 9 años fueron quienes más asistieron a consulta durante toda la serie estudiada, no se observaron diferencias significativas según el sexo en relación con la distribución del evento. Ver gráfico 3.

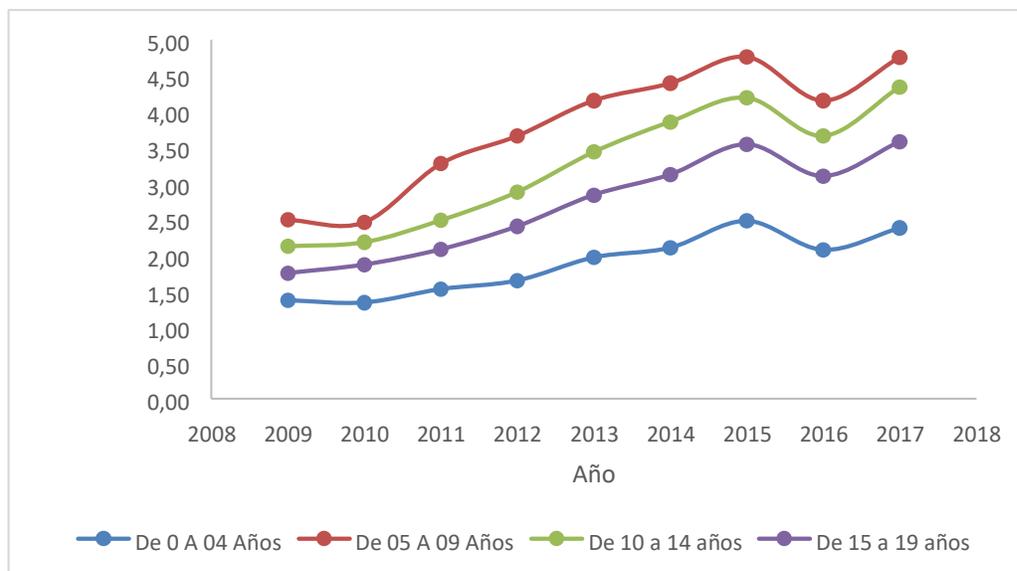
Gráfico 3. Porcentaje de personas de 0 a 19 años atendidas por trastornos mentales y del comportamiento en Colombia, de 2009 a 2017.



Depresión

La depresión puede afectar a personas de todas las edades, se han asociado factores psicológicos, biológicos y sociales con la presencia de la enfermedad. La bodega de datos del SISPRO muestra que entre 2009 y 2017, asistieron a consulta por esta causa 141.364 personas de 0 a 19 años (Códigos CIE10 F32 y F33), en promedio se atendieron 15.707 por año. El año en que más población se atendió fue 2017, con 24.554. Ver gráfico 4.

Gráfico 4. Número de personas de 0 a 19 años atendidas por diagnóstico de depresión (CIE10: F32-F33), de 2009 a 2017, en Colombia.



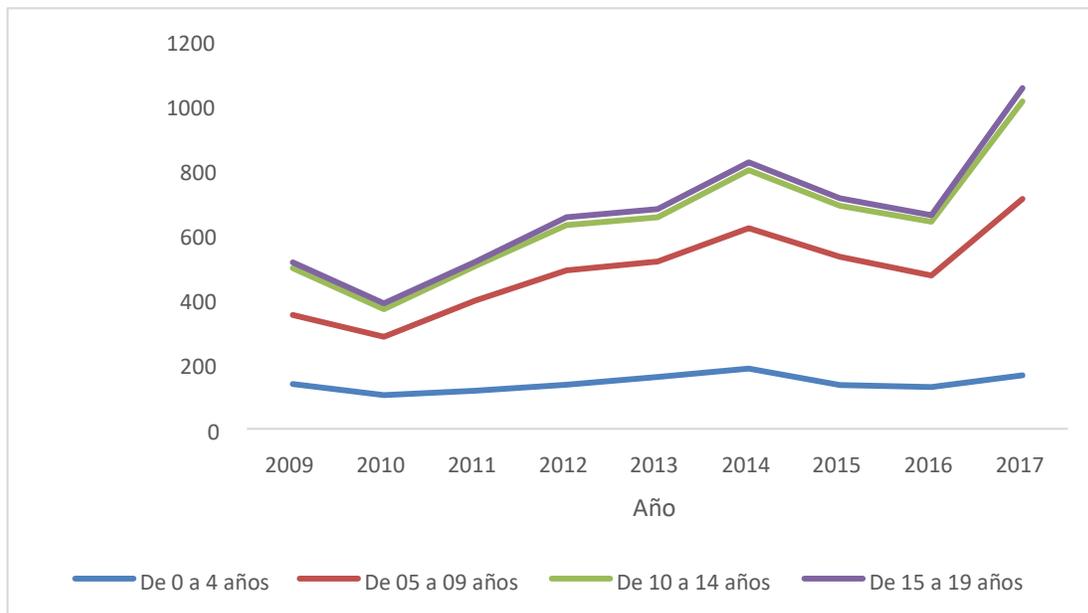
El 59,3% de los NNA atendidos son de sexo femenino. El tipo de depresión más frecuentemente diagnosticado es el episodio depresivo moderado, con el 32,7% de los casos. El grupo de 15 a 19 años son los más afectados por la enfermedad.

Ansiedad

La ansiedad incluye un espectro amplio de diagnósticos (el CIE 10 menciona al menos 12 tipos distintos), en los niños el más frecuente es el trastorno de ansiedad de separación en la niñez, otros menos frecuentes son el trastorno de ansiedad fóbica en la niñez y el trastorno de ansiedad social en la niñez. En la adolescencia y la adultez son reportados con mayor frecuencia los trastornos de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica), otros trastornos de ansiedad especificados y los no especificados, entre otros. Los síntomas de ansiedad se pueden presentar solos o asociados con diferentes desórdenes mentales (trastornos mixtos).

El trastorno de ansiedad de separación en la niñez se caracteriza por una ansiedad excesiva y anormal frente a la separación del hogar o de aquellos a quienes el niño está apegado 5.

Gráfico 5. Número de personas niños, niñas y adolescentes atendidos por diagnóstico de Trastorno de ansiedad de separación en la niñez (CIE10: F930) de 2009 a 2017, en Colombia



De 2009 a 2017 se atendieron 38.896 personas de 0 a 19 años con diagnóstico de anorexia, con un promedio de 4.322 pacientes atendidos por año, el 60,8% eran de sexo femenino. El grupo de 0 a 4 años tuvo el mayor número de personas atendidas, con 13.324 en los 9 años de la serie de tiempo analizada (34,2% del total), seguido del grupo de 5 a 9 años con 10.458 (26,9%), esto podría explicarse porque los profesionales de la salud están registrando en esta categoría los casos que cursan con falta de apetito, muy frecuentes en la infancia, en lugar de los casos que configuran el trastorno psicogénico de la alimentación conocido como anorexia. En cualquier caso, la tendencia del evento es a la disminución de su frecuencia, desde 2015. Ver gráfico 7.

Le siguen en frecuencia el trastorno de la ingestión de alimentos no especificado (con 13.156 personas atendidas en el período analizado), otros trastornos de la ingestión de alimentos (con 11.233), los vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas (con 5.432) y la bulimia (con 2.633 pacientes atendidos).

Epilepsia

La epilepsia es una patología que afecta al tejido cerebral, es crónica y se manifiesta con convulsiones, pueden presentarse otros síntomas como ausencias, pérdidas del conocimiento, alteraciones cognitivas o de los órganos de los sentidos. Afecta a personas de todas las edades en todo el mundo.

Tabla 2. Número de personas de 0 a 19 años atendidas por epilepsia (códigos CIE10: G40 y G41), de 2009 a 2017.

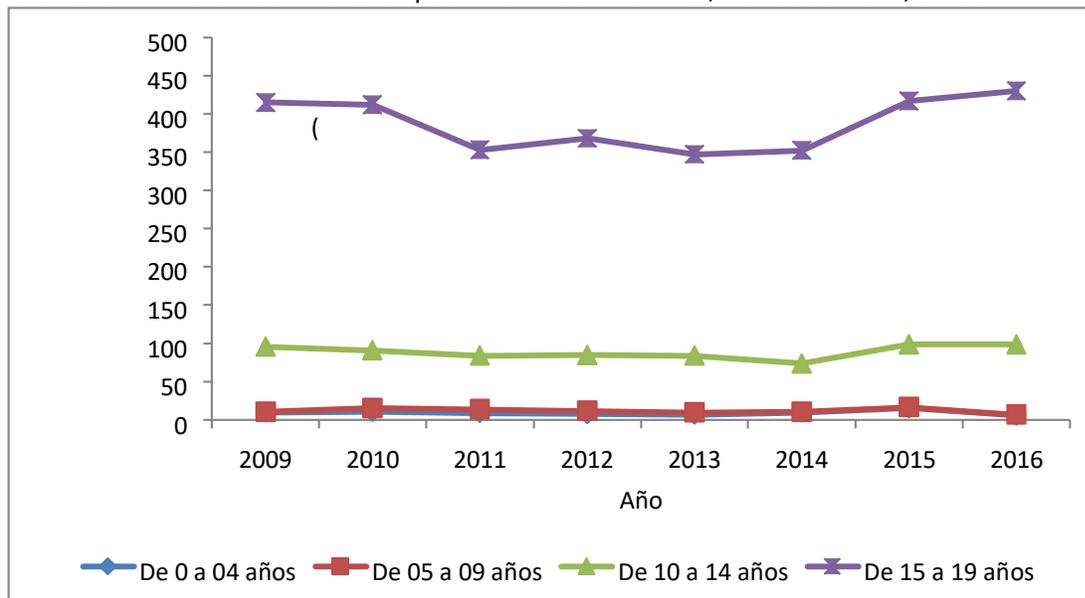
Edad	Años								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 0 a 4 años	6.598	6.607	7.358	7.438	7.424	10.728	7.945	5.738	6.617
De 5 a 9 años	6.627	6.923	8.060	9.033	9.289	12.747	9.891	8.334	9.184
De 10 a 14 años	8.218	8.278	9.484	10.269	10.269	13.304	10.856	9.114	9.872
De 15 a 19 años	9.256	10.536	11.631	12.808	12.808	16.796	12.919	10.820	12.050

De 2009 a 2017 consultaron por esta causa 345.621 personas de 0 a 19 años, el grupo de edad con mayor número de personas diagnosticadas fue el de 15 a 19 años (31,6%). En promedio se atendieron 38.402 personas cada año. La tendencia del evento fue hacia el incremento, hasta 2014, luego descendió su frecuencia en 2015 y 2016, pero en 2017 volvió a incrementarse el número de niños, niñas y adolescentes atendidos por esta causa. Ver tabla 2.

Mortalidad por suicidio

Se analizó el comportamiento del suicidio de 2009 a 2016 en personas de 0 a 19 años, se encontró que en esta serie de tiempo se presentaron 3.094 suicidios, con un promedio de 387 por año. Ver gráfico 8.

Gráfico 8. Número de suicidios en población de 0 a 19 años, de 2009 a 2016, en Colombia



El grupo entre 15 y 19 años presentó el mayor número de casos en los 8 años estudiados, con 2.382 que corresponde al 77% de los casos en niños, niñas y adolescentes. El suicidio es más frecuente en hombre (65,1%) que en mujeres (34,9%).

Carga de la enfermedad

Tasa de Mortalidad (TM). El estudio de Estimación de la Carga de Enfermedad para Colombia, 2010 reportó que la primera causa de muerte en el país es la cardiopatía isquémica con una tasa de 79,7 por 100 mil habitantes, seguida de las agresiones con 48,8.

En población de 0 a 4 años, la primera causa de mortalidad es asfixia y trauma al nacer, no hay enfermedades mentales dentro de las primeras 5 causas. En población de 5 a 14 años se observa 1 evento relacionado con salud mental dentro de las primeras 5 causas de mortalidad que se agrupa como "otras enfermedades neuropsiquiátricas".

En población de 15 a 29 años, el estudio reporta la tercera causa de mortalidad en ambos sexos, en este grupo son las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio), con una TM de 14,3 x 100 mil en hombres y 4.5 x 100 mil en mujeres.

Carga de enfermedad. En general Colombia tuvo para 2010 una carga de enfermedad de 269 Años de Vida Ajustados por Discapacidad -AVISAS - por cada 1000 personas (211 AVISAS de discapacidad y 58 de AVISAS de mortalidad).

En población de 0 a 4 años la mayor carga de enfermedad la tienen los AVISAS por discapacidad, el primer lugar en la carga de enfermedad la tiene el bajo peso al nacer, no hay enfermedades mentales en los primeros lugares. En personas de 5 a 14 años, el 80% de los AVISAS son por discapacidad, hay 2 eventos de salud mental dentro de las primeras causas de carga de la enfermedad: la epilepsia y las agresiones.

En el grupo de 15 a 29 años, la mayor carga de enfermedad es por AVISAS de discapacidad (81%); las cardiopatías hipertensivas tienen la mayor carga. Dentro de las primeras 7 causas hay 5 eventos relacionados con la salud mental de las personas: La depresión unipolar (con mayor carga de enfermedad en mujeres), las agresiones, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, y los trastornos mentales por uso de alcohol.

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental

Problemas mentales. Para la detección de síntomas sugestivos de problemas mentales, se aplicó el Cuestionario de Reporte de Niños (RQC), el cual fue respondido por los cuidadores de los niños y niñas de 7 a 11 años. Los síntomas más frecuentes fueron lenguaje anormal en el 19,6%, asustarse o ponerse nervioso sin razón con 12,4% y dolores de cabeza frecuente, con 9,5%. Ver tabla 3.

Tabla 3. Síntomas más frecuentes en población infantil según sexo en Colombia.

Síntomas en niños según el RQC	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Lenguaje anormal	19,1	16,4-22,2	20,2	17,2-23,5	19,6	17,6-21,9
Dormir mal	6,3	4,4-8,9	5,6	3,8-8,1	5,9	4,6-7,7
Convulsiones o caídas al suelo sin razón	2,4	1,7-3,5	*	*	2,6	2,0-3,5
Dolores frecuentes de cabeza	8,2	6,4-10,4	11,2	9,1-13,8	9,7	8,3-11,4
Haber robado cosas de la casa	*	*	*	*	2,1	1,4-3,0
Asustarse o ponerse nervioso sin razón	11,2	9,1-13,8	13,5	11,0-16,4	12,4	10,7-14,3
Parecer retardado o lento para aprender	9,2	7,0-12,0	5,5	4,2-7,3	7,3	6,0-8,9
Jugar poco con otros niños	10,0	7,7-12,8	9,0	7,1-11,5	9,5	8,0-11,3
Orinarse o defecar en la ropa	*	*	*	*	2,9	2,0-4,2

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Nota 2: no se presenta la estimación de haber huido de la casa por ser imprecisa.

El 11,7% de los niños ha sufrido por lo menos un evento traumático y el 46,8% de estos ha presentado síntomas después del evento. El estudio sugiere que al menos el 44,7% de la población de 7 a 11 años, debería ser evaluado por un profesional de la salud mental, con el fin de evaluar la presencia de problemas o trastornos mentales.

En adolescentes de 12 a 17 años, se aplicó el Cuestionario de auto-reporte (SRQ por sus siglas en inglés); el 12,2% fue reportado positivo para algún síntoma de trastorno mental, el 4,3% tuvo más de 5 síntomas de ansiedad, el 3,9% tuvo más de 7 síntomas de depresión, el 10,1% tuvo síntomas sugestivos de psicosis y el 2% presentaron síntomas de convulsiones o epilepsia. El 17,8% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses y el 3,5% ha consumido marihuana alguna vez en la vida (de estos 48,8% lo ha hecho en los últimos 12 meses). El consumo de cigarrillo fue de 3,4% el último año.

El 29,3% de los adolescentes ha tenido al menos un evento traumático, como accidente de tránsito, robo, atraco, entre otros.

Trastornos mentales. Para el tamizaje de estos trastornos se aplicó el Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-P), en población de 7 a 11 años. El 3,2% presentó cualquier trastorno en los últimos 12 meses, el trastorno de la atención e hiperactividad, TDAH fue el más frecuente en este grupo, con una frecuencia del 3%.

En los adolescentes se utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI). El 4,4% presentó cualquier trastorno mental, el 3,5% presentó cualquier trastorno de ansiedad y el 3,4% presentó fobia social, estos fueron los trastornos mentales más prevalentes.

Lo que hace Colombia por la salud mental de los niños, niñas y adolescentes con problemas y/o trastornos mentales

PLANES DE BENEFICIOS

- El Ministerio ha gestionado un aumento progresivo de los contenidos de salud mental en el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (antiguo POS).

- Se ampliaron y actualizaron los estándares de habilitación para la prestación de servicios en salud mental mediante las Resoluciones 1441 de 2013 y 2003 de 2014
- La Resolución 518/2015 incluye entre las tecnologías en salud a desarrollar por parte de todas las entidades territoriales del país la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental, así como las Zonas de Orientación Escolar y los Centros de Escucha, los cuales permiten una penetración de los entornos comunitario, familiar y educativo para disponer actividades de educación en salud y apoyo psicosocial.

DESARROLLOS TÉCNICOS

- Actualmente se está trabajando en la formulación del Plan Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida 2017 -2021
- Este Ministerio ha desarrollado diferentes lineamientos técnicos, Manuales, Abecés y emprendido acciones para que los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud realicen acciones de prevención, intervención y gestión de la salud pública
- Se han elaborado o adaptado las Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos y la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol, la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida, la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre diagnóstico y tratamiento de epilepsia y Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia .
- Desarrollo del Modelo de Atención para Eventos Emergentes en Salud Mental, en el marco del Sistema General de Seguridad en Salud, el cual incluye entre ellos la conducta suicida y la violencia escolar entre pares.
- Desarrollo del Orientaciones Técnicas con Enfoque Intercultural para la Promoción de la Salud Mental, la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Conducta Suicida en Población Indígena.
- En 2016 se llevó a cabo la adaptación de la Guía del Programa de Acción Mundial para la Superación de Brechas de Atención en Salud Mental – MhGAP al Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Se diseñó y validó la Estrategia de Comunicación para la Reducción del Estigma en Salud Mental, Desarrollo de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en salud Mental y se incluyó como una tecnología en salud en el Plan de Intervenciones Colectivas –PIC.
- Este Ministerio ha puesto a disposición de los diferentes actores del SGSSS y demás actores sociales interesados, una compilación de material para la prevención e intervención de la conducta suicida Disponible en el Repositorio Institucional Digital:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Se realizó la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, lo que permite caracterizar la salud mental en diferentes grupos poblacionales.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En asocio con el Instituto Nacional de Salud – INS se desarrolló el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica del Intento de Suicidio, el cual fue incorporado a los eventos de notificación obligatoria del Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA a partir del 1º de enero de 2016.

IMPLEMENTACION DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

El Ministerio de Salud y Protección Social formalizó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) a través de la Resolución 429 de 2016, cuya finalidad primordial es centrar la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo.

La política comprende un componente estratégico que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo y un componente operativo, que consiste en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el cual se constituye en el marco para la organización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas, planes, programas, proyectos e intervenciones en salud individual y colectiva. Una de las acciones que se deben desarrollar para la implementación del modelo son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

Una de las acciones que se deben desarrollar para la implementación del modelo son las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). El Ministerio ha definido la Ruta de A 20 Promoción y Mantenimiento de la Salud y 16 rutas integrales de atención para grupos de riesgo, entre estas se encuentra la RIA de problemas y trastornos mentales y del comportamiento.

FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO

En asocio con el SENA, se desarrolló en 2017 el curso de profundización en salud mental “Cuidado de la Salud Mental en los Entornos de Vida” dirigido a auxiliares de enfermería y técnicos en salud pública.

Por otra parte, se llevó a cabo la adaptación y capacitación al personal de salud del nivel no especializado en la Guía del Programa de Acción Mundial para la Superación de Brechas de Atención en Salud Mental – MhGAP.