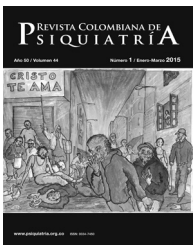
PSIQUIATRÍA ACP

REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Trastornos mentales desde la perspectiva del trauma y la violencia en un estudio poblacional

Sara Orrego[a], *Gloria María Sierra Hincapié*[b] y *Diana Restrepo*[b,*]

[a] *Estudiante de Internado de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia*
[b] *Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad CES, Medellín, Colombia*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 7 de octubre de 2018
Aceptado el 17 de febrero de 2019
On-line el 18 de abril de 2019

Palabras clave:
Violencia doméstica
Exposición a la violencia
Desastres naturales
Refugiados
Trastornos mentales

RESUMEN

Introducción: Los eventos traumáticos y la violencia son problemas de salud pública generalizados. No tienen límites de edad, sexo o nivel socioeconómico. Se comparó la prevalencia de trastornos mentales y las características sociodemográficas desde la perspectiva de eventos traumáticos y tipos de violencia en población general.

Material y métodos: Estudio observacional de prevalencia, con fuente de información secundaria, en población general de 13 a 65 años, seleccionados al azar. La entrevista se realizó con la *Compositum International Diagnosis Interview,* la cual genera diagnósticos psiquiátricos según el DSM-IV. Las variables incluidas fueron: eventos traumáticos agrupados en 5 categorías: relacionadas con el conflicto armado, violencia sexual, violencia intrafamiliar, otras violencias, traumas y algunos trastornos mentales. Se compararon las prevalencias de trastornos mentales en las 5 categorías de eventos traumáticos. Se definió la significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: La violencia sexual e intrafamiliar fueron más prevalentes en mujeres ($p < 0,05$). En los menores de 13 años, la depresión mayor relacionada con el conflicto armado tuvo una prevalencia del 48,3%, con diferencia significativa con los demás grupos de traumas ($p = 0,015$). Todas las prevalencias de los trastornos de inicio en la infancia mostraron diferencias significas en el grupo de violencia relacionada con el conflicto armado ($p < 0,05$), y la ideación suicida fue mayor en el grupo de violencia sexual ($p = 0,006$).

Discusión: Se encontraron altas prevalencias de trastornos mentales en personas con exposición en la vida a eventos traumáticos y violencia. En quienes experimentaron eventos traumáticos relacionados con el conflicto armado y la violencia sexual, se encontraron las más altas prevalencias de algunos trastornos mentales.

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: dianarestrepobernal@gmail.com (D. Restrepo).
https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.02.003
0034-7450/© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Mental disorders in the context of trauma and violence in a population study

Keywords:
Domestic violence
Exposure to violence
Natural disasters
Refugees
Mental disorders

ABSTRACT

Introduction: Traumatic events and violence are widespread public health problems. They do not have limits related to age, sex or socioeconomic level. The prevalence of mental disorders and sociodemographic characteristics were compared in the context of traumatic events and types of violence in the general population.

Materials and methods: Observational prevalence study with a secondary information source, in the general population aged 13 to 65 years, selected at random. The interview was conducted using the Compositum International Diagnosis Interview which generates psychiatric diagnoses according to the DSM-IV. The variables included were traumatic events grouped into five categories: related to armed conflict, sexual violence, interfamily violence, other types of violence, traumas and some mental disorders. The prevalence of mental disorders was compared in the five categories of traumatic events. Statistical significance was defined as a p value of < 0.05.

Results: Sexual and interfamily violence were more prevalent in women ($p < 0.05$). In those under age 13, major depression related to armed conflict had a prevalence of 48.3%, with a significant difference from the other trauma groups ($p = 0.015$). All prevalences for childhood-onset disorders showed significantly different prevalences compared with the group for violence related to armed conflict ($p < 0.05$) and suicidal ideation was higher in the sexual violence group ($p = 0.006$).

Discussion: High prevalences of mental disorders were found in people who had been exposed to traumatic events and violence. In those who experienced traumatic events related to armed conflict and sexual violence, higher prevalences of certain mental disorders were detected.

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El trauma y la violencia son problemas de salud pública generalizados, dañinos y costosos. No tienen límites en cuanto a edad, sexo, nivel socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual. El trauma es una experiencia común entre adultos y niños en las poblaciones de todo el mundo y es especialmente común en las vidas de las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias. Por esta razón, es necesario abordar el trauma como un antecedente importante dentro de la atención integral en salud y en los procesos de recuperación y rehabilitación[1].

La exposición a eventos traumáticos varía ampliamente según los contextos donde se estudie. Se han reportado prevalencias en la población general que varían entre el 60,6 y el 90,0%[2]; en Colombia, el 40,2% de los adultos entre los 18 y los 44 años y el 41,4% de los adultos de 45 o más años han sufrido por lo menos 1 evento traumático y un tercio de los que han estado expuestos a violencia intrafamiliar reportan trauma psicológico[3].

En un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevado a cabo en 21 países, más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos violentos; el 21,8% había sufrido violencia interpersonal; el 18,8%, accidentes; el 17,7%, exposición a conflictos bélicos, y el 16,2%, eventos traumáticos relacionados con seres queridos[4].

La literatura confirma la mayor prevalencia de trastornos mentales en poblaciones expuestas a eventos traumáticos[5]. Se han propuesto 3 teorías generales de la relación entre trastornos mentales y eventos vitales: *a)* la teoría cuantitativa (Holmes et al.[6], 1967), la cual propone un efecto acumulativo del modelo de estrés, en el que la cantidad y el peso de los eventos vitales, pero no su cualidad o su significado, están relacionados con psicopatología; *b)* la teoría cualitativa (Paykel[7], 1971), la cual propone que no es el cambio relacionado con el trauma en sí mismo, sino lo indeseable del cambio, lo que genera el estrés y las consecuencias adversas de este, y *c)* teoría cualitativa específica (Seligman[8], 1967), que indica que hay eventos específicos que determinan afecciones específicas.

Colombia es un país sometido a situaciones de violencia, algunas de ellas, enmarcadas en el conflicto social armado que por 60 años ha enfrentado a los colombianos como guerrilleros, narcotraficantes, paramilitares, fuerzas armadas o población civil, dejando miles de muertos, desaparecidos y desplazados[9]. La violencia en Colombia ha ocupado los primeros lugares como causa de muertes, hospitalizaciones, atención en urgencias e incapacidad[10].

Entre 1998 y 2012, se produjeron 331.470 homicidios, con un promedio de 22.098 homicidios por año[11]. Actualmente están registradas 8.307.777 víctimas del conflicto armado y el país cuenta 7,4 millones de desplazados internos, lo cual solo recientemente se ha superado por la guerra en Siria[12].

Las situaciones de trauma y violencia ofrecen la oportunidad de examinar cómo se relacionan estos eventos con los trastornos mentales. En este contexto, Itagüí-Antioquia se ha identificado en la últimas 3 décadas como un municipio con altas tasas de homicidios, criminalidad y violencia intrafamiliar[13].

El objetivo de este estudio es comparar la prevalencia y las características sociodemográficas de algunos trastornos mentales desde la perspectiva de 5 grupos de eventos traumáticos y de violencia en población general de Itagüí-Antioquia.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de prevalencia, a partir de fuente de información secundaria del estudio Salud Mental Itagüí[14], un estudio poblacional que aplicó la metodología del *World Mental Health Survey,* lo que permitió estimar como principales indicadores de resultado la frecuencia de los trastornos mentales estudiados mediante las proporciones de prevalencia de vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, según los criterios del DSM-IV. La entrevista se aplicó cara a cara en el hogar.

Caracterización del municipio de Itagüí

El municipio de Itagüí, uno de los más pequeños y más densamente poblados de Colombia, abarca 21,09 km^2. Para el año 2012, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población era de 258.520 habitantes, de los que el 91% residía en zona urbana. En cuanto a la distribución por grupos de edad, el 4% eran menores de 5 años; el 24%, menores de 15; el 9%, mayores de 60; el 9%, población adolescente de 15-19 años, y el 34%, mujeres fértiles entre 10 y 49 años. El 47,7% de la población se encuentra en el estrato socioeconómico medio bajo, seguido por el bajo (42,8%) y el bajo-bajo (6,8%). La tasa de desempleo de varones y mujeres en zona urbana fue del 10,9% y en zona rural, del 12,5%. La tasa de mortalidad general del año 2011 fue de 4,7/1.000 habitantes. La principal causa de muerte en el 2011 fueron las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades respiratorias; las agresiones (homicidios) fueron la principal causa de muerte entre la población joven.

Población de estudio

Se trata de personas de la población general no institucionalizada, residente en el área urbana, con hogar fijo en el municipio de Itagüí en el año 2012 y con edades entre los 13 y los 65 años seleccionadas al azar.

Criterios

Los criterios de inclusión fueron: *a)* antecedente de evento traumático en la vida; *b)* edad de 13 a 65 años, y *c)* ambos sexos. El criterio de exclusión fue la falta de información sobre las variables del estudio. Para el estudio, se define caso como la persona que respondiera afirmativamente a cualquiera de las preguntas que indagaban por 21 eventos traumáticos incluidos en este estudio y que la entrevista CIDI introducía de la siguiente forma: «En la siguiente parte de la entrevista vamos a hablar de acontecimientos muy estresantes que pueden haberle ocurrido a lo largo de la vida. . .». En la tabla 1 se puede observar cómo se agruparon los diversos eventos traumáticos y relacionados con violencia.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para la estimación de una proporción poblacional, para lo que se utilizó un nivel de confianza del 99%, una precisión del 5% y una prevalencia estimada del 5,9%, prevalencia anual esperada para depresión según los resultados del Primer Estudio de Salud Mental, Medellín 2011-2012. El tamaño muestral calculado fue de 900 personas consideradas como unidades finales para el análisis del estudio. La encuesta finalmente se aplicó a 896 personas de diferentes estratos socioeconómicos en las 6 comunas de Itagüí. Se entrevistó en cada casa seleccionada.

Instrumento

Se aplicó la entrevista CIDI-OMS, entrevista psiquiátrica altamente estructurada que permite realizar diagnósticos de trastornos psiquiátricos según los criterios del DSM-IV. Para este estudio, se usó la versión CIDI-CAPI empleada en el Primer Estudio de Salud Mental, Medellín[15]. La entrevista CIDI comprende 2 etapas: la primera tamiza cualquier trastorno mental. En caso de que resulte positivo, el entrevistado pasa a la segunda etapa. De los entrevistados que dieron negativo en la primera etapa, se seleccionó al azar al 25% para aplicarles la segunda etapa y garantizar un número adecuado de posibles casos y controles. Aplica la entrevista personal lego en salud mental entrenado por el equipo de investigadores. La encuesta tiene una duración de aproximadamente 2 h, que depende del número de respuestas afirmativas de cada entrevistado.

Variables

Para el estudio, la variable dependiente fue el antecedente de evento traumático en la vida. Los acontecimientos traumáticos tamizados en la entrevista CIDI se agruparon en 5 categorías: *a)* situaciones relacionadas con el conflicto armado colombiano; *b)* violencia intrafamiliar; *c)* violencia sexual; *d)* otras violencias, y *e)* traumas. En la tabla 1 se presentan las situaciones traumáticas que conforman cada grupo. Otras variables incluidas en el estudio fueron: sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil) y clínicas psiquiátricas (trastornos afectivos, trastornos ansiosos, trastornos por uso de sustancias, trastornos de inicio en la niñez y adolescencia y comportamiento suicida: ideas, planes e intentos suicidas).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas. Como indicadores epidemiológicos, se utilizaron las prevalencias de trastornos mentales en los 5 grupos de eventos traumáticos en la población de estudio. Como

Tabla 1 – Grupos de eventos traumáticos incluidos en el estudio

Situaciones relacionadas con el conflicto armado	Violencia intrafamiliar	Violencia sexual	Otras violencias	Otros traumas
• Experiencias de guerra • Colaborador humanitario en zona de guerra • Civil en zona de guerra • Civil en zona de terrorismo • Refugiado • Secuestrado	• Palizas de padres o cuidadores en la niñez • Palizas por esposo/a o pareja • Ver peleas físicas en el hogar	• Violación • Violencia sexual • Acoso o persecución	• Palizas de otra persona • Atracado o amenazado con un arma • Causar accidentalmente heridas graves o la muerte de alguien • Infligir heridas a otro a propósito; torturar o matar a alguien • Ver atrocidades	• Exposición a sustancias químicas tóxicas • Accidente de tráfico • Accidente que habría podido causarle la muerte • Desastre natural • Desastre causado por el hombre

la variable edad no tuvo una distribución normal, se presenta la mediana [intervalo intercuartílico]. Las variables cualitativas se presentan como frecuencias absolutas y relativas. Se buscaron diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias de los trastornos mentales en los 5 grupos de eventos traumáticos mediante la prueba de la χ^2, y se estableció un nivel de significación estadística del 5% ($p < 0,05$).

Sesgos

Los sesgos en que pudo incurrir este estudio son: *a)* de selección, que se minimizó por el diseño muestral con probabilidad de selección igual hasta el nivel de hogar; el diseño seleccionado fue probabilístico y multietápico en población general no institucionalizada, y *b)* de información, que se minimizó al utilizar la entrevista estructura CIDI, empleada en el estudio mundial de salud mental y con las adecuadas validez, sensibilidad y especificidad para los trastornos mentales que incluye. La versión empleada en este estudio ya se usó en el primer estudio de salud mental, Medellín y fue validada lingüística y culturalmente[15]. Este manuscrito fue revisado para su publicación con las guías STROBE para estudios observacionales[16].

Consideraciones éticas

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Investigación Universitario. Según la resolución 8430 de Colombia, esta investigación se clasifica como «sin riesgo». El estudio primario solicitó consentimiento informado a los mayores de edad y se solicitó asentimiento a los menores de edad y el consentimiento informado a sus padres o tutores; se garantizó en todo momento la confidencialidad de la información analizada. La información se analizó con el *software* SPSS versión 21.0 (SPSS Inc.; Chicago, Illinois, Estados Unidos), licencia amparada por la Universidad CES.

Resultados

Se incluyó a 294 personas de las que se obtuvo información completa de todas las variables de estudio. Se evaluó a las personas según el evento traumático que identificaron como el de mayor importancia traumática en sus vidas. La edad al producirse estos eventos traumáticos estuvo entre los 7 y los 18 años (tabla 2). Al comparar las variables sociodemográficas en los diferentes grupos de acontecimientos traumáticos, se encontraron diferencias por sexo en los grupos de violencia sexual e intrafamiliar, en los que el 86 y el 66% eran mujeres. En las demás variables sociodemográficas no se observaron diferencias significativas entre los grupos (tabla 3).

Prevalencias de trastornos mentales según edad y evento traumático

En cada grupo de eventos traumáticos, se determinó la prevalencia de los trastornos mentales incluidos. Se segmentó la población en 2 grupos de edad, ≤ 13 y ≥ 14 años (tabla 4 y tabla 5).

Trastornos mentales en población con evento traumático ocurrido hasta los 13 años

Evento traumático relacionado con conflicto armado colombiano

En este grupo, se encontraron altas prevalencias de los diferentes trastornos mentales. Cuando se observa por trastornos mentales agrupados, se encontró que los trastornos de ansiedad presentaban la mayor prevalencia (el 55,2% de las personas con este tipo de trauma). Por trastornos individuales, la depresión mayor alcanzó una prevalencia del 48,3%, seguida por el trastorno negativista desafiante (37,9%) y la ideación suicida (34,5%).

Violencia intrafamiliar

Entre los trastornos mentales agrupados, el comportamiento suicida tuvo la más alta prevalencia (30,2%). Individualmente, destacaron la ideación suicida (30,2%) y la depresión mayor (23,3%).

Otras violencias

Por grupos de trastornos mentales, destacó la prevalencia del comportamiento suicida (40,7%). Individualmente, el trastorno de conducta (18,5%).

Otros traumas

Por grupos de trastornos, destacan los trastornos de ansiedad con el 31,4%. Individualmente, la ideación suicida (25,7%), seguida por la depresión mayor (20%), el trastorno por uso de drogas y el trastorno por estrés postraumático (14,3%).

Tabla 2 – Características sociodemográficas de la población de estudios según grupo de trauma y violencia

	Conflicto armado, n (%)	Violencia intrafamiliar, n (%)	Otras violencias, n (%)	Otros traumas, n (%)	Violencia sexual, n (%)	p
Sexo						
Varones	42 (56)	52 (34)	97 (52)	66 (49)	6 (14)	< 0,001
Mujeres	33 (44)	103 (66)	89 (48)	70 (51)	38 (86)	< 0,001
Grupo de edad						
13-18 años	12 (16)	26 (17)	27 (15)	22 (16)	5 (11)	0,915
19-29 años	23 (31)	34 (22)	35 (19)	25 (18)	12 (27)	0,188
30-44 años	19 (25)	43 (28)	52 (28)	42 (31)	11 (25)	0,906
45-65 años	21 (28)	52 (34)	72 (39)	47 (35)	16 (36)	0,569
Nivel de escolaridad agrupado						
Ninguno	1 (1)	2 (1)	1 (1)	1 (1)	2 (5)	0,266
Primaria	4 (5)	18 (12)	21 (11)	12 (9)	2 (5)	0,365
Secundaria	34 (45)	71 (46)	76 (41)	61 (45)	18 (41)	0,881
Técnica-tecnológica	30 (40)	46 (30)	56 (30)	41 (30)	15 (34)	0,530
Universitaria	4 (5)	13 (8)	22 (12)	13 (10)	5 (11)	0,547
Posgrado	2 (3)	5 (3)	10 (5)	8 (6)	2 (5)	0,718
Estado civil						
Casado	18 (24)	44 (28)	51 (27)	32 (24)	10 (23)	0,829
Separado	6 (8)	10 (6)	14 (8)	10 (7)	7 (16)	0,351
Divocidado	1 (1)	5 (3)	4 (2)	5 (4)	3 (7)	0,463
Viudo	5 (7)	8 (5)	4 (2)	3 (2)	1 (2)	0,255
Soltero	35 (47)	62 (40)	77 (41)	56 (41)	14 (32)	0,626
Unión libre	10 (13)	26 (17)	36 (19)	30 (22)	9 (20)	0,565
Total		75	155	186	136	44

Tabla 3 – Estadísticos descriptivos de la edad al producirse el evento traumático, por grupos de trauma y violencia

	Conflicto armado	Violencia intrafamiliar	Otras violencias	Otros traumas	Violencia sexual
n	73	134	184	133	43
Media	17,9	9,1	21,3	20,4	12,1
Mediana	15,0	7,0	18,0	18,0	10,0
Moda	10,0	7,0	16,0	10,0	8,0
Desviación estándar	10,7	6,4	9,9	10,9	6,3
Intervalo	44,0	35,0	60,0	48,0	24,0
Mínimo	1,0	3,0	4,0	2,0	4,0
Máximo	45,0	38,0	64,0	50,0	28,0
Percentiles					
25	10,0	6,0	15,0	13,0	7,0
50	15,0	7,0	18,0	18,0	10,0
75	23,5	10,0	26,0	26,5	17,0

Violencia sexual

En este grupo se encontró la más alta prevalencia de comportamiento suicida, del 65,5%. Entre los trastornos individuales, la depresión mayor y el trastorno negativista desafiante destacaron con el 20,7% de prevalencia.

En el grupo de eventos traumáticos relacionados con el conflicto armado, se observaron prevalencias del 31,0% de trastorno por estrés postraumático y del 17,2% de trastorno de ansiedad por separación, lo cual determinó una diferencia significativa con los demás grupos de eventos traumáticos (p = 0,013 y p = 0,001). La depresión mayor en el grupo relacionado con el conflicto armado tuvo una prevalencia del 48,3%, con diferencia significativa frente a los demás grupos (p = 0,015).

Todas las prevalencias de los trastornos de inicio en la infancia mostraron diferencias significas en el grupo de violencia relacionada con el conflicto armado (p < 0,0001). En los trastornos por uso de sustancias, no se observó diferencia significativa entre los grupos. Las prevalencias de trastorno por uso de drogas estuvieron en el 14,3% del grupo de otros traumas y el 13,8% del de violencia relacionada con el conflicto armado colombiano. La prevalencia de ideación suicida (65,0%) fue significativamente mayor en el grupo de violencia sexual (p = 0,006).

Trastornos mentales en población con evento traumático ocurrido a los 14 o más años

Evento traumático relacionado con el conflicto armado colombiano

Los trastornos mentales agrupados con mayor prevalencia en este grupo fueron los trastornos afectivos (45,5%). Individualmente, la depresión mayor (34,1%), el estrés postraumático

Tabla 4 – Prevalencias (%) de trastornos mentales por evento traumático ocurrido a edad ≤ 13 años

	Guerra	Violencia intrafamiliar	Otras violencias	Otros traumas	Violencia sexual	Valor p
Trastorno de pánico	0	0	0	0	3,4	0,127
Ansiedad generalizada	6,9	5,2	7,4	8,6	0,0	0,620
Fobia específica	17,2	14,7	11,1	17,1	17,2	0,956
Fobia social	13,8	4,3	11,1	2,9	10,3	0,230
Agorafobia	0	0	0	0	0	NA
Estrés postraumático	31,0	7,8	7,4	14,3	17,2	0,013
Ansiedad por separación	17,2	0,9	0,0	2,9	6,9	0,001
Obsesivo-compulsivo	3,4	0,9	3,7	0,0	0,0	0,502
Cualquier trastorno de ansiedad	55,2	24,1	22,2	31,4	41,4	0,012
Depresión mayor	48,3	23,3	11,1	20,0	20,7	0,015
Distimia	0	0,9	3,7	2,9	6,9	0,275
Bipolar I, II y Sub	6,9	4,3	11,1	0,0	10,3	0,249
Cualquier trastorno afectivo	55,2	28,4	22,2	20,0	34,5	0,022
Déficit de atención	27,6	4,3	11,1	11,4	10,3	0,006
Trastorno de conducta	20,7	3,4	18,5	5,7	6,9	0,008
Negativista desafiante	37,9	6,0	11,1	8,6	20,7	< 0,001
Cualquier trastorno impulsivo	44,8	9,5	22,2	20,0	27,6	< 0,001
Trastornos por consumo de alcohol	24,1	8,6	3,7	11,4	10,3	0,113
Trastornos por consumo de drogas	13,8	7,8	3,7	14,3	10,3	0,544
Cualquier trastorno por uso de sustancias	24,1	12,9	3,7	17,1	17,2	0,254
Ideación suicida en la vida	34,5	30,2	40,7	25,7	65,5	0,006
Planeación suicida en la vida	17,2	12,1	25,9	14,3	27,6	0,191
Intento de suicidio en la vida	13,8	14,7	22,2	14,3	17,2	0,886
Comportamiento suicida en la vida	34,5	30,2	40,7	25,7	65,5	0,006

NA: no aplicable.

Tabla 5 – Prevalencias (%) de trastornos mentales por evento traumático ocurrido a edad ≥ 14 años

	Guerra	Violencia intrafamiliar	Otras violencias	Otros traumas	Violencia sexual	p
Trastorno de pánico	2,3	5,6	1,3	2,0	0	0,733
Ansiedad generalizada	6,8	5,6	3,2	4,1	7,1	0,822
Fobia específica	18,2	16,7	14,6	16,3	35,7	0,379
Fobia social	6,8	16,7	4,5	11,2	7,1	0,183
Agorafobia	2,3	0	1,3	0	0	0,674
Estrés postraumático	31,8	27,8	15,9	16,3	7,1	0,077
Ansiedad por separación	0	11,1	3,2	8,2	14,3	0,057
Obsesivo-compulsivo	0	0	1,3	2,0	0	0,826
Cualquier trastorno de ansiedad	43,2	61,1	34,4	42,9	57,1	0,109
Depresión mayor	34,1	38,9	22,9	27,6	28,6	0,438
Distimia	0	5,6	0	0	0	0,002
Bipolar I, II y Sub	11,4	5,6	7,0	8,2	0	0,684
Cualquier trastorno afectivo	45,5	44,4	29,9	35,7	28,6	0,302
Déficit de atención	6,8	5,6	5,7	5,1	0	0,907
Trastorno de conducta	4,5	0	3,8	5,1	0	0,788
Negativista desafiante	15,9	16,7	8,9	11,2	7,1	0,625
Cualquier trastorno impulsivo	22,7	16,7	12,7	16,3	7,1	0,475
Trastornos por consumo de alcohol	13,6	22,2	13,4	11,2	21,4	0,672
Trastornos por consumo de drogas	4,5	5,6	11,5	6,1	0	0,287
Cualquier trastorno por consumo de sustancias	18,2	27,8	20,4	15,3	21,4	0,729
Ideación suicida en la vida	29,5	38,9	30,6	28,6	42,9	0,778
Planeación suicida en la vida	9,1	22,2	11,5	12,2	21,4	0,521
Intento de suicidio en la vida	13,6	11,1	12,7	13,3	21,4	0,921
Comportamiento suicida en la vida	29,5	38,9	30,6	28,6	42,9	0,778

(31,8%) y la ideación suicida (29,5%) fueron los de más alta prevalencia.

Violencia intrafamiliar

En este grupo traumático, los trastornos mentales agrupados más prevalentes fueron los trastornos de ansiedad (61,1%). Por separado, la depresión mayor (38,9%), el estrés postraumático (27,8%) y los trastornos por uso de alcohol (22,2%).

Otras violencias

Los trastornos de ansiedad agrupados fueron los de mayor prevalencia (34,4%). La ideación suicida (30,6%), la depresión

mayor (22,9%) y el estrés postraumático (15,9%) lo fueron individualmente.

Otros traumas
Los trastornos de ansiedad agrupados tuvieron la más alta prevalencia (42,9%). Por separado, la ideación suicida (28,6%), la depresión mayor (27,6%) y el trastorno de estrés postraumático (16,3%.

Violencia sexual
Los trastornos de ansiedad agrupados mostraron la mayor prevalencia (57,1%). Individualmente, la ideación suicida (42,9%), la fobia específica (35,7%), la depresión mayor (28,6%) y los trastornos por uso de alcohol (21,4%).

En este grupo de edad, solo en el grupo de violencia intrafamiliar se encontró diferencia significativa en distimia, con una prevalencia del 5,6% (p = 0,002). En la tabla 4 se toman las mayores prevalencias de cada trastorno mental según la categoría del trauma y se comparan por grupos de edad (≤ 13 y ≥ 14 años).

Discusión

Este estudio poblacional con personas entre 13 y 65 años exploró la ocurrencia de eventos traumáticos y la presencia de trastornos mentales. Los resultados son representativos de la población general. El principal hallazgo de este estudio es la alta prevalencia de trastornos mentales en los expuestos a situaciones traumáticas a lo largo de la vida. Estas prevalencias fueron mayores en el grupo que sufrió el trauma a edad ≤ 13 años, donde se observaron diferencias significativas en algunas categorías de eventos traumáticos, como la violencia por conflicto armado y la violencia sexual. Estos hallazgos coinciden con estudios que han señalado la exposición a trauma en la niñez como un factor de riesgo de enfermedad menta[14,17].

En un metanálisis reciente, Hughes et al.[18] encontraron que la exposición a 4 eventos vitales se asocia con un incremento en el riesgo de mala salud mental, física y sexual, uso de sustancias, exposición a violencia en calidad de víctima o victimario e inactividad física; por lo tanto, los efectos de experiencias traumáticas tempranas son profundas y difusas. Este estudio permite observar la temprana exposición a diversas formas de violencias y traumas.

Trastorno de estrés postraumático y eventos traumáticos

En un estudio con refugiados sirios, Cheung et al.[19] encontraron una prevalencia de trastorno por estrés postraumático del 43,0%, frente al 5,52% de ansiedad y el 5,69% de depresión. Estos resultados difieren de los nuestros pues, si bien la depresión y el estrés postraumático tuvieron altas prevalencias, en el nuestro fue mayor la prevalencia de depresión (el 38,9 frente al 27,8%).

Wright et al.[20], en un estudio que incluyó a 301 adolescentes, encontraron que el antecedente de negligencia y abuso emocional en la niñez se asociaron significativamente con síntomas de depresión y ansiedad. En nuestro estudio encontramos que, entre los niños con algún evento traumático en los primeros 13 años de vida, el 24,1% de los sometidos a violencia intrafamiliar tenían algún trastorno de ansiedad. En la Encuesta de Salud Mental de 2015, el riesgo de los adultos de 45 y más años expuestos a eventos traumáticos en Colombia es del 3,12% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 2,36%-4,12%) y en los de 18-44 años, del 3,29% (IC95%, 2,57%-4,21%)[21].

Depresión mayor y eventos traumáticos

En nuestro estudio, las mayores prevalencias de depresión se asociaron en el grupo de traumas ocurridos hasta los 13 años con situaciones relacionadas con el conflicto armado colombiano, y en los mayores de 14, con violencia intrafamiliar. Hasta hace poco, se consideraba que los niños pequeños no recordaban o no entendían la exposición a eventos traumáticos[22]; sin embargo, cada vez resultan más claros los efectos de la guerra, el trauma y el conflicto armado en los más jóvenes[23].

En un estudio de Vitriol et al., un 50-80% de los adultos que consultaban por depresión identificaron por lo menos 1 evento traumático en la infancia[24,25]. Horesh et al.[26] realizaron un estudio de eventos estresantes en la vida y depresión, y encontraron que los eventos relacionados con pérdidas afectivas eran significativamente mayores en el grupo de depresión (p < 0,05).

Comportamiento suicida y eventos traumáticos

El comportamiento suicida se ha asociado con exposición a eventos traumáticos y violencia. Algunos mecanismos propuestos son la perturbación que los traumas generan en las relaciones interpersonales y la confianza presente y futura frente a los vínculos sociales[27].

En nuestro estudio, la mayor prevalencia de comportamiento suicida se observó en el grupo de violencia sexual, en el que 4/10 personas habían tenido comportamiento suicida y 2/5 cometieron un intento suicida, similar a lo reportado en un estudio[28] en el cual la exposición a múltiples eventos traumáticos en la niñez se asoció con intentos de suicido (*odds ratio* [OR] = 30,14; IC95%, 14,73-61,67).

Trastorno por uso de sustancias y eventos traumáticos

Las experiencias estresantes de la vida se han asociado con trastornos por consumo de alcohol[29]. En nuestro estudio la violencia intrafamiliar se asoció con la mayor prevalencia de trastorno por uso de alcohol, seguida de la de violencia sexual. Esta asociación entre trauma y trastorno por sustancias se ha reportado principalmente en mujeres[30].

En un estudio en población general, Kim et al.[31] incluyeron a 22.147 personas que habían consumido licor en los últimos 12 meses. Aquellos con el antecedente de exposición a 3 o más eventos estresantes tenían mayor asociación con dependencia al alcohol (OR = 3,15; IC95%, 2,30-4,33). En nuestro estudio, se encontró que 1/4 personas expuestas a situaciones relacionadas con el conflicto armado a edades ≤ 13 años tenía trastorno por consumo de alcohol.

En cuanto a la exposición a eventos traumáticos y uso de drogas, Carliner et al.[32] evaluaron 9.956 adolescentes y encontraron que la exposición a un evento traumático antes de los

11 años se asociaba con mayor riesgo de consumo de marihuana (riesgo relativo [RR] = 1,50; IC95%, 1,33-1,69), cocaína (RR = 2,78; IC95%, 1,95-3,97) y múltiples drogas (RR = 1,74; IC95%, 1,37-2,20). En nuestro estudio se encontraron las prevalencias más altas de trastorno por consumo de drogas en los expuestos a otros traumas y al conflicto armado antes de los 14 años.

Los hallazgos de este estudio deben interpretarse a la luz de las siguientes limitaciones. Primero, no se investigó en este estudio sobre todos los potenciales tipos de traumas a los que se puede enfrentar una persona; si bien se incluyeron 21 tipos de eventos traumáticos, no se incluyeron todos los traumas asociados con trastornos mentales. Segundo, no se evaluó el tiempo de exposición a los eventos traumáticos; sin embargo, por la naturaleza misma de los eventos traumáticos evaluados, en algunos casos una única exposición es suficiente, como ocurre con la violencia sexual. Tercero, tanto los eventos traumáticos como los trastornos mentales se basaron en lo declarado por el entrevistado, lo cual puede estar influido por sesgos de memoria; si bien se permitió un ambiente privado y tranquilo con garantía del anonimato que favorecía la confianza para revelar los eventos y síntomas mentales, no se puede garantizar la fidelidad del recuerdo. Cuarto, algunos trastornos mentales asociados con eventos traumáticos no fueron considerados —como por ejemplo el trastorno límite de la personalidad y la esquizofrenia—, porque la base de datos empleada no incluía estos diagnósticos. Quinto, por tratarse de un estudio transversal, no se puede hablar de causalidad entre los eventos traumáticos y los trastornos mentales. Y sexto, el diseño muestral del estudio primario tenía una finalidad diferente de la del estudio actual.

A pesar de estas limitaciones, este estudio provee información valiosa relacionada con eventos traumáticos en la vida y la ocurrencia de trastornos mentales.

Finalmente, los hallazgos de este estudio son coherentes con la literatura científica relacionada con el tema, que coincide en señalar la exposición a eventos traumáticos en la vida, particularmente en la niñez, como un factor clave asociado con desenlaces negativos en salud mental. Si bien se ha ido ganando conciencia sobre el impacto de la violencia sexual y la violencia relacionada con conflicto armado o situaciones de guerra, es importante considerar otros eventos traumáticos como la violencia intrafamiliar e interpersonal como factores que pueden dañar la salud mental de quienes la sufren. Se requieren más estudios locales que exploren las consecuencias de la exposición temprana a traumas y violencias desde el punto de vista de desenlaces de salud mental. Futuras investigaciones podrían buscar la determinación de factores protectores para los expuestos a traumas y violencias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach — SMA14-4884.pdf [Internet]. Disponible en: https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA14-4884/SMA14-4884.pdf. Consultado 23 Mar 2018.
2. Medina-Mora ME, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. Salud Pública México. 2005;47:8–21.
3. Gómez-Restrepo C, Tamayo Martínez N, Buitrago G, et al. Violencia por conflicto armado y prevalencia de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población colombiana. Resultados del Estudio de Salud Mental en Colombia, 2015. Rev Colomb Psiquiatr. 2016;45:147–53.
4. Comité Permanente entre Organismos (IASC). Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia. Ginebra: IASC; 2007. Disponible en: http://www.humanitarianinfo.org/iasc.
5. Horesh N, Sever J, Apter A. A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder. Compr Psychiatry. 2003;44:277–83.
6. Holmes TH, Rahe R. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res. 1967;11:213–8.
7. Payel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH. Scalling of life events. Arch Gen Psychiatry. 1971;25:340–7.
8. Seligman MEP, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. Exp Psychol. 1967;74:1–9.
9. Calderón-Rojas J. Etapas del conflicto armado en Colombia: hacia el posconflicto. Latinoamérica. 2016;62:227–57.
10. Duque LF, Klevens J. La violencia en Itagüí. Antioquia: prevalencia y distribución. Biomédica. 2000;20:161–8.
11. Chaparro-Narváez P, Cotes-Cantillo K, León-Quevedo W, Castañeda-Orjuela C. Mortalidad por homicidios en Colombia, 1998-2012. Biomédica. 2016;36:572–82.
12. Gómez-Restrepo C, Cruz-Ramírez C, Medina-Rico M, Rincón CJ. Mental health in displaced children by armed conflict. national Mental Health survey Colombia 2015. Acta Esp Psiquiatr. 2018;46:51–7.
13. Duque LF, Klevens J. La violencia en Itagüí. Antioquia. II. Factores asociados. Biomédica. 2001;21:289–97.
14. Torres de Galvis Y, Mejía-Montoya R, Bareño-Silva J, et al. Primer estudio de salud mental en población general Itagüí 2012. Medellín: Litografía Lineal; 2012.
15. Von elm E, Altamn DG, Egger M, Pocock SJ, Gotzche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la iniciativa STROBE (strengthening the reporting of observational studies in epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. Gac Sanit. 2008;22:144–50.
16. Lambert HK, King Kevin M, Monahan Kathryn C, McLaughlin KA. Differential associations of threat and deprivation with emotion regulation and cognitive control in adolescence. Dev Psychopathol. 2017;29:929–40.
17. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci. 2006;256:174–86.
18. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2017;2:e356–66.
19. Cheung Chung M, AlQarni N, AlMazrouei M, et al. The impact of trauma exposure characteristics on post-traumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity among Syrian refugees. Psychiatry Res. 2018;259:310–5.
20. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. Child Abuse Negl. 2009;33:59–68.
21. Gómez-Restrepo C, Escudero de Santacruz C, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá: Ministerio de Salud y COLCIENCIAS; 2015.

22. Osofsky JD. The effects of exposure to violence on young children. Am Psychol. 1995;50:782–8.
23. Slone M, Mann S. Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review. Child Psychiatry Hum Dev. 2016;47:950–65.
24. Vitriol V, Cancino A, Weil K, Salgado C, Asenjo MA, Potthoff S. Depression and psychological trauma: an overview integrating current research and specific evidence of studies in the treatment of depression in public mental health services in Chile. Depression research and Treatment. 2014;6:608671, http://dx.doi.org/10.1155/2014/608671.
25. Nishikawa S, Fujisawa TX, Kojima M, Tomoda A. Type and timing of negative life events are associated with adolescent depression. Front Psychiatry. 2018;9:41.
26. Horesh N, Klomek AB, Apter A. Stressful life events and major depressive disorders. Psychiatry Res. 2008;160:192–9.
27. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev. 2008;30:133–54.
28. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. JAMA. 2001;286:3089–96.
29. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, Hasin DS. Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. Psychopharmacology (Berl). 2011;218:1–17.
30. Young-Wolff KC, Kendler KS, Prescott CA. Interactive effects of childhood maltreatment and recent stressful life events on alcohol consumption in adulthood. J Stud Alcohol Drugs. 2012;73:559–69.
31. Kim JH, Martins SS, Shmulewitz D, et al. Childhood maltreatment, stressful life events, and alcohol craving in adult drinkers. Alcohol Clin Exp Res. 2014;38:2048–55.
32. Carliner H, Keyes KM, McLaughlin KA, Meyers JL, Dunn EC, Martins SS. Childhood trauma and illicit drug use in adolescence: a Population-Based National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;55:701–8.