



**UNIREMINGTON®**  
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON  
RES. 2661 MEN JUNIO 21 DE 1996

Cartilla

# MITOS Y REALIDADES SOBRE TRASTORNOS MENTALES

Facultad de Ciencias de la Salud



**Gisam**

Grupo de Investigación en  
Salud del Adulto Mayor.  
Uniremington



# AUTORES

## **Carlos Andrés Vargas Alzate**

Epidemiólogo y docente del pregrado de Medicina, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de Uniremington. Grupo de Investigación en Neurociencias y Envejecimiento - GISAM.

## **María Mercedes Uribe Isaza**

Psiquiatra y docente de la especialización en Psiquiatría, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de Uniremington. Grupo de Investigación en Neurociencias y Envejecimiento - GISAM.

## **Diana Carolina Padilla González**

Residente de psiquiatría en Uniremington.

## **Sophie Montserrat Awaad Laleman**

Estudiante de medicina en Uniremington.

## **Yesica Tatiana David Martínez**

Estudiante de diseño gráfico en Uniremington.



# CONTRIBUCIÓN

## **Conceptualización:**

Carlos Andrés Vargas Alzate y María Mercedes Uribe Isaza

## **Investigación:**

Diana Carolina Padilla González, Sophie Montserrat Awaad Laleman, Carlos Andrés Vargas Alzate, María Mercedes Uribe Isaza y Yesica Tatiana David Martínez

## **Asesoría Académica:**

Carlos Andrés Vargas Alzate y María Mercedes Uribe Isaza

## **Diseño y diagramación:**

Yesica Tatiana David Martínez

# CONTENIDO

Presentación.....	5
Introducción.....	6
Depresión.....	7
•Mito 1 y 2.....	8
•Mito 3 y 4.....	9
•Mito 5 y 6.....	10
Trastorno afectivo bipolar.....	11
•Mito 1 y 2.....	12
•Mito 3 y 4.....	13
•Mito 5 y 6.....	14
Esquizofrenia.....	15
•Mito 1 y 2.....	16
•Mito 3 y 4.....	17
•Mito 5 y 6.....	18
Trastorno de ansiedad.....	19
•Mito 1 y 2.....	20
•Mito 3 y 4.....	21
•Mito 5 y 6.....	22
Conclusiones.....	23
Referencias.....	24

# PRESENTACIÓN

El Grupo de investigación en Neurociencias y Envejecimiento – GISAM, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de Uniremington, se complace en presentar esta cartilla a las familias, cuidadores y a la comunidad en general, con el propósito de brindar información clara, confiable y basada en evidencia sobre los trastornos mentales.

A lo largo del tiempo, han surgido múltiples mitos y creencias erróneas que han contribuido a la estigmatización de quienes padecen estos trastornos. Precisamente, el contenido de esta cartilla busca desmitificar esas ideas desde una perspectiva científica y profesional, promoviendo una mirada más comprensiva, informada y respetuosa.

Agradecemos a Uniremington por su constante respaldo institucional e inspirador, así como a los estudiantes de los pregrados de Medicina y Diseño Gráfico, así como de la especialización en Psiquiatría, cuya participación ha sido fundamental para el desarrollo de este material pedagógico.

Es de resaltar que esta publicación ha ido posible gracias al apoyo financiero derivado de la convocatoria interna en 2024 por parte de Uniremington, en el marco del proyecto de investigación “Costos directos médicos de los pacientes con trastornos mentales graves en un hospital mental de referencia de Antioquia, 2019 - 2022” (código 4000000414).

# INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son enfermedades que afectan el pensamiento, el lenguaje, las emociones, el comportamiento y la manera en que nos relacionamos con los demás. Aunque son más comunes de lo que muchas personas creen, todavía existen numerosos temores y estigmas alrededor de ellos, lo cual puede dificultar el diagnóstico y el tratamiento oportuno, afectando la forma en la cual se afronta la enfermedad hacia el futuro.

En esta cartilla abordaremos cuatro de los trastornos mentales más frecuentes:

- Depresión.
- Trastorno afectivo bipolar.
- Esquizofrenia.
- Trastorno de ansiedad.

Mediante una presentación sencilla y accesible, contrastamos los principales mitos con una información basada en evidencia científica, con el fin de promover el respeto, la empatía y el apoyo a quienes sufren estos trastornos.

Les invitamos a leer esta cartilla con mente abierta y disposición al aprendizaje. Comprender la verdad detrás de los mitos es un paso importante para construir una sociedad más informada e inclusiva.

# DEPRESIÓN

Es un trastorno del estado de ánimo que provoca una profunda tristeza, la pérdida de interés por las actividades cotidianas, cambios en el apetito y en el sueño, disminución de la energía corporal y, en algunos casos, se derivan pensamientos relacionados con la muerte o suicidio.



MITO  
1

“La depresión no es real, es solamente para llamar la atención”

REALIDAD

**La depresión es una enfermedad real, no una forma de “llamar la atención”.** Afecta al cuerpo, a la mente y a las emociones individuales. No es lo mismo que estar triste por un rato. Las personas con depresión pueden sentirse vacías, cansadas, sin ganas de hacer nada y perder el interés por las cosas que antes les gustaban.

De hecho, la depresión ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud - OMS, como un trastorno que necesita tratamiento y está entre las enfermedades que más discapacidad puede causar. Decir que estas personas “solamente quieren atención” es injusto y puede hacer que quienes la padecen se sientan aún más solas y no busquen ayuda.

MITO  
2  
“La depresión es solamente tristeza”

La depresión no es solamente estar triste. Las personas que la padecen pueden tener otros síntomas además de un bajo ánimo, tales como la falta de energía, cambios en el sueño, pérdida del interés, dificultad para concentrarse, imposibilidad para disfrutar o tener pensamientos negativos.

REALIDAD

No es algo que se pase con “echarle ganas” o “distraerse”; se trata de una enfermedad que necesita tratamiento especializado y acompañamiento.

MITO  
3

“Solamente necesitas fuerza de voluntad para salir de la depresión”

REALIDAD

La depresión no es falta de carácter ni un problema de actitud. Es una enfermedad que afecta la mente, el ánimo, el cuerpo e, incluso, de manera profunda, la motivación y por tiempo prolongado. Aunque la voluntad personal es importante en cualquier proceso de recuperación, con la depresión, muchas veces, la persona no tiene energía ni para levantarse de la cama, y no es porque no quiera, es porque realmente no puede.

Minimizar la depresión diciendo que esta se “cura con ganas” genera aumento de culpa y el aislamiento de quienes la padecen. Reconocerla como una enfermedad legítima es el primer paso para acompañar sin juzgar y motivar la recuperación.

“Si tienes todo en la vida, no puedes tener depresión”

MITO  
4

La depresión puede afectar a cualquier persona, inclusive a quien, aparentemente, lo tienen todo: familia, trabajo, estabilidad económica, etc. No se trata de tener o no problemas en la vida.

REALIDAD

Es una condición que puede surgir por varios factores, incluso, cuando todo parece ir bien. Juzgarla como “ingratitude” aleja a quienes necesitan ayuda.

## “Los antidepresivos cambian tu personalidad”

## REALIDAD

Los antidepresivos no están diseñados para cambiar quién eres, sino para aliviar los síntomas que genera la depresión. Cuando una persona está deprimida puede sentirse apagada, irritable, sin energía o desconectada de lo que solía disfrutar. Los antidepresivos buscan, precisamente, restaurar el equilibrio emocional y permitirle a la persona volver a sentirse como ella misma.

Es común que, al mejorar, la persona vuelva a sonreír, tener iniciativa o participar en actividades sociales, lo cual a veces se interpreta erróneamente como un “cambio de personalidad”. Realmente, no es que el medicamento transforme a la persona, sino que la ayuda a salir de un estado que la estaba limitando. Por eso, los antidepresivos, siempre deben ser prescritos y vigilados por profesionales de la salud.



## “La depresión es la falta de Dios en la vida de alguien”

Como se ha explicado anteriormente, la depresión genera cambios biológicos en el cerebro que afectan la funcionalidad de la persona.

El componente espiritual es de gran ayuda para el tratamiento de esta enfermedad, pero se requiere del manejo y apoyo por parte de profesionales de la salud.

# TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Es una alteración del estado de ánimo que provoca cambios extremos entre episodios de depresión y de manía o euforia, afectando significativamente la calidad de vida de la persona.



MITO  
**1**

“Las personas con trastorno afectivo bipolar son las que cambian de humor muy seguido o muy repentinamente”

REALIDAD

Tener trastorno afectivo bipolar no significa cambiar de humor a cada rato ni pasar de la risa al llanto en minutos. Los cambios de ánimo, a raíz de esta enfermedad, son más intensos, duran varios días o semanas y afectan la forma como la persona piensa, actúa y se relaciona.

No es lo mismo que estar de mal humor o ser emocional; es una condición real que necesita diagnóstico y tratamiento. Pensar que el trastorno bipolar es solamente “ser cambiante” minimiza lo que viven quienes lo padecen y aumenta el estigma.

“Los pacientes con trastorno afectivo bipolar únicamente tienen un estado de ánimo: muy felices o muy tristes”

MITO  
**2**

REALIDAD

El trastorno afectivo bipolar no significa estar muy feliz o muy triste. Las personas que lo viven pueden tener diferentes tipos de episodios, como momentos de mucha energía, donde pueden hablar más de lo normal, dormir poco, hacer muchas cosas al mismo tiempo o tener ideas aceleradas (a esto se le llama “manía”). En otras ocasiones, pueden sentirse muy apagadas, sin ganas de hacer nada, con dificultad para concentrarse, incluso, con pensamientos negativos (lo que se conoce como “depresión”).

Las personas con esta enfermedad no pierden su capacidad de sentir, siguen teniendo emociones y afectos como cualquier otra persona: pueden amar, reír, enojarse o emocionarse.

MITO  
**3**

“El trastorno afectivo bipolar es solamente una excusa para justificar un mal comportamiento”

REALIDAD

El trastorno afectivo bipolar es una enfermedad mental real que puede afectar la forma en que una persona piensa, actúa y se comporta durante ciertos periodos de tiempo. Es una etapa de crisis, como una fase de manía, donde alguien puede hablar sin parar, gastar en exceso, dormir poco o actuar de forma impulsiva. Estos cambios no son voluntarios ni controlados por la persona, son síntomas del trastorno y no decisiones conscientes.

Decir que el trastorno bipolar es una excusa es irreal, injusto y aumenta el estigma. Quienes lo padecen no buscan manipular; muchas veces, ni siquiera son conscientes de lo que está ocurriendo. Con tratamiento y apoyo profesional es posible estabilizarse y llevar una vida funcional.

“Las personas con trastorno afectivo bipolar no pueden llevar una vida normal”

MITO  
**4**

Con el tratamiento adecuado, las personas con trastorno afectivo bipolar pueden estudiar, trabajar, tener relaciones estables y cumplir sus metas.

Tener este diagnóstico no significa perder la capacidad de vivir plenamente o de tomar decisiones. El rechazo social o la falta de comprensión afecta más que los mismos síntomas; por eso, el apoyo emocional hace una gran diferencia.

REALIDAD

MITO  
**5**

“Cuando se sienten bien, ya no necesitan tomar medicamentos para el trastorno bipolar”

REALIDAD

Sentirse bien no siempre significa estar completamente recuperado. En el trastorno afectivo bipolar es común que los síntomas mejoren con el tratamiento, pero eso no quiere decir que la enfermedad haya desaparecido. Suspender los medicamentos por cuenta propia aumenta el riesgo de recaídas, incluso si la persona se siente estable en ese momento.

El tratamiento funciona porque se toman regularmente los medicamentos. Abandonarlos, sin supervisión, puede llevar a nuevas crisis. Por eso, cualquier ajuste en la medicación debe hacerse con el acompañamiento del psiquiatra.

“El trastorno afectivo bipolar se da por falta de afecto”

MITO  
**6**

REALIDAD

Este trastorno se conoce como afectivo porque influye sobre los afectos (o las emociones) de forma intensa. Aun así, no está relacionado con la falta de afecto, cariño o atención por parte de familiares o seres queridos de la persona afectada.

El acompañamiento de las personas cercanas es fundamental para la recuperación, pero es necesario el tratamiento especializado con medicamentos recetados.

# ESQUIZOFRENIA

Es un trastorno mental grave que puede causar alucinaciones, delirios, desorganización en el pensamiento, en las emociones y en el comportamiento. No implica tener una “doble personalidad”, como suele creerse erróneamente.



MITO  
1

“Los pacientes con esquizofrenia hablan solos y no interactúan con nadie”

REALIDAD

No todas las personas con esquizofrenia “hablan solas” ni están aisladas todo el tiempo. Algunas, durante una crisis, pueden parecer que hablan solas porque en su interior escuchan voces o responden a cosas que los demás no perciben. También es común que se aislen o hablen poco, lo cual no significa que no quieran relacionarse.

Con el tratamiento adecuado, muchas personas con esquizofrenia pueden estudiar, trabajar, tener amigos e incluso formar una familia. Además, disfrutan el contacto social cuando se sienten aceptadas. El aislamiento suele deberse más al rechazo o al estigma frente al paciente que a la enfermedad misma.

“La esquizofrenia solamente se manifiesta en ancianos”

MITO  
2

La esquizofrenia no es una enfermedad que se manifieste solamente en personas mayores. De hecho, casi siempre comienza en la juventud, entre los 16 y 30 años. Es muy raro que aparezca por primera vez en adultos mayores.

REALIDAD

Crear que solo se evidencia en ancianos puede retardar la búsqueda de ayuda, lo que empeora el futuro de la persona que tienen la enfermedad y en los diferentes escenarios de la vida cotidiana. Detectarla a tiempo y empezar un tratamiento temprano ayuda a que la persona tenga una mejor calidad de vida.

MITO  
3

“Los pacientes con esquizofrenia son peligrosos o están locos”

REALIDAD

Pensar que tener esquizofrenia es estar “loco”, además de ofensivo es incorrecto. El término “locura” no se usa en medicina ni en salud mental, visión que solamente ayuda a reforzar el miedo, el rechazo y la desinformación. La esquizofrenia es, en esencia, una enfermedad mental.

Las personas con esquizofrenia no son agresivas ni representan un peligro para los demás. De hecho, es más común que sean víctimas de violencia que agresores. Cuando hay comportamientos agresivos, estos suelen relacionarse con otros factores como el consumo de drogas o la falta de tratamiento. Por esto, es fundamental que reciban atención y tengan un seguimiento con profesionales en salud mental.

“Los diagnosticados con esquizofrenia es porque tuvieron un trauma”

MITO  
4

Tener esquizofrenia no significa que la persona haya tenido un trauma en la infancia. Si bien vivir situaciones difíciles en la niñez puede aumentar el riesgo, no es la causa directa.

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que aparece por la combinación de muchos factores, como los genéticos y cerebrales, con la exposición a factores ambientales e incluso emocionales. Culpar a la familia o al pasado no ayuda; lo más importante es reconocer los síntomas a tiempo y brindar apoyo con empatía y sin prejuicios.

REALIDAD

## “La esquizofrenia no tiene cura”

## REALIDAD

La esquizofrenia no tiene una cura definitiva, aunque sí puede darse algún nivel de recuperación con un tratamiento adecuado. Precisamente, muchos pacientes mejoran significativamente cuando reciben medicamentos, acompañamiento psicológico y apoyo familiar o social. El tratamiento no “borra” la enfermedad, pero ayuda a controlar los síntomas y a que la persona tenga una vida estable.

La OMS explica que alrededor de un tercio de los pacientes puede alcanzar una recuperación completa de los síntomas y, muchos otros, logran mejorar con seguimiento continuo. La clave está en iniciar un temprano tratamiento y darle continuidad en el tiempo.

## “Los pacientes con esquizofrenia no tienen sentimientos”

Como cualquier persona normal, las personas con esquizofrenia sí tienen sentimientos: pueden amar, sufrir, alegrarse, sentirse solas o tener miedo. La presencia de síntomas como la expresión emocional aplanada, pueden hacer que parezcan indiferentes o desconectados, pero no personas sin sentimientos.

La dificultad está en expresar las emociones y no en sentirlas; es decir, aunque a veces los pacientes no lo demuestren fácilmente, pueden tener respuestas emocionales normales internamente. Por eso, es importante no tratarlos como si no sintieran, sino con empatía y respeto.

# TRASTORNO DE ANSIEDAD

Se caracteriza por una preocupación excesiva, miedo constante y síntomas físicos como palpitaciones, sudoración o dificultad para respirar, síntomas que interfieren con la vida diaria de la persona.



MITO  
1

“Las mujeres son las únicas que sufren de ansiedad”

REALIDAD

La ansiedad no es un asunto solamente de mujeres. Aunque en las estadísticas se reporta más en el género femenino, los hombres también sufren trastornos de ansiedad, pero a veces no lo dicen o no buscan ayuda por miedo a parecer “débiles”.

La ansiedad puede afectar a cualquier persona sin importar el género. Lo importante es reconocer los síntomas y buscar ayuda a tiempo. Visibilizar que también ocurre en hombres puede salvar vidas y reducir el estigma.

“La ansiedad es únicamente nerviosismo”

MITO  
2

REALIDAD

Sentir ansiedad, de vez en cuando, es parte de la vida. Todos podemos sentir nervios antes de un examen, una entrevista o una decisión importante. Pero los trastornos de ansiedad van mucho más allá: provocan miedo o intensas preocupaciones que son persistentes y, muchas veces, irracionales, que afectan la rutina y la calidad de vida.

No se trata simplemente de estar “preocupado” o “estresado”. Las personas con ansiedad pueden tener síntomas como palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar o problemas para dormir. También pueden evitar situaciones por miedo a perder el control. La ansiedad, cuando es constante, intensa e interfiere con lo cotidiano, requiere atención profesional. No minimizarla es el primer paso para acompañar con respeto y ayudar a quienes la viven.

## MITO 3

“Tener ansiedad es de personas débiles”

### REALIDAD

La ansiedad no tiene nada que ver con debilidad, falta de carácter o “no saber controlar los nervios”. Es un trastorno de salud mental que puede afectar a personas fuertes, responsables, exitosas o muy capaces. De hecho, muchas personas con ansiedad hacen grandes esfuerzos por cumplir con sus obligaciones, incluso, cuando internamente están sobrecargadas.

Pedir ayuda no es rendirse, es un acto de valentía. Reconocer que se necesita apoyo y buscar tratamiento demuestra fortaleza, no fragilidad. La ansiedad no distingue género, ocupación ni condición social. Hablar de ella sin prejuicios permite que más personas reciban la atención que necesitan.

“La ansiedad desaparece por sí sola”

## MITO 4

### REALIDAD

Pensar que la ansiedad es una enfermedad que desaparece por sí sola es una creencia falsa y, en muchos casos, peligrosa. Cuando este tipo de enfermedades no se trata de manera adecuada, puede mantenerse o intensificarse con el tiempo.

Ya que este es un trastorno que involucra factores biológicos, psicológicos y sociales, la atención debe ser integral para que las personas recuperen su bienestar y funcionalidad en la vida cotidiana.

MITO  
**5**

“Los ataques de pánico son exageraciones para llamar la atención”

REALIDAD

Un ataque de pánico no es un capricho ni una exageración. Es una experiencia real, intensa y muy angustiante. Quien lo vive puede sentir que se va a desmayar, perder el control o, incluso, morir. Aparecen otros síntomas como la dificultad para respirar, palpitaciones, temblores o sensación de ahogo que ocurren de forma repentina y sin una causa evidente.

Afirmar que una persona “lo está fingiendo” o “solamente quiere atención”, además de ser errado e injusto, puede generar que esta se aisle o no busque ayuda. Los ataques de pánico son parte de un trastorno que tiene tratamiento. Validar lo que siente la persona es fundamental para su recuperación.



“El problema es que es tímido, pero no necesita ayuda”

MITO  
**6**

REALIDAD

El trastorno de ansiedad es una enfermedad que puede afectar gravemente la interacción social, conllevando al aislamiento y a la pérdida de oportunidades. Esta afección va más allá de la timidez y requiere de una atención más detallada.

La mayoría de las personas con esta enfermedad responden al tratamiento y logran realizar sus actividades con sensación de bienestar y autosuficiencia.

## CONCLUSIONES

Los trastornos mentales son enfermedades reales que implican de una adecuada comprensión, diagnóstico y tratamiento oportuno. Reconocerlos como una enfermedad ayuda a derribar los mitos o comentarios que alimentan la estigmatización y retrasan la búsqueda de ayuda profesional.

La desinformación y los prejuicios alrededor los trastornos mentales generan barreras que afectan la vida de quienes padecen y sus familiares. Por ende, se debe promover información clara y basada en la evidencia científica que permita acompañar con empatía y respeto a las personas que los viven.

Finalmente, esta cartilla habla abiertamente sobre los trastornos mentales e intenta desmentir los mitos que dificultan construir una sociedad más solidaria, incluyente y consciente de la importancia del bienestar emocional. Cuidar la salud mental no es un signo de debilidad, sino un acto de responsabilidad y fortaleza.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR (5th ed., Text Revision). American Psychiatric Association.
2. American Psychiatric Association. (2023). What is schizophrenia? (APA Patients & Families resource). American Psychiatric Association.
3. Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(5), 897–910. <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
4. Cho, W. K., & Shin, W. S. (2019). Biological aspects of aggression and violence in schizophrenia. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 17(4), 475–486. <https://doi.org/10.9758/cpn.2019.17.4.475>
5. Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357–1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
6. Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048–3059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
7. Croft, J., Heron, J., Teufel, C., et al. (2019). Association of trauma type, age of exposure, and frequency in childhood and adolescence with psychotic experiences in early adulthood. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 79–86. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3155>
8. Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & Van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for adult depression on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
9. Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression* (2nd ed.). Oxford University Press.
10. Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
11. Krijnen, L. J. G., Lemmers-Jansen, I. L. J., Fett, A. K. J., & Krabbendam, L. (2021). Benefits of social contact in individuals with psychotic symptoms: Do closeness of the contact and empathic skills make the difference? *Frontiers in Psychology*, 12, 769091. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.769091>
12. Kring, A. M., & Moran, E. K. (2008). Emotional response deficits in schizophrenia: Insights from affective science. *Schizophrenia Bulletin*, 34(5), 819–834. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn071>
13. Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2008). The molecular neurobiology of depression. *Nature*, 455(7215), 894–902. <https://doi.org/10.1038/nature07455>
14. Lagerberg, T., Fazel, S., et al. (2025). Risk factors for violence in psychosis: 10-year systematic review (longitudinal studies). *The British Journal of Psychiatry*, 226(2). <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.120>
15. Lieberman, J. A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, F., Boteva, K., et al. (2001). The early stages of schizophrenia: Speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological Psychiatry*, 50(11), 884–897. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01303-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01303-8)
16. Malhi, G. S., Bell, E., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Hazell, P., et al. (2021). The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(1), 7–117. <https://doi.org/10.1177/0004867420979353>
17. McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
18. Mote, J., & Fulford, D. (2020). Ecological momentary assessment of everyday social experiences of people with schizophrenia: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 216, 56–68. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.021>
19. Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2006). Panic disorder. *New England Journal of Medicine*, 354(22), 2293–2302. <https://doi.org/10.1056/nejmcp052466>
20. Strauss, C. P., & Gold, J. M. (2012). A new perspective on anhedonia in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 169(4), 364–373. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11030447>
21. Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., et al. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028>
22. Vieta, E., Salagre, E., & Grande, I. (2018). Early intervention in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 175(5), 411–426. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17090972>
23. Whiting, D., et al. (2022). Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration: A 15-country meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(6). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3721>
24. World Health Organization. (2022). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
25. Zhou, L., Sommer, I. E. C., Yang, P., et al. (2025). What do four decades of research tell us about the association between childhood adversity and psychosis: An updated and extended multi-level meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 182(4), 360–372. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2024.0456>



# UNIREMINGTON®

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON

RES. 2661 MEN JUNIO 21 DE 1996

MÁS DE **110** AÑOS COMO ORGANIZACIÓN  
TRANSFORMANDO REALIDADES

EXITOSOS EN MODALIDADES  
VIRTUAL • PRESENCIAL • DISTANCIA

**UNIREMINGTON.EDU.CO**  
• COBERTURA NACIONAL •