



Encuesta Nacional de
Salud Mental
2015

Tomo 1

 MINSALUD

 COLCIENCIAS
Ciencia, Tecnología e Innovación

 **TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Carmen Eugenia Dávila Guerrero
Viceministra de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora de Epidemiología y Demografía

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

Fernando Ramírez Campos
Subdirector de Enfermedades no Transmisibles



Yaneth Giha Tovar
Directora General

Alejandro Olaya Dávila
Subdirector General

Liliana María Zapata Bustamante
Secretaría General

Lucy Gabriela Delgado Murcia
Directora de Fomento a la Investigación

Jaime Eduardo Castellanos Parra
Gestor Programa Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud

DIRECTOR ENCUESTA

Carlos Gómez-Restrepo

Director del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística y profesor titular, del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana

Subdirectoras científicas de áreas

Cecilia Escudero de Santacruz

Profesora titular, Pontificia Universidad Javeriana

Diana Matallana Eslava

Profesora titular, Pontificia Universidad Javeriana

Lina María González Ballesteros

Profesora instructora, Pontificia Universidad Javeriana

Viviana Rodríguez Romero

Profesora asistente, Pontificia Universidad Javeriana

Subdirectora de campo

Nelcy Rodríguez Malagón

Profesora asociada, Pontificia Universidad Javeriana

Asistente general

Nathalie Tamayo Martínez

Investigadora de la Pontificia Universidad Javeriana

COMITÉ TÉCNICO

Pontificia Universidad Javeriana

Carlos Gómez-Restrepo

Director Encuesta

Nelcy Rodríguez Malagón

Subdirectora de campo

Ministerio de Salud y Protección Social

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

Profesional especializada de la Subdirección de Enfermedades no Trasmisibles

Herney Alonso Rengifo Reina

Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía

Nubia Esperanza Bautista Bautista

Profesional especializada. Coordinadora Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental de la Subdirección de Enfermedades no Trasmisibles

Colciencias

Elvia Elena Pérez Rojas

Programa Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud

Luisa Fernanda Cabezas Olave

Programa Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud

APOYO AL COMITÉ TÉCNICO Y SUPERVISIÓN

Colciencias

Hilda Pacheco Gaitán

Ministerio de Salud y Protección Social

Angélica Fonseca

Jhon Jairo Quiñónez Muñoz

Jorge McDouall

Liliana Yaneth Gómez

Pontificia Universidad Javeriana

Jenny Alexandra Severiche Báez

Nathalie Tamayo Martínez

Viviana Rodríguez Romero

Apoyo y revisión de documento

Ministerio de Salud y Protección Social

Diana María Rodríguez Araujo

Marcela Haydeé Galeano

Rodrigo Lopera Isaza

COORDINADORES DE ÁREA

Área de Salud Mental, Determinantes Sociales y Violencia

Coordinadora:

Cecilia Escudero de Santacruz

Equipo:

Carlos Gómez-Restrepo

Diana Matallana Eslava

Isabel del Socorro Moreno Luna

Nubia Torres Calderón

Componente de Servicios y Acceso del SGSSS

Coordinadora:

Lina María González Ballesteros

Equipo:

Carlos Gómez-Restrepo

María Alexandra Matallana Gómez

Rolando Enrique Peñalosa Quintero

Área de Problemas y Trastornos en Salud Mental

Coordinador:

Carlos Gómez-Restrepo

Equipo:

Tópico niños y adolescentes-familia:

Germán Ricardo Casas Nieto

Javier Auli Carrasco

Martha Isabel Jordán Quintero

Ricardo Andres De La Espriella Guerrero

Tópico adultos:

Adriana Patricia Bohórquez Peñaranda
Álvaro Enrique Arenas Borrero
Gabriel Fernando Oviedo Lugo
Hernán Santacruz Oleas
Hernando Santamaría García
Hoover Quitián Reyes
Maritza Rodríguez Guarín
Miguel Uribe Restrepo
Nathalie Tamayo Martínez
Sandra M. Ramírez Rivera

Tópico tercera edad:

José Manuel Santacruz Escudero
Carlos Cano Gutiérrez

Área de Redes de Conocimiento

Coordinador:
Carlos Alberto Filizzola Donado

Equipo:
Jenny Alexandra Severiche Báez
Marisol Machetá Rico

Valoración de Estados de Salud

Coordinadora:
María Ximena Rojas Reyes

Equipo:
Carlos Gómez-Restrepo
Rodolfo Dennis Verano
Viviana Rodríguez Romero

Informática

Coordinador:
John Jairo Camacho Sánchez

Análisis estadístico

Coordinadora:
Nelcy Rodríguez Malagón

Equipo:
Jacky Fabián Gil Laverde
Martín Alonso Rondón Sepúlveda
Viviana Rodríguez Romero

Asistentes de estadística

Alejandro Salcedo Moncaleano
Jorge Andrés Caro Bernal
José Alejandro Rozo Posada
Juan Sebastián Hernández Hernández

Administración y Comunicación

Coordinadoras:
Jenny Alexandra Severiche Báez
Marisol Machetá Rico

Capacitación y asesoría CIDI

Corina Benjet
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Jerónimo Blanco Jaimes
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Clara Fleiz Bautista
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Asesores internacionales

Glorisa Canino
Directora del Behavioral Sciences Research Institute,
Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico
Paul Kind
Profesor honorario del Centro de Economía para Economía
de la Salud, Universidad de York
Benjamín Vicente
Profesor titular y director del Departamento de Psiquiatría
y Salud Mental, Universidad de Concepción, Chile

Asistentes de investigación

Alberto Mario Aroca Mejía
Andrés Osorio Vélez
María Carolina Ardila Hani
Nayib Omar Fakhí García
Rafael Eduardo Ruiz Gaviria

Supervisión campo

Residentes de Psiquiatría

Diana Cabrera Morales
Sandy Johana Pérez Rodríguez
Juan Pablo Borda Bohigas
María Paulina Ramírez Restrepo
María Luisa Arenas González
Carolina Vélez Fernández
Sandra Mosquera Castro
José Guillermo Vargas Rubio
Sergio Andrés Ardila Pinzón
César Augusto Ruiz Echeverría
Juan Omar Carrillo Parada

Fellows Especialidad Psiquiatría de Niños y Adolescentes / Psiquiatría de Enlace

Catalina Ayala Corredor
Daniel Felipe Garzón Zabala
Heidi Oviedo Acevedo
Lina Escobar Gómez
María del Pilar Parra Osorio

Datos Procesos y Tecnología (DPT), SAS

Director trabajo de campo
Álvaro Suárez Rivera

Informática

Armando Moreno Cadavid
Carlos Andrés Parra
Christian Schotborgh
Diana Yeraldin Gil Arboleda
Elerys David Robles Gómez
Fredy Niño
Iván Ariel Alba
Julián Andrés Chaverra
Lina María Castro Ayala
Martha Elena Reina

Coordinadores regionales

Carlos Gustavo Triana
Gustavo Villalobos López
Héctor Eloy Pinilla
Íngrid Yadira Arenales
Janet Alcaraz
Jesús Antonio Sanabria
Jorge Nicolás Gaviria
Lucely de la Rosa
Olmedo Oyola
Sergio Acosta Moreno
Yolanda Cardona

Monitoreo y control

Alan Miguel Forero
Cindy Krizthell Bohne
David Leonardo Suárez
Elisa Paola Arias
Estefanía Parracy Tello
Farith Andrés Chaves Parra
Gina Paola Olivares Suárez
José Miguel Forero
Kevin David Sánchez Vera
Laura Juliana Vargas
Lida Esperanza Fonseca
Paola Vanessa Sánchez Alemán
Yessica Valencia

Operativos regionales

Ana Paola Espeleta
César Maldonado
Claudia Jara Pardo
Cristian Mauricio Villamizar
Edwin Corredor Corredor
Gilberto Giraldo Ramírez
Irma Inés Parra
Israel Fonseca
Martha Patricia Tello
Miguel Ángel León
Mónica Hernández
Nancy Adriana Riaño
Nelly Manotas

Nubia Lizeth Suárez
Sandra Patricia Correales Leal
Yasmely del Valle Benítez
Yodin Liney Forero

Sistemas regionales

Carolina Alvarado
Diana Paola Jara Pardo
Diego Fernando Fonseca
Diego Hernando Torres
Julián Andrés Garzón
Miguel Ángel Prieto
William Fernando Puentes

Supervisores y Encuestadores

Adolfo León
Adriana Álvarez Trujillo
Adriana Janeth Londoño Patiño
Alba Anayibe Romero Cruz
Alba Mery Cortez Díaz
Alba Zorayda Forero
Albeiro Elías Rudas Posada
Alex González
Alex Rafael Pérez Leiva
Alexander Gómez Dávila
Alexander Timaná Silva
Alexandra Aguirre Marín
Alexka Yuraniz Zabala Martine
Alison José Martínez
Álvaro Oviedo Olivares
Amparo Stella Barragán Prada
Andrea Ruiz
Ángela Marcela Quintero
Blanca Aurora Bucuru Zuluaga
Blanca Nubia Ávila
Blas Alberto Lux Carett
Bleidy Celina Murillo Mosquera
Camilo Hurtado Rave
Carlos Enrique Leal Navarro
Carlos Ordóñez
Carmen Emilia Orobio Cadavid
Carmen Guana
Carmen Inés Sierra Dueñas
Carmen Julia Quinchia Clavijo
Carmen Vivian Vargas
Carmenza Ayazo Martínez
Carolina Castrillón Valencia
Carolina María Restrepo
Cesar Efrén Preciado Tamayo
Claudia Emilse Bello
Claudia Esperanza García
Claudia Miessler
Claudia Patricia Ordóñez
Claudia Patricia Rocha
Cristhian Valencia
Cristian Camilo Alcaraz

Damaris Colón Oliveros
Daniel Ernesto Ibarra
Danilo Moreno
David Ortiz
Diana Carolina Caicedo Basante
Diana Marcela Restrepo Ramírez
Diana María Palencia del Busto
Diana Milena Restrepo
Diana Rocío Iglesias León
Diego Mauricio Mahecha
Dina Marcela Molina Díaz
Diony del Socorro García
Dolly Martínez Hungría
Dora Lilia Alegría Pantoja
Dora Mateus
Edda Flórez
Edith Johana Berrío Bedoya
Edna Yaneth Gómez Herrera
Edwar Jesús Meza de Moya
Elvis Ricardo Romero
Emanuel Alejandro Arriagada
Enna María Banguera Lemos
Eric Astudillo Mosquera
Erika Sarmiento
Estefany Paola Quintero López
Eugenia Lopera Restrepo
Evelin Segura
Francia Helena Villa Ceballos
Francisco Timaná
Germán Conde
Gina Jiménez
Haidy Machuca Cárdenas
Henry Hernández Barbosa
Howard Echeverry
Hugo Marín
Idalia Bustos
Íngrid Elena Monsalvo Silva
Irene Antonia Rodríguez
Irma Beltrán Sierra
Jacqueline Pinto
Jaime Alberto Serna
Jaime Hernán Mejía Salazar
Jaime Humberto Guerrero Cardona
Janeth Prado Varela Prado
Jaqueline Baos
Javier Antonio Arce González
Jenifer Quintero Cortez
Jenny Patricia Jiménez Rojas
Jhon Carlos Ovalle Sánchez
Jhon Fredy Carvajal
Jhonny Alejandro Sánchez
Jineth Steylers Saa Mosquera
Joe Luis Jiménez Varela
Johanna Patricia Larrea
Jonny Martínez
Jorge Enrique Forero
José Catama
José Vicente Chivatá

Juan Carlos Cardona Villada
Juan Manuel Restrepo
Juan Pablo García
Juan Sebastián Suárez
Julia Ester Yaya Huapaya
Juliana Montesino
Juliana Ramírez Echeverry
Julieth Paola Díaz Mendoza
Karina Vanessa Acuña Rosas
Karol Jineth Candela
Kelly Rodríguez
Lady Carolina Suárez Bueno
Laura García Quinchía
Leonardo José Bolívar Castillo
Leonardo Peña
Leonilda Esther Altmar Pacheco
Leonor Rueda Bautista
Leydi Viviana Orobio Cadavid
Lida Johanna Ruiz
Lidys Carrascal
Liliana Alcázar Salcedo
Liliana Arzuaga
Liliana Patricia Aguirre Granada
Lilibeth Esther Espinosa Aparicio
Lina Alejandra Garzón
Lina Johanna Martínez
Lina Junguito
Lina Marcela Díaz Ríos
Lina Marcela Trejos Carmona
Lina María Castellanos Agudelo
Lina Yimena Jaramillo
Lucy Estella Álzate
Luis Amézquita
Luis Leonardo Murcia
Luisa Fernanda Arango Morales
Luz Miriam Rojas Plazas
Luz Rosado
Maira Gisela Solís Banguera
Margarita del Pilar Astaíza
María Elena Marín Montoya

María Claudia Becerra Patiño
María del Pilar Novoa
María del Pilar Osorio Vásquez
María Elsa Hernández
María Esperanza Castellanos
María Ester Caicedo Angulo
María Fernanda Solís Satizábal
María Francelina Guerrero
María Isabel Bahena Palomino
María Isabel Zapata
Mariam Steffany Barrera
Marisol Cádiz Álvarez
Maritza Tello Cárdenas
Marly Pérez de La Hoz
Martha Aidé Romero
Martha Aldana
Martha Cecilia Silva Palechor
Martha Elena Díaz Rojas
Martha Isabel Vargas
Martha Liliana Rodríguez Sánchez
Marylin Camacho
Mayra Alejandra Gaviria
Meidys Jael Pacheco Meza
Miguel Augusto Sanjuan Guzmán
Miguel Zárate
Milena Patricia Hernández Porto
Miriam López
Mónica Jhoana González Gómez
Mónica Liliana López Jaimes
Myriam Elsy Ramírez
Myryam Salgado Zuluaga
Nairoby Castillo
Nancy Ali Usuga Abello
Nancy Reyes
Nancy Urrego Cardona
Nancy Venegas
Narda Camargo
Natalia Ocampo Villada
Niyere Puentes Jaramillo
Noemí Bautista

Norma Beatriz Yaya Huapaya
Olga Cruz
Olma María Rivera Prada
Orlando Morales
Oscar Alexander Roa
Oscar Iván Galván Moreno
Oscar Venegas
Paola Molina Salazar
Patricia Díaz Ochoa
Patricia Triana
Rafael Armando Mojica Acuña
Raúl Cubillas
Reina Jesús Montenegro
Ricardo Moreno Anaya
Ricardo Navarrete
Ricardo Restrepo
Roberto Saldaña
Sandra Isaza
Sandra Judith Hinestroza Calderón
Sandra Lucía Monterrosa Sarmiento
Sandra Milena Hernández Uchima
Sandra Milena Toro
Sara Zuluaga Pulgarín
Silvia Milena Ardila González
Sonia Patricia Rincón Pabón
Sunilda Isabel Narváez Pérez
Tania Lucía Osorio Rubiano
Víctor Manuel Sánchez Castellanos
Vivian Jiseth Betancourt
Wendy Yojanna Mendoza Navarro
Yamileth Marisol Portillo
Yenny Betancur Pérez
Yesenia Bueno
Yiermed Jackeline Tuñón Cantillo
Yina Constanza Villaquirá León
Yuly Milena Gómez
Yurledys Murillo Porto
Zulma Rocío Rueda Suárez

Corrección de estilo

Ella Suárez

Diseño y diagramación

William Yesid Naizaque Ospina

Fotografías de carátula

Catalina Puerta Padilla

Impresión

Javegraf

ISBN: 978-958-8903-20-0

ISBN electrónico: 978-958-8903-19-4

Contenido

19	Presentación
21	Introducción
22	Referencias
23	Capítulo 1. Antecedentes y justificación
26	Referencias
29	Capítulo 2. Marco de referencia
32	Referencias
33	Capítulo 3. Objetivos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015
35	1. General
35	2. Específicos
37	Capítulo 4. Metodología
39	1. Tipo de estudio
39	2. Estructura del diseño muestra
40	3. Estimación del tamaño de muestra y diseño muestral
40	4. Estimación de tamaños de muestra por grupos de edad
40	5. Instrumentos de recolección
43	6. Prueba piloto
43	7. Capacitación
44	Referencias
45	Capítulo 5. Resultados
47	1. Descripción de la muestra
48	1.1. Hogar y personas
49	1.1.1. <i>Estado civil</i>
50	1.1.2. <i>Escolarización y escolaridad avanzada</i>

51	1.1.3. <i>Actividad principal</i>
52	1.2. Trabajo
52	1.2.1. <i>Impacto</i>
53	1.2.2. <i>Estudios epidemiológicos</i>
53	1.2.3. <i>Resultados</i>
58	1.2.4. <i>Discusión</i>
59	1.2.5. <i>Conclusiones</i>
60	1.2.6. <i>Recomendaciones</i>

60 Referencias

62 2. Salud mental

62	2.1. Estar bien individual y colectivo: asunto de relaciones
62	2.1.1. <i>Factores asociados</i>
63	2.1.2. <i>Impacto</i>
63	2.1.3. <i>Estudios previos</i>
64	2.1.4. <i>Resultados: estar bien individual y colectivo</i>
74	2.1.5. <i>Cognición social y reconocimiento de los otros</i>
88	2.1.6. <i>Apoyos, familia y capital social</i>
99	2.2. Salud mental y sufrimiento emocional
99	2.2.1. <i>Eventos críticos y curso de vida</i>
105	2.2.2. <i>Violencias</i>
112	2.3. Discusión
112	2.3.1. <i>Estar bien individual y colectivo, asunto de relaciones</i>
116	2.3.2. <i>Salud mental y sufrimiento emocional</i>
117	2.4. Conclusiones
117	2.4.1. <i>Generales del componente de salud mental</i>
120	2.5. Recomendaciones
121	2.6. Acciones promocionales de la salud mental. Promoción de la salud mental, la convivencia ciudadana y la calidad de vida
121	2.6.1. <i>Estrategia: generación de espacio conceptual y operativo a la salud mental</i>
121	2.6.2. <i>Estrategia: salud mental con enfoque diferencial</i>
121	2.6.3. <i>Estrategia: movilización social y comunitaria frente a las situaciones de violencia y riesgo</i>
122	2.6.4. <i>Estrategia: gestión del conocimiento en salud mental para la promoción de la salud mental</i>

122 Referencias

127 3. Problemas en salud mental

127	3.1. Problemas de salud mental en población infantil
127	3.1.1. <i>Síntomas generales que dan indicios de problemas mentales</i>
133	3.1.2. <i>Consumo de sustancias psicoactivas en población infantil</i>
134	3.1.3. <i>Consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos en población infantil</i>
138	3.1.4. <i>Discusión</i>

139	3.1.5. <i>Conclusiones</i>
140	3.1.6. <i>Recomendaciones</i>
141	3.1.7. <i>Acciones</i>
142	Referencias
146	3.2. Problemas de salud mental en adolescentes y adultos
146	3.2.1. <i>Problemas en general</i>
156	3.2.2. <i>Problemas con el acto de comer</i>
161	3.2.3. <i>Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y adultos</i>
173	3.2.4. <i>Problemas relacionados con consumo de alcohol</i>
178	3.2.5. <i>Consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas</i>
189	3.2.6. <i>Discusión</i>
193	3.2.7. <i>Conclusiones problemas de salud mental en adultos y adolescentes</i>
196	3.2.8. <i>Recomendaciones</i>
198	3.2.9. <i>Acciones</i>
200	Referencias
206	4. Trastornos mentales en niños, adolescentes y adultos
206	4.1. Trastornos mentales en niños
207	4.1.1. <i>Factores asociados</i>
209	4.1.2. <i>Impacto</i>
210	4.1.3. <i>Estudios epidemiológicos</i>
213	4.1.4. <i>Resultados</i>
218	4.2. Trastornos mentales en adolescentes
219	4.2.1. <i>Factores asociados a los trastornos mentales en adolescentes</i>
220	4.2.2. <i>Impacto</i>
220	4.2.3. <i>Estudios epidemiológicos</i>
222	4.2.4. <i>Resultados</i>
230	4.3. Suicidio en adolescentes
230	4.3.1. <i>Factores asociados</i>
231	4.3.2. <i>Impacto</i>
231	4.3.3. <i>Estudios epidemiológicos</i>
232	4.3.4. <i>Resultados</i>
233	4.4. Trastornos mentales en adultos
234	4.4.1. <i>Factores asociados a los trastornos mentales en adultos</i>
235	4.4.2. <i>Impacto</i>
236	4.4.3. <i>Estudios epidemiológicos</i>
239	4.4.4. <i>Resultados</i>
246	4.5. Suicidio en adultos
247	4.5.1. <i>Factores asociados</i>
247	4.5.2. <i>Impacto</i>
247	4.5.3. <i>Estudios epidemiológicos</i>
248	4.5.4. <i>Resultados</i>

251	4.6. Tamizaje personalidad
252	4.6.1. <i>Factores asociados</i>
252	4.6.2. <i>Impacto</i>
252	4.6.3. <i>Estudios epidemiológicos</i>
253	4.6.4. <i>Resultados</i>
260	4.7. Condiciones crónicas, problemas y trastornos mentales
260	4.7.1. <i>Condiciones crónicas niños</i>
263	4.7.2. <i>Condiciones crónicas en adolescentes</i>
266	4.7.3. <i>Condiciones crónicas en adultos</i>
274	4.8. Discusión
274	4.8.1. <i>Niños</i>
275	4.8.2. <i>Adolescentes y adultos</i>
278	4.9. Conclusiones
278	4.9.1. <i>Trastornos mentales en la población infantil</i>
279	4.9.2. <i>Trastornos mentales en adolescentes</i>
279	4.9.3. <i>Suicidio en adolescentes</i>
279	4.9.4. <i>Trastornos mentales en adultos</i>
280	4.9.5. <i>Suicidio en adultos</i>
280	4.9.6. <i>Tamizaje personalidad</i>
281	4.9.7. <i>Condiciones crónicas</i>
282	4.10. Recomendaciones
282	4.10.1. <i>Para la población infantil</i>
283	4.10.2. <i>Recomendaciones para la población adolescente</i>
284	4.10.3. <i>Recomendaciones para la población adulta</i>
284	4.11. Acciones
284	4.11.1. <i>Población infantil</i>
285	4.11.2. <i>Adolescentes-adultos</i>
286	4.11.3. <i>Adultos</i>
287	Referencias

Capítulo 6. Acceso a servicios en salud mental

305	1. Acceso a los servicios de salud mental
305	2. Acceso a los servicios de salud mental en Colombia
306	3. Indicadores de acceso y oportunidad
306	3.1. Oportunidad en la asignación de cita en consulta especializada
306	3.2. Oportunidad en la entrega de medicamentos del POS
307	4. Resultados
307	4.1. Acceso a los servicios de salud mental y medicamentos en población Infantil (7 a 11 años)
311	4.2. Acceso a los servicios y medicamentos de salud mental en adolescentes

312	4.3.	Acceso a los servicios y medicamentos de salud mental en adultos entre 18-44 años
314	4.4.	Acceso a los servicios y medicamentos de salud mental en adultos mayores de 45 años
314	5.	Discusión
318	6.	Conclusiones
319	7.	Recomendaciones
320	8.	Acciones
320	8.1.	Promocionales de la salud mental, la convivencia ciudadana y la calidad de vida
320	8.2.	Que favorezcan la generación de una ruta integral de salud mental
321		Referencias

323

Capítulo 7. Estados de salud y su valoración

325	1.	Factores que modifican la percepción del estado de salud entre individuos
325	2.	Estudios previos
326	3.	Resultados
331	3.1.	Valoración de los estados de salud
335	4.	Discusión
337	5.	Conclusiones
337	6.	Recomendaciones
338	7.	Acciones
338		Referencias

341

Capítulo 8. Recomendaciones Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

344		Referencias
-----	--	-------------

Lista de tablas

- 26 **Tabla 1.1.** Prevalencia de depresión, intentos de suicidio y trastornos de ansiedad en los tres estudios nacionales de salud mental colombianos
- 39 **Tabla 4.1.** Criterios de selección de personas
- 40 **Tabla 4.2.** Regiones y departamentos que componen la muestra de la ENSM
- 40 **Tabla 4.3.** Tamaños de muestra por grupos de edad
- 42 **Tabla 4.4.** Componentes temáticos de la ENSM, sus variables o dimensiones, instrumentos de recolección e información muestral
- 47 **Tabla 5.1.** Estado de la encuesta de hogares y personas en la muestra ENSM, 2015
- 48 **Tabla 5.2.** Encuestas completas según grupos de edad
- 48 **Tabla 5.3.** Pobreza IMP y número de personas por hogar según zona
- 49 **Tabla 5.4.** Composición etaria de las personas de hogar
- 52 **Tabla 5.5.** Actividad principal en la última semana según grupo etario y sexo
- 54 **Tabla 5.6.** Ocupación según sexo y grupo de edad
- 54 **Tabla 5.7.** Tipo de contratación según sexo y grupo de edad
- 55 **Tabla 5.8.** Actividad que realiza en el trabajo para la población colombiana de 18 años en adelante
- 56 **Tabla 5.9.** Horas de trabajo a la semana según para la población colombiana de 18 años en adelante
- 57 **Tabla 5.10.** Horas de trabajo para la población colombiana con algún trastorno mental en los últimos 12 meses
- 58 **Tabla 5.11.** Ausentismo laboral para la población colombiana de 18 años en adelante
- 58 **Tabla 5.12.** Ausentismo laboral para la población colombiana de 18 años en adelante según región
- 64 **Tabla 5.13.** Factores relacionados con salud mental
- 65 **Tabla 5.14.** Significado de salud mental en la población colombiana de 18 a 44 años
- 65 **Tabla 5.15.** Significado de salud mental en la población colombiana de 45 años en adelante
- 70 **Tabla 5.16.** Satisfacción en las relaciones en población colombiana de 12 años en adelante
- 74 **Tabla 5.17.** Afirmaciones asociadas con la definición de paz para la población colombiana de 18 años en adelante
- 77 **Tabla 5.18.** Subpruebas agrupadas en las diferentes funciones evaluadas en el IFS-Ineco
- 82 **Tabla 5.19.** Procesamiento-inhibición verbal. "No diga la palabra que complete la frase, sino genere una palabra inapropiada" en población entre 18 y 44 años según región
- 83 **Tabla 5.20.** Abstracción en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y situación de pobreza
- 84 **Tabla 5.21.** Repetición de dígitos en orden inverso en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y escolaridad
- 84 **Tabla 5.22.** Repetición de dígitos en orden inverso en la población colombiana de 18 años en adelante
- 85 **Tabla 5.23.** Aspectos afectivos percibidos por la población colombiana de 18 años en adelante
- 87 **Tabla 5.24.** Identificación de emociones en la población colombiana de 18 años en adelante
- 91 **Tabla 5.25.** Percepción de apoyo por edad y sexo
- 93 **Tabla 5.26.** Mucha importancia de la religión en la vida por edad y sexo
- 94 **Tabla 5.27.** Disfunción familiar según edad y sexo-Apgar familiar
- 97 **Tabla 5.28.** Participación de grupos por edad y sexo
- 98 **Tabla 5.29.** Percepción de discriminación por edad y sexo
- 101 **Tabla 5.30.** Eventos vitales según sexo. Estudio Salud mental Medellín 2011-2012
- 101 **Tabla 5.31.** Negligencia padres o cuidadores según género hijo(a). Estudio Salud Mental Medellín 2011-2012
- 102 **Tabla 5.32.** Eventos críticos en los últimos 12 meses
- 107 **Tabla 5.33.** Incidencia de eventos violentos no interpersonales según Informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para el año 2013 (84)
- 108 **Tabla 5.34.** Exposición y comportamientos asociados a la violencia en la población colombiana de 7 a 11 años según sexo
- 109 **Tabla 5.35.** Exposición y experiencias asociadas a la violencia en la población colombiana de 12 a 17 años según sexo
- 110 **Tabla 5.36.** Exposición, comportamientos y experiencias asociadas a la violencia en la población colombiana de 18 a 44 años según sexo
- 111 **Tabla 5.37.** Exposición, comportamientos y experiencias asociadas a la violencia en la población colombiana de 45 o más años según sexo
- 128 **Tabla 5.38.** Prevalencia de síntomas en sujetos entre 5 y 15 años de edad en Colombia

- 130 **Tabla 5.39.** Síntomas más frecuente en población infantil según sexo en Colombia
- 131 **Tabla 5.40.** Síntomas mentales y posibles problemas en población colombiana infantil de 7 a 11 años por región
- 131 **Tabla 5.41.** Síntomas mentales en población infantil de 7 a 11 años según situación de pobreza de acuerdo con el índice multidimensional en Colombia
- 132 **Tabla 5.42.** Otros síntomas mentales en población infantil de 7 a 11 años según sexo en Colombia
- 133 **Tabla 5.43.** Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en el último año en población escolar entre 11 y 12 años de edad en el año 2011 en Colombia
- 134 **Tabla 5.44.** Sustancias psicoactivas y problemas indagados en población entre 7 y 11 años.
- 135 **Tabla 5.45.** Prevalencia de TEPT en diferentes países en niños y adolescentes
- 136 **Tabla 5.46.** Eventos traumáticos y percepción de trauma en población infantil entre 7 y 11 años en Colombia
- 136 **Tabla 5.47.** Número de síntomas presentes después de un evento traumático en población infantil de 7 a 11 años en Colombia
- 137 **Tabla 5.48.** Prevalencia de síntomas en población infantil entre 7 y 11 años en Colombia
- 137 **Tabla 5.49.** Riesgo de TEPT en población infantil de 7 a 11 años por género en Colombia
- 137 **Tabla 5.50.** Riesgo de TEPT en población infantil de 7 a 11 años por situación de pobreza en Colombia
- 137 **Tabla 5.51.** Riesgo de TEPT en población infantil de 7 a 11 años por zona urbana-rural en Colombia
- 147 **Tabla 5.52.** SRQ según tipo de síntomas en población colombiana de 12 a 17 años
- 148 **Tabla 5.53.** Número de síntomas depresivos o ansiosos reportados en el SRQ en la población de 12 a 17 años según sexo
- 149 **Tabla 5.54.** Descripción de síntomas en la población de 12 a 17 años según sexo
- 150 **Tabla 5.55.** Número de problemas (síntomas) depresivos o ansiosos reportados en el SRQ en la población de 18 a 44 años
- 151 **Tabla 5.56.** SRQ según tipo de síntomas en personas entre 18 y 44 años según sexo
- 152 **Tabla 5.57.** Descripción de síntomas en las personas entre 18 y 44 años según sexo
- 153 **Tabla 5.58.** Número de problemas depresivos o ansiosos reportados en el SRQ en la población de 45 años en adelante
- 154 **Tabla 5.59.** SRQ según tipo de síntomas en personas de 45 años en adelante
- 155 **Tabla 5.60.** Descripción de síntomas en la población de 45 años en adelante
- 158 **Tabla 5.61.** Prevalencia de trastorno del comportamiento alimentario. Estudios internacionales
- 158 **Tabla 5.62.** Prevalencia de TCA. Estudios en Colombia
- 159 **Tabla 5.63.** Conductas asociadas y de riesgo ENSIN 2010 (42)
- 160 **Tabla 5.64.** Prevalencia de problemas de la conducta alimentaria en población de colombiana entre los 12 y 17 años
- 160 **Tabla 5.65.** Prevalencia de problemas de la conducta alimentaria en población de colombiana entre los 18 y 44 años
- 162 **Tabla 5.66.** Comparación de prevalencias de consumo, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas en Colombia
- 163 **Tabla 5.67.** Comparación de prevalencia anual de consumo de sustancias psicoactivas en el mundo
- 164 **Tabla 5.68.** Prevalencia de consumo de cigarrillo y derivados del tabaco en adolescentes entre 12 y 17 años
- 164 **Tabla 5.69.** Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes entre 12 y 17 años
- 166 **Tabla 5.70.** Prevalencia de consumo de tabaco en personas entre 18 y 44 años
- 167 **Tabla 5.71.** Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas entre 18 y 44 años
- 169 **Tabla 5.72.** Prevalencia de consumo de diferentes sustancias en personas entre 18 y 44 años
- 170 **Tabla 5.73.** Prevalencia de consumo de cigarrillo y derivados del tabaco en personas de 45 años en adelante
- 171 **Tabla 5.74.** Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas de 45 años en adelante
- 173 **Tabla 5.75.** Prevalencia de consumo de vida de sustancias psicoactivas en personas mayores de 45 años
- 175 **Tabla 5.76.** Comparación de prevalencias de consumo, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas en Colombia
- 176 **Tabla 5.77.** Prevalencia de problemas relacionados con consumo de alcohol en la población colombiana de 12 años en adelante
- 179 **Tabla 5.78.** Prevalencia de TEPT en Colombia y otros países
- 180 **Tabla 5.79.** Eventos traumáticos y percepción de trauma psicológico asociado en adolescentes entre 12 y 17 años en Colombia
- 181 **Tabla 5.80.** Prevalencia en los últimos 12 meses de los síntomas evaluados con el PCL-C modificado en adolescentes entre los 12 y 17 años en Colombia
- 183 **Tabla 5.81.** Prevalencias de los eventos traumáticos e indicadores de gravedad de la experiencia en adultos de 18 a 44 años de edad en Colombia
- 184 **Tabla 5.82.** Prevalencias de los eventos traumáticos e indicadores de gravedad de la experiencia en adultos de 45 años en adelante de edad en Colombia
- 186 **Tabla 5.83.** Prevalencia del indicador positivo para medir el riesgo de TEPT en adultos expuestos a eventos traumáticos en Colombia, por sexo
- 186 **Tabla 5.84.** Prevalencia de los síntomas psicológicos en los últimos 12 meses secundarios a la exposición a eventos traumáticos en adultos de 18 a 44 años, por sexo en Colombia
- 187 **Tabla 5.85.** Prevalencia de los síntomas psicológicos en los últimos 12 meses secundarios a la exposición a eventos traumáticos en adultos de 45 y más años, por sexo en Colombia

- 189 **Tabla 5.86.** Distribución porcentual del número de eventos traumáticos en población adulta colombiana por regiones
- 189 **Tabla 5.87.** Distribución porcentual del número de síntomas en los últimos 12 meses consecuentes de la exposición a eventos traumáticos en población adulta colombiana por regiones
- 208 **Tabla 5.88.** Factores asociados a trastornos mentales en población infantil
- 211 **Tabla 5.89.** Prevalencia de los trastornos mentales en población infantil de varios países (en porcentajes)
- 212 **Tabla 5.90.** Prevalencias del TDAH y del trastorno de la conducta en diferentes países por sexo
- 214 **Tabla 5.91.** Prevalencia en los últimos 30 días de trastornos mentales en población infantil entre 7 y 11 años por sexo, en Colombia
- 215 **Tabla 5.92.** Prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 12 meses evaluados en población infantil entre 7 y 11 años por sexo, en Colombia
- 216 **Tabla 5.93.** Prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales evaluados en población infantil de 7 a 11 años según zona urbana o rural en Colombia
- 216 **Tabla 5.94.** Prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales evaluados en población infantil de 7 a 11 años según escolarización en Colombia
- 217 **Tabla 5.95.** Prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales evaluados en población infantil de 7 a 11 años según situación de pobreza en Colombia
- 218 **Tabla 5.96.** Prevalencia de uno o más trastornos mentales evaluados los últimos 30 días en niños de 7 a 11 años según sexo en Colombia
- 219 **Tabla 5.97.** Factores asociados a trastornos mentales en adolescentes
- 221 **Tabla 5.98.** Prevalencias en porcentajes de los trastornos mentales en adolescentes en algunos países (en porcentajes)
- 222 **Tabla 5.99.** Prevalencia últimos 12 meses de trastornos mentales en adolescentes entre 13 y 17 años en la ENSM del 2003
- 223 **Tabla 5.100.** Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adolescentes de la población colombiana en toda la vida
- 223 **Tabla 5.101.** Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adolescentes de la población colombiana los últimos 12 meses
- 224 **Tabla 5.102.** Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adolescentes de la población colombiana los últimos 30 días
- 225 **Tabla 5.103.** Prevalencia de cualquier trastorno en adolescentes de la población Colombiana según región y situación de pobreza
- 227 **Tabla 5.104.** Prevalencia de cualquier trastorno del afecto en adolescentes de la población Colombiana según región y situación de pobreza
- 227 **Tabla 5.105.** Prevalencia de cualquier trastorno depresivo en adolescentes de la población Colombiana según región y situación de pobreza
- 228 **Tabla 5.106.** Prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad en adolescentes de la población colombiana según región y situación de pobreza
- 230 **Tabla 5.107.** Frecuencia de la comorbilidad entre los trastornos mentales evaluados en población colombiana entre los 12 y 17 años por sexo
- 232 **Tabla 5.108.** Prevalencia de vida y en el último año de indicadores de conducta suicida Colombia 2003
- 232 **Tabla 5.109.** Promedio (de dos años) de la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes en adolescentes
- 233 **Tabla 5.110.** Conducta suicida en adolescentes
- 234 **Tabla 5.111.** Factores de riesgo de los trastornos mentales
- 236 **Tabla 5.112.** Prevalencias de cualquier trastorno mental en el mundo
- 237 **Tabla 5.113.** Prevalencias de los trastornos mentales específicos en Colombia por sexo en estudios epidemiológicos previos
- 238 **Tabla 5.114.** Prevalencias de los trastornos mentales específicos en otros países
- 240 **Tabla 5.115.** Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adultos de la población colombiana en toda la vida por sexo
- 240 **Tabla 5.116.** Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adultos de la población colombiana en los últimos 12 meses por sexo
- 241 **Tabla 5.117.** Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adultos de la población colombiana en los últimos 30 días, por sexo
- 242 **Tabla 5.118.** Prevalencia de cualquier trastorno mental en adultos de la población colombiana por grupos etarios, región y pobreza
- 243 **Tabla 5.119.** Prevalencia de cualquier trastorno depresivo en adultos de la población colombiana por grupos etarios, región y pobreza
- 244 **Tabla 5.120.** Prevalencia de cualquier trastorno afectivo en adultos de la población colombiana por grupos etarios, región y pobreza
- 245 **Tabla 5.121.** Prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad en adultos de la población colombiana por grupos etarios, región y pobreza
- 246 **Tabla 5.122.** Frecuencia de la comorbilidad entre los trastornos mentales evaluados en la población colombiana
- 247 **Tabla 5.123.** Tasa de suicidio por 100.000 habitantes en 2012
- 248 **Tabla 5.124.** Epidemiología del suicidio en Colombia
- 249 **Tabla 5.125.** Prevalencia de pensamiento, planes e intentos suicidas según sexo para adultos mayores de 18 años en la población colombiana
- 250 **Tabla 5.126.** Prevalencia de suicidio según región para adultos mayores de 18 años en la población colombiana
- 250 **Tabla 5.127.** Suicidio según zona (hogar urbano o rural) para adultos mayores de 18 años en la población colombiana
- 250 **Tabla 5.128.** Prevalencias de conductas suicidas en población colombiana adulta mayor de 18 años según situación de pobreza (IMP)
- 250 **Tabla 5.129.** Prevalencias de conductas suicidas según grupo de edad en adultos mayores de 18 años de la población colombiana
- 251 **Tabla 5.130.** Promedio de intentos de suicidio en adultos mayores de 18 años en aquellos que presentan esta conducta en Colombia según escolaridad

- 253 **Tabla 5.131.** Prevalencia estimada de trastornos de personalidad (DSM III-R o DSM IV) en porcentajes
- 254 **Tabla 5.132.** Prevalencia de rasgos de personalidad límite en la población colombiana de 18 años en adelante
- 256 **Tabla 5.133.** Prevalencia de rasgos antisociales en la población colombiana de 18 años en adelante
- 257 **Tabla 5.134.** Prevalencia de rasgos de personalidad el grupo C en población de 18 años en adelante
- 259 **Tabla 5.135.** Prevalencia de rasgos de personalidad del grupo A en población de 18 años en adelante
- 262 **Tabla 5.136.** Prevalencia de por lo menos una enfermedad crónica y número de enfermedades crónicas en población infantil entre 7 y 11 años
- 262 **Tabla 5.137.** Prevalencia de posibles problemas de salud mental en población infantil entre 7 y 11 años con enfermedades crónicas
- 262 **Tabla 5.138.** Prevalencia de condiciones crónicas en población infantil de 7 a 11 años con trastorno mental
- 264 **Tabla 5.139.** Percepción de salud comparada con otras personas de la misma edad en adolescentes entre 12 y 17 años en Colombia
- 265 **Tabla 5.140.** Prevalencia de enfermedades crónicas y tratamiento en adolescentes
- 265 **Tabla 5.141.** Prevalencia de enfermedades crónicas y reporte de limitación en las actividades diarias en adolescentes
- 265 **Tabla 5.142.** Prevalencia de enfermedades crónicas en adolescentes con trastornos
- 267 **Tabla 5.143.** Prevalencia de trastornos psiquiátricos en enfermedades crónicas (209)
- 268 **Tabla 5.144.** Comparación de la salud física con personas de su edad
- 269 **Tabla 5.145.** Prevalencia de enfermedades crónicas reportadas y tratamiento en personas entre 18 y 44 años en Colombia
- 270 **Tabla 5.146.** Número de enfermedades crónicas y limitación en las actividades en personas entre 18 y 44 años
- 270 **Tabla 5.147.** Prevalencia de trastornos mentales en personas entre 18 y 44 años en personas con enfermedades crónicas
- 271 **Tabla 5.148.** Prevalencia de enfermedades crónicas en personas entre 18 y 44 años con trastornos mentales en los últimos 12 meses
- 272 **Tabla 5.149.** Prevalencia de enfermedades crónicas y tratamiento en personas de 45 años en adelante
- 272 **Tabla 5.150.** Número de enfermedades crónicas y limitación en las actividades en personas de 45 años en adelante
- 273 **Tabla 5.151.** Prevalencia de enfermedades mentales los últimos 12 meses en la población mayor de 45 años con enfermedades crónicas
- 274 **Tabla 5.152.** Prevalencia de enfermedades crónicas en personas de 45 en adelante con trastornos mentales
- 276 **Tabla 5.153.** Coyuntura Nacional, 2003-2013
- 306 **Tabla 6.1.** Oportunidad en días en la asignación de cita en consulta especializada
- 307 **Tabla 6.2.** Oportunidad en la entrega de medicamentos POS
- 308 **Tabla 6.3.** Indicadores de acceso en población infantil colombiana entre 7 y 11 años según región
- 309 **Tabla 6.4.** Indicadores de acceso en población infantil colombiana entre 7 y 11 años según región
- 311 **Tabla 6.5.** Indicadores de acceso en población infantil colombiana entre 7 y 11 años según sexo
- 312 **Tabla 6.6.** Indicadores de acceso en adolescentes colombianos entre 12 y 17 años
- 313 **Tabla 6.7.** Indicadores de acceso en población colombiana entre 18 y 44 años
- 313 **Tabla 6.8.** Indicadores de acceso en población colombiana entre 18 y 44 años
- 315 **Tabla 6.9.** Indicadores de acceso en población colombiana de 45 años en adelante
- 326 **Tabla 7.1.** Dimensiones y posibles respuestas que se obtienen con el EQ5D
- 327 **Tabla 7.2.** Estados de salud reportados por la población general encuestada mayor de 17 años en Colombia
- 328 **Tabla 7.3.** Distribución de frecuencia de respuesta por cada dimensión evaluada en el EQ5D según sexo
- 331 **Tabla 7.4.** Valoración del estado de salud actual asignado por el encuestado en la visual análoga (EVA) distribuida por sexo
- 332 **Tabla 7.5.** Valoración del estado de salud actual asignada por el encuestado en la escala visual análoga (EVA) distribuido por grupos de edad
- 333 **Tabla 7.6.** Valor asignado al estado de salud actual según el EQ5D por la población según nivel de educación
- 334 **Tabla 7.7.** Valor asignado al estado de salud actual según el EQ5D por la población según situación de pobreza
- 334 **Tabla 7.8.** Valoración del estado de salud actual asignado en la escala visual análoga (EVA) por la población según presenten o no trastornos de salud mental según CIDI

Lista de figuras

- 21 **Gráfica 1.** Modelo de espectro-*continuum*
- 41 **Gráfica 4.1.** Proceso configuración de instrumentos de recolección
- 49 **Gráfica 5.1.** Índice multidimensional de pobreza según región
- 50 **Gráfica 5.2.** Estado civil de la población colombiana según edad
- 50 **Gráfica 5.3.** Escolarización según grupo etario y sexo
- 51 **Gráfica 5.4.** Estudios terminados
- 56 **Gráfica 5.5.** Horas de trabajo a la semana para la población colombiana entre 18 y 44 años según regiones
- 57 **Gráfica 5.6.** Horas de trabajo para la población colombiana de 45 años en adelante según regiones
- 66 **Gráfica 5.7.** Percepción del estado de salud mental en la población colombiana de 12 años en adelante
- 67 **Gráfica 5.8.** Sentimiento de felicidad en población colombiana de 12 años en adelante
- 68 **Gráfica 5.9.** Sentimiento de felicidad en la población colombiana según edad y región
- 77 **Gráfica 5.10.** Series motoras en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y situación de pobreza
- 78 **Gráfica 5.11.** Instrucciones conflictivas en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y situación de pobreza
- 78 **Gráfica 5.12.** Control inhibitorio motor en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y situación de pobreza
- 79 **Gráfica 5.13.** Series motoras en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y escolarización
- 80 **Gráfica 5.14.** Instrucciones conflictivas en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y escolarización
- 80 **Gráfica 5.15.** Control inhibitorio en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y escolarización
- 81 **Gráfica 5.16.** Control inhibitorio verbal en la población colombiana de 18 años en adelante
- 81 **Gráfica 5.17.** Control inhibitorio en la población colombiana entre 18 y 44 años según escolarización
- 83 **Gráfica 5.18.** Abstracción en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y situación de pobreza
- 85 **Gráfica 5.19.** Juicio moral percepción de rectitud en la población colombiana de 18 años en adelante
- 86 **Gráfica 5.20.** Juicio moral, castigo que debe recibir la persona que realiza la acción según la población colombiana de 18 años en adelante
- 87 **Gráfica 5.21.** Reconocimiento de los rostros de alegría en población colombiana de 18 años en adelante según nivel educativo alcanzado
- 88 **Gráfica 5.22.** Reconocimiento de rostros neutros en población colombiana de 18 años en adelante según pobreza
- 95 **Gráfica 5.23.** Algún grado de disfunción familiar según región
- 95 **Gráfica 5.24.** Algún grado de disfunción familiar según escolaridad
- 96 **Gráfica 5.25.** Algún grado de disfunción familiar según situación de pobreza
- 104 **Gráfica 5.26.** Eventos críticos en la infancia en población colombiana de 12 a 17 años
- 104 **Gráfica 5.27.** Eventos críticos en la infancia en población colombiana de 18 a 44 años
- 105 **Gráfica 5.28.** Eventos críticos en la infancia en población colombiana de 45 años en adelante
- 109 **Gráfica 5.29.** Desplazamiento debido al conflicto armado o inseguridad alguna vez en la vida en población Colombiana infantil de 7 a 11 años
- 129 **Gráfica 5.30.** Número de síntomas mentales en niños de 7 a 11 años según sexo en Colombia
- 130 **Gráfica 5.31.** Número de síntomas mentales (posibles problemas) en población colombiana de 7 a 11 años por región
- 149 **Gráfica 5.32.** Prevalencias de síntomas por positividad para posible trastorno mental y tipo del SRQ por regiones en personas entre 12 y 17 años
- 152 **Gráfica 5.33.** Tipo de síntomas del SRQ según regiones en población Colombiana entre 18 y 44 años
- 155 **Gráfica 5.34.** Prevalencias de tipo de síntomas y resultado positivo para trastorno mental por regiones en población Colombiana de 45 años en adelante
- 161 **Gráfica 5.35.** Prevalencia de cualquier conducta de riesgo alimentario en población Colombiana de 18 a 44 años de edad
- 164 **Gráfica 5.36.** Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes entre 12 y 17 años
- 165 **Gráfica 5.37.** Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses en adolescentes entre 12 y 17 años por regiones
- 166 **Gráfica 5.38.** Frecuencia de consumo de cigarrillo en personas entre 18 y 44 años
- 167 **Gráfica 5.39.** Prevalencia de consumo de cigarrillo y derivados del tabaco en los últimos 12 meses en personas entre 18 y 44 años por regiones

- 167 **Gráfica 5.40.** Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas entre 18 y 44 años
- 168 **Gráfica 5.41.** Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses en personas entre 18 y 44 años por regiones
- 169 **Gráfica 5.42.** Frecuencia de consumo de cannabinoides en personas entre 18 y 44 años
- 170 **Gráfica 5.43.** Frecuencia de consumo de cigarrillo y derivados del tabaco en personas mayores de 45 años que lo consumen
- 171 **Gráfica 5.44.** Prevalencia de consumo de cigarrillo y derivados del tabaco en los últimos 12 meses en personas de 45 años en adelante según región
- 172 **Gráfica 5.45.** Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas de 45 años en adelante
- 172 **Gráfica 5.46.** Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses en personas de 45 años en adelante
- 177 **Gráfica 5.47.** Prevalencia de consumo excesivo (AUDIT-C) y de riesgo (AUDIT-A) en personas entre 18 y 44 años según región
- 177 **Gráfica 5.48.** Prevalencia de consumo excesivo (AUDIT-C) y de riesgo (AUDIT-A) en personas de 45 años en adelante según región
- 182 **Gráfica 5.49.** Prevalencia de exposición a eventos traumáticos en población colombiana entre los 12 y 17 años por regiones
- 183 **Gráfica 5.50.** Distribución porcentual del número de eventos traumáticos por sexo de los adultos en Colombia
- 185 **Gráfica 5.51.** Distribución porcentual del número de síntomas presentes en los últimos 12 meses consecuentes a la exposición a eventos traumáticos en adultos en Colombia, por sexo y grupos de edad
- 188 **Gráfica 5.52.** Prevalencia de exposición a eventos traumáticos en adultos colombianos por región
- 216 **Gráfica 5.53.** Prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses en población infantil de 7 a 11 años en Colombia por región
- 217 **Gráfica 5.54.** Distribución porcentual de uno y dos o más de los trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses en población infantil de 7 a 11 años por sexo en Colombia
- 226 **Gráfica 5.55.** Prevalencia de vida de cualquier trastorno mental por cuatro niveles de pobreza y el total nacional en población colombiana de 12 a 17
- 228 **Gráfica 5.56.** Prevalencia de vida de los trastornos mentales evaluados población adolescente de 12 a 17 años por zona urbana o rural en Colombia
- 229 **Gráfica 5.57.** Distribución porcentual de uno y dos o más de los trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses en población infantil de 12 a 17 años en toda la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días
- 242 **Gráfica 5.58.** Prevalencia de los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental por cuatro niveles de pobreza y el total nacional en población adulta en Colombia
- 246 **Gráfica 5.59.** Distribución porcentual de uno y dos o más de los trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses en población infantil de 12 a 17 años en toda la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días
- 251 **Gráfica 5.60.** Prevalencia de conducta suicida según grupo de edad en adultos de la población Colombiana
- 254 **Gráfica 5.61.** Prevalencia de rasgos de personalidad límite en población colombiana de 18 años en adelante según región
- 255 **Gráfica 5.62.** Prevalencia de rasgos de personalidad límite en población colombiana de 18 años en adelante según estado civil
- 256 **Gráfica 5.63.** Prevalencia de rasgos de personalidad antisocial en población colombiana de 18 años en adelante según región
- 257 **Gráfica 5.64.** Prevalencia de rasgos de personalidad antisocial en población colombiana de 18 años en adelante según estado civil
- 258 **Gráfica 5.65.** Prevalencia de rasgos de personalidad del grupo C en población colombiana de 18 años en adelante según región
- 258 **Gráfica 5.66.** Prevalencia de rasgos de personalidad del grupo C en población colombiana de 18 años en adelante según estado civil
- 259 **Gráfica 5.67.** Prevalencia de rasgos de personalidad del grupo A en población colombiana de 18 años en adelante según región
- 260 **Gráfica 5.68.** Prevalencia de rasgos de personalidad del grupo A en población colombiana de 18 años en adelante según estado civil
- 261 **Gráfica 5.69.** Percepción de salud física en población infantil de 7 a 11 años comparada con personas de su edad
- 264 **Gráfica 5.70.** Percepción de salud comparada con personas de la misma edad en adolescentes entre 12 y 17 años según región
- 268 **Gráfica 5.71.** Comparación de la salud física con personas de su edad. Población de 18-44 años y 45 en adelante
- 310 **Gráfica 6.1.** Promedio de horas requeridas para llegar al sitio de atención de salud mental en la población colombiana entre 7 y 11 años
- 316 **Gráfica 6.2.** Dominios del acceso a los servicios de salud
- 329 **Gráfica 7.1.** Distribución de frecuencia de respuesta por cada dimensión evaluada en el EQ5D según región
- 330 **Gráfica 7.2.** Estados de salud reportados por las personas con algún trastorno de salud mental según CIDI
- 333 **Gráfica 7.3.** Valor asignado al estado de salud actual según el EQ5D por la población de las diferentes regiones del país

Presentación

La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, la cuarta después de las realizadas en 1993, 1997 y 2003, y que hace parte de Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud de Colombia, constituye un hito en salud mental pública en Colombia, pues traduce un enorme esfuerzo técnico, metodológico y operativo en la generación de información útil para toma de decisiones que responda a las necesidades en convivencia social y salud mental planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

La importancia de los problemas y trastornos mentales como problemas de salud pública fue reafirmada en el estudio de carga de enfermedad realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Cendex, en 2010, donde la depresión aparece como la segunda causa de carga de enfermedad, solamente superada por la hipertensión arterial, y donde se reporta que, con una expectativa de vida de 65 años, en Colombia aproximadamente 18 de estos 65 años se viven con una carga de enfermedad por discapacidad y, de estos, aproximadamente 7,5 años, con discapacidad por enfermedad mental.

Este documento actualiza en el país información al respecto y provee datos epidemiológicos novedosos en salud mental, sus factores asociados y condicionantes, al igual que en su posibilidad de mejoramiento y desarrollo en el sentido más positivo, tanto en lo relacionado con las percepciones de bienestar subjetivo y relaciones con los demás como en lo que tiene que ver con las posibilidades empáticas, el apoyo social y el sufrimiento emocional, por eventos vitales estresantes, particularmente los diferentes tipos de violencias. De ahí se derivan campos de acción específicos asociados con la promoción de la salud mental, como el fortalecimiento de la empatía, el reconocimiento de los otros y la búsqueda de una mayor participación en grupos sociales; así mismo, se dimensiona qué tan expuesta se encuentra la población colombiana a las diferentes formas de violencia u otros estresores psicosociales, como la muerte de un ser querido. Este es un insumo clave para la gestión del riesgo colectivo en salud

mental y la priorización de grupos poblacionales para la acciones de detección temprana y atención oportuna de problemas y trastornos mentales.

Se visibilizan, igualmente, por primera vez, los problemas mentales, entendidos como aquellos 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 requieren apoyo social y clínico. De esta manera, se reconoce un marco comprensivo en el cual existe un espectro salud mental-problema-trastorno mental. Los problemas indagados en el presente estudio abarcan el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, las consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos y problemas en el acto de comer, entre otros, y de su análisis preliminar se desprende la necesidad de evaluar cómo procedimientos, actividades e intervenciones en salud mental, actualmente presentes en los distintos planes de beneficios, responden a la necesidades en el abordaje de dichos problemas mentales tanto en los servicios de salud como en los entornos donde se desarrolla la cotidianidad de los individuos, las familias y las comunidades.

También por primera vez se indaga la salud mental en niños y niñas a partir de los siete años de edad y se encuentran mayores problemas y trastornos relacionados con dificultades en el habla, ansiedad de separación e hiperactividad con déficit de atención. En lo que concierne a adolescentes y adultos, un análisis preliminar orienta a que el principal problema de salud mental es el consumo de alcohol, seguido por las consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos, la exposición a diferentes formas de violencia, la depresión, los trastornos de ansiedad y los rasgos de personalidad límite.

Se exploraron, así mismo, las relaciones entre problemas y trastornos mentales y enfermedades no transmisibles, como problemas respiratorios y dermatológicos, obesidad, diabetes e hipertensión. Siguiendo el principio mundialmente aceptado de que “no hay salud sin salud mental”, esta

indagación resulta de vital importancia, toda vez que las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, la diabetes y el cáncer son en Colombia las principales causas de enfermedad y muerte, y es claro —a partir de revisiones e investigaciones científicas— que la salud física y la salud mental se encuentran estrechamente vinculadas, tal como se ha evidenciado en las relaciones recíprocas entre enfermedad cardiovascular y depresión.

En concordancia con esta asociación, la intervención en salud mental es parte de lo que el país definió como *meta-meta* en salud para los próximos años: disminuir en un 2% la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles; por lo que la Estrategia 4 x 4 Ampliada —que incluye la salud mental, además de la salud bucal, visual y auditiva— es la principal para obtener resultados desde la promoción de estilos de vida saludable, la promoción de la salud y la prevención y atención de la carga de enfermedad.

Permitir que las personas envejezcan saludablemente se da a partir de la promoción de estilos de vida, el desarrollo de políticas gubernamentales y acciones sociales que facilitan la adopción de modos de vida más saludables y la prestación de servicios sociales y de salud equitativos e incluyentes para la ruralidad de un país que avanza hacia la paz y la reconciliación. En este logro es fundamental la inclusión de cambios en las esferas comportamental, emocional, social y cognitiva, y la promoción y la detección oportuna de factores de riesgo en la salud mental.

En el estudio se incluyen también estimaciones relativas al acceso a servicios y a medicamentos, donde el reto más importante es fortalecer la calidad y oportunidad de la atención en salud mental, así como superar las barreras actitudinales para el acceso, mediadas por el estigma y el autoestigma presente en individuos y comunidades.

Asumir los retos que evidencia la presente Encuesta implica redefinir la política pública en salud mental, centrándose

en la superación de cuatro prioridades: 1) acotar la diversidad y la indefinición de responsabilidades intersectoriales en lo relacionado con el comportamiento, especialmente en lo que tiene que ver con los riesgos de adicciones y violencias a niños, niñas y adolescentes y violencias de género; 2) el logro de una articulación efectiva con el desarrollo de los servicios sociales y de protección; 3) la superación de la fragmentación de la atención en salud mental y de las dificultades en la articulación de las acciones previstas en los distintos planes de beneficios y redes, y 4) la cualificación del talento humano en salud mental para la resolución de problemas específicos tanto en lo individual como en lo comunitario, al igual que en las habilidades para la gestión de los servicios de salud y el trabajo interdisciplinar.

La formulación y el despliegue de una política de estas características implica generar mecanismos para hacer sostenibles las acciones de promoción de la salud mental y de gestión de los riesgos de problemas y trastornos mentales en los entornos, las ciudades y la ruralidad saludables desde estrategias de movilización social, la asistencia y cooperación técnica y la planeación, a la vez que insta a pensar los servicios de salud básicos como aquellos con alta capacidad resolutive destinados al mantenimiento y mejoramiento de la salud. Todos estos configuran componentes clave de las rutas específicas de atención, incluida la ruta de atención en salud mental, y de la Política Integral de Atención en Salud planteada por el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, compromiso de país.

Fernando Ramírez Campos
Subdirector de Enfermedades no Transmisibles
Ministerio de Salud y Protección Social
de la República de Colombia

Introducción

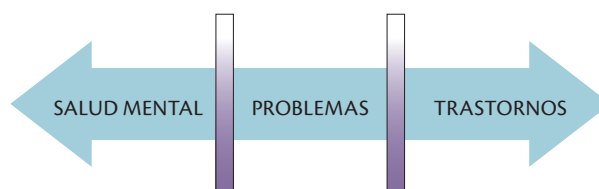
El presente *Informe de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015* tiene el propósito de describir el proceso de aplicación y los resultados obtenidos en Colombia. Esta encuesta, promovida por el Ministerio de Salud y Protección Social, apoyada por Colciencias, es la cuarta que se realiza en el país; las anteriores corresponden a 1993, 1997 y 2003. Se enmarca dentro del Sistema Nacional de Encuestas y Estudios Poblacionales para Salud de Colombia, y es un insumo para el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (1). Da cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, a su vez a los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de fortalecer la capacidad investigativa y contar con información adecuada para adoptar las mejores decisiones.

La ENSM 2015 es un estudio observacional de corte transversal, con representatividad regional y nacional, a partir de una muestra de tipo probabilístico que incluyó a 15.351 personas residentes en 13.200 hogares de áreas urbanas y rurales del país. Los datos obtenidos, previo consentimiento, se refieren a la población civil desde los 7 años hasta los 96 años, distribuida en dos grandes grupos: de 7 a 11 años y de 12 y más años. Para el grupo de edad de 7 a 11 años la información fue suministrada por la persona directamente responsable del cuidado; en el grupo de 12 y más años se interrogó a la persona seleccionada.

El estudio se realizó mediante una entrevista apoyada en un formato de aplicación digital, que integró distintos instrumentos, algunos de uso frecuente en investigaciones similares, otros resultantes de adaptaciones o de cuestionarios contruidos con base en temáticas específicas, por medio de los cuales se abordó el campo de la salud mental y se indagó acerca de aspectos sociodemográficos y de caracterización de la persona seleccionada, el hogar, la vivienda y el entorno, a fin de identificar determinantes sociales para la salud mental de la población; salud mental en sus dimensiones posi-

vas; vicisitudes y recursos para lidiar con la tensión y el sufrimiento emocionales; problemas o síntomas que no constituyen un trastorno psiquiátrico; algunas patologías mentales de niños, adolescentes, adultos y personas mayores; acceso a servicios de salud y medicamentos, y valoración de los estados de salud en términos de utilidad. En este informe se presentan los hallazgos gruesos de los indicadores más importantes con un modelo espectro-continuum (gráfica 1):

1. La salud mental.
2. Los problemas en salud mental.
3. Los trastornos mentales y las condiciones crónicas asociadas.



Gráfica 1. Modelo de espectro-continuum

Además del acceso a los servicios de salud mental y la valoración de los estados de salud según los grupos de edad considerados, es de resaltar que este es el primer estudio de salud mental que incluye la evaluación completa de este espectro en población infantil.

Finalmente el protocolo del presente estudio fue desarrollado por la Pontificia Universidad Javeriana y tuvo como referente el protocolo realizado por la Universidad CES en el convenio de asociación 678 del 2012, así como el apoyo de diversos grupos de asesores internacionales. Es de anotar que durante su desarrollo se contó con el acompañamiento y contribución del MSPS y Colciencias.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud: conceptualización y guía metodológica. Colombia 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-estudios-poblacionales.pdf>



Antecedentes y justificación

En nuestro país se han llevado a cabo tres encuestas nacionales de salud mental (1993, 1997 y 2003), y en todas, aunque se ha recogido información acerca de la salud mental y factores relacionados, ha primado el interés por los trastornos psiquiátricos y su atención. También (por lo menos en los dos primeros estudios) lo relativo al consumo de sustancias psicoactivas.

El estudio de 1993 entrevistó a una muestra conformada por 25.135 personas entre 12 y 60 años de edad, en hogares urbanos y rurales. Se basó en preguntas y escalas acerca de variables demográficas, apoyo de redes sociales, comunicación e integración familiar, satisfacción y otros factores psicosociales. También utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Zung; los cuestionarios de tamizaje para alcoholismo CAGE; de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos (SRQ), y para Niños (RQC). Tales instrumentos limitaron la posibilidad de certezas diagnósticas; sin embargo, se destacó un 7,9 % de prevalencia de vida de la morbilidad sentida, que se consideró subestimada; alguna probabilidad de trastorno mental, del 10,2 %. De la morbilidad sentida recibió atención el 46,8 % (1).

En 1997, con base en la entrevista diagnóstica compuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS): CIDI-2, y a partir de criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, versión IV (DSM IV), en una muestra de 15.408 personas se encontró una prevalencia de vida del 30 % para al menos un trastorno psiquiátrico (2). El 13,6 % de las personas encuestadas expresó haber sentido la necesidad de consultar por problemas relacionados con la salud mental, de ellas un 67,5 % tuvo acceso a la atención (3).

Finalmente, en 2003, como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS, se encuestó a una población de 4426 personas entre 18 y 65 años de edad, en hogares urbanos de 60 municipios. La exploración se basó, así mismo, en el CIDI, en su versión computarizada (CIDI-CAPI). Se empleó, además, el WHO-DAS, un cuestionario para valoración de discapacidades, y se consideraron las condiciones crónicas. Se informó una prevalencia de vida para algún trastorno del

40,1 % (4) y la ausencia de tratamiento médico en el año previo al estudio, para el 75 % de las personas con trastorno grave y para el 90 % con trastornos moderadamente graves (5,6). Se encuestó complementariamente a una submuestra de 1520 adolescentes en 25 departamentos (7).

Resultan evidentes las altas cifras de prevalencia y las limitaciones en la accesibilidad a los servicios, hecho que incrementa la gravedad y persistencia de los trastornos mentales, y los costos (emocionales y económicos) para la familia y la sociedad. Lo anterior cobra su verdadera dimensión si se conoce que, en el mundo, las enfermedades mentales son la quinta causa de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) y, contando la carga generada por suicidio, la tercera (8), con una tendencia al incremento en las próximas décadas (9). El último estudio realizado por la OMS sobre este tema calculó que para el año 2020, las enfermedades mentales y neurológicas explicarán el 15 % del total de AVAD del mundo (10), y que nuestro país presenta una de las prevalencias de patologías más altas, junto con Estados Unidos (8,11). En relación con los grupos etarios, el cálculo de la carga global de enfermedades para los países americanos de ingresos medios y bajos, como Colombia, muestra el impacto de estas en la población joven (de 15 a 29 años) (12).

Ahora bien, la determinación de los contenidos de la ENSM 2015 se basó en dos consideraciones fundamentales: 1) las necesidades reconocidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y los lineamientos del PDSP en su dimensión de salud mental y convivencia social, expuestas en los términos de referencia (13), y 2) la necesidad de situar histórica y contextualmente la Encuesta, dados los cambios acaecidos en la última década en lo que se refiere a desarrollos conceptuales, normativos, y al proceso de paz en curso; eventos que impactan el campo de la salud mental y lo reconfiguran de manera significativa, pues exige la adecuación de los instrumentos y del análisis de los resultados, para responder a las necesidades actuales de información. Con base en lo anterior la ENSM 2014-2015 contempló:

- Ampliación de lo concerniente a la salud mental, sus opciones de transformación de las condiciones de vida, que subrayan el carácter ético de las relaciones humanas y los recursos ante situaciones de sufrimiento y tensión emocional.
- Extensión de la edad tope de la muestra para incluir a las personas adultas mayores en concordancia con el fenómeno de envejecimiento poblacional del país y con la posibilidad de articular los hallazgos con los de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), Colombia.
- Identificación en todos los grupos de edad de problemas del comportamiento y en las actividades de la vida diaria, primer paso para diseñar políticas e intervenciones preventivas.
- Información, que guarde la comparabilidad internacional, de la prevalencia y características de aquellas patologías que brindan información relevante, que requieren nuevos datos y que permiten analizar la realidad de las variaciones arrojadas al comparar los estudio nacionales, apreciadas en la tabla 1.1. Para ello se excluyeron del CIDI-CAPI y del DISC IV-P trastornos de baja prevalencia no detectables con las muestras usuales o de poco impacto en salud pública, como las fobias específicas (14); también los que mantienen una frecuencia constante, cuya gravedad e impacto han sido probados exhaustivamente y no requieren nuevas confirmaciones.

Tabla 1.1. Prevalencia de depresión, intentos de suicidio y trastornos de ansiedad en los tres estudios nacionales de salud mental colombianos

Prevalencias	1993*	1997***	2003****
Depresión (%)	25,1	19,6	13,9
Trastornos de ansiedad (%)	9,6	15,1	19,3
Intento suicidio (%)	4,5**	1,7	4,9

* Prevalencia de punto usando la Escala de Depresión y Ansiedad de Zung.

** Prevalencia de vida.

*** CIDI-2

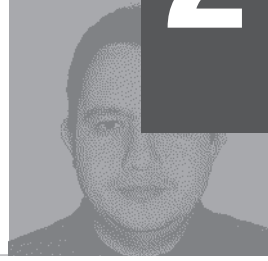
**** CIDI-CAPI v15, prevalencia de vida.

- Datos acerca del uso de medicamentos psiquiátricos y de otras intervenciones terapéuticas en el sector salud, al igual que de recursos sociales y comunitarios, y variables asociadas con las limitaciones de acceso.
- Medición de los estados de salud y su valoración por los participantes en el estudio, debido a que Colombia ha hecho grandes inversiones en el sector salud, pero la alta carga de las enfermedades mentales exige establecer el impacto económico de las políticas públicas.
- Privilegiar los enfoques de determinantes sociales de la salud, de derechos y diferencial, con miras a reducir las desigualdades, las brechas de inequidades, contribuir al desarrollo del PDSP, de la legislación en salud mental y ajustarse a la agenda programática de estudios poblacionales en salud.

Referencias

1. Torres Y, Posada J, Rojas MC. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas de 1993 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf.
2. Urrego D, Cocoma J. Por la salud mental. Rev Salud Pública. 1999;1(1).
3. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 02358, Política Nacional de Salud Mental. 1998.

4. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de salud mental Colombia, 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social-Fundación FES Social; 2005.
5. Posada JA. La salud mental en Colombia. *Biomédica*. 2013;33:497-8.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia. Informe Preliminar. Colombia; 2003.
7. Ministerio de Salud y Protección Social, UNODC, Universidad CES. Situación de salud mental del adolescente: Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Bogotá: L. Vieco e Hijos; 2010.
8. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA J Am Med Assoc*. 2004 Jun 2;291(21):2581-90.
9. Murray CJL, Lopez AD. Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. 2014.
10. World Health Organization (WHO). The World Health report 2001-Mental Health: new understanding, new hope [Internet]. WHO. 2014 [cited 2014 May 25]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
11. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):93-121.
12. World Health Organization (WHO). Injury: a leading cause of the global burden of disease 2000. Geneva: WHO; 2002.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema nacional de estudios y encuestas poblacionales para la salud: conceptualización y guía metodológica: Colombia 2013. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
14. World Health Organization (WHO). Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. World Health Organization Regional Office for Europe; 2005.



Marco de referencia

Como forma de promover la salud mental y mitigar el impacto de los problemas y trastornos mentales la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha diseñado la Iniciativa de la Encuesta Nacional, que promueve la investigación en estos temas para poder diseñar políticas que se ajusten a las necesidades nacionales (1).

En lo concerniente al marco político y normativo nacional de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), se destacan las disposiciones directamente relacionadas con el campo de la salud mental, comprendidas en la Ley 1616 de 2013 (2) y en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (3).

Por la Ley 1616 de 2013, la salud mental se constituye en una prioridad nacional, un derecho fundamental, tema obligado de salud pública, bien de interés común y componente esencial del bienestar general. Obliga, así, a garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y los adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud.

Por su parte, el PDSP (3) ofrece un abordaje de enfoques múltiples: de derechos, de determinantes sociales de la salud, de enfoque diferencial y de enfoque poblacional, con la meta central de afectar positivamente los determinantes sociales para alcanzar la equidad, el desarrollo humano sostenible y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. Define dimensiones prioritarias, donde se resalta la de convivencia social y salud mental, espacio de acción transectorial y comunitario para la promoción de la salud mental y la convivencia, para transformar problemas y trastornos prevalentes en salud mental y e intervenir sobre las diferentes formas de la violencia. Los esfuerzos se dirigen, entre otros, a contribuir al disfrute de la vida y el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas, a modificar

imaginarios sociales y culturales, a la gestión integral de los riesgos asociados con la salud mental y la convivencia social, a reducir la carga vinculada a los problemas y trastornos mentales y al consumo de sustancias psicoactivas y a lograr la atención psicosocial y de salud Integral a las víctimas del conflicto armado.

El PDSP ve en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco, “un instrumento clave para orientar la toma de decisiones complejas en salud pública”, dados sus principios relativos al respeto a la dignidad, a los derechos humanos y las libertades individuales, la diversidad y el pluralismo, el rechazo al estigma y la discriminación, la mejora de las condiciones de vida y la protección del ambiente, incluyendo a las generaciones futuras. Así mismo, reconoce la Declaración la necesidad de paradigmas holísticos y de garantizar con nuevos enfoques de responsabilidad social la contribución de la ciencia y la tecnología a la justicia y la equidad. En este sentido, es común hoy asociar los graves problemas sociales con la salud y la enfermedad mental, lo cual supone que la ENSM debe atender un momento coyuntural para la salud mental por los avances logrados y por los retos y posibilidades futuras, que demandan ineludible coherencia entre los intereses, requerimientos y resultados del estudio, e impacto efectivo en la situación que intenta modificar, pues hoy las exigencias a la salud mental sobrepasan con creces las de la atención de las personas con trastorno mental, para anticiparse a una situación colectiva de acomodaciones derivadas de los procesos políticos que vive el país.

De los planteamientos previos se derivan los enfoques de la ENSM: de determinantes sociales de la salud y derechos con una perspectiva diferencial, que buscan la protección y restitución de derechos vulnerados, la atención de los daños y la modificación de las condiciones y los factores que generan, reproducen y mantienen la discriminación, la desigualdad y la exclusión.

Los determinantes sociales de la salud, según la OMS, son las circunstancias generadas por la distribución del dinero, el

poder y los recursos, en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos determinantes son estructurales, referidos al contexto sociopolítico, y específicos o intermedios, condiciones materiales, situación laboral y de vivienda; acceso a servicios de salud y sociales. También, se plantean los proximales o individuales como factores biológicos, estilos de vida circunstancias psicosociales, factores conductuales. Todos impactan la equidad en salud y en el bienestar al diferenciarse según la posición socioeconómica.

El PDSP se refiere al reconocimiento de sí mismo y del otro como sujeto de derechos, al disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el grado más alto de salud en términos de los determinantes sociales y no solo de la atención. La OMS subraya que la salud mental requiere la seguridad y la libertad, proporcionadas por el respeto a los derechos, y que está ligada a la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social (4). Puede, entonces, plantearse un vínculo de mutua dependencia entre salud mental y derechos individuales, familiares, comunitarios e institucionales: la garantía y el ejercicio de estos originan las condiciones de salud mental, y las condiciones de salud mental determinan, a su vez, la práctica y guarda de los derechos (5).

El enfoque diferencial, por su parte, evidencia las formas de discriminación generadas por la valoración mayoritaria o hegemónica de disparidades ligadas al ciclo de vida, identidades de género, pertenencia étnica, discapacidad, situaciones de vulneración de derechos (desplazamiento y víctimas del conflicto) y de vulnerabilidad (pobreza). Resultan obvias las posibilidades que, para la comprensión de la salud y los trastornos mentales, ofrece este enfoque ante la evidente exclusión y discriminación a la enfermedad mental, a quienes la padecen, sus familiares e, incluso, a quienes brindan atención.

En cuanto a las áreas y temas de indagación, en ese marco la ENSM aborda la salud mental, los problemas y trastornos mentales, los servicios y los estados de salud; pero los planteamientos expuestos obligan a que a la información sobre la prevalencia de las patologías y riesgos aúne la relativa a los recursos de los sujetos y los grupos y a sus despliegues, a efectos de delinear un campo complejo, en el cual tienen cabida la salud, la enfermedad, las dificultades, los problemas, las resistencias y acomodaciones; es decir, diversas formas de bienestar o malestar emocional, las prácticas y las maneras de intervenir (5).

Referencias

1. World Health Organization (WHO). Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. Geneva; 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1
2. República de Colombia. Ley 1616 de 2013 "Por medio de la cual se dicta la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones" [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 19]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Sistema de Monitoreo y Evaluación al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. Bogotá; 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistema%20de%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%ABlica%20-%20PDSP%20Colombia%202012%20-%202021.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: fortalecimiento de nuestra respuesta [Internet]. WHO. 2014 [cited 2014 Jun 15]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
5. Asociación Colombiana de Psiquiatría, Comité de Políticas. Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento-Propuesta para Discusión y Acuerdos [Internet]. Bogotá: Kimpres; 2007. Disponible en: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/05/Pol%C3%ADtica-Nacional-del-Campo-de-la-Salud-Mental-versi%C3%B3n-final-2.pdf>



Objetivos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

1. General

Brindar información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales y el acceso a los servicios en población colombiana mayor de 7 años, privilegiando su comprensión desde los determinantes sociales y la equidad.

2. Específicos

- Establecer aspectos en salud mental, destacando la calidad de las relaciones, desde diversas perspectivas; sus posibilidades transformadoras y para lidiar con el sufrimiento emocional.
- Consolidar información relativa a la salud mental en población expuesta a diversas formas de violencia.
- Identificar problemas de comportamiento y de las actividades de la vida cotidiana en niños, adolescentes, adultos y viejos que sustenten las intervenciones preventivas.
- Describir los principales trastornos mentales de todos los grupos de edad, evaluando los síntomas y estimando la prevalencia en los últimos 30 días, en el último año y de vida en algunos casos.
- Caracterizar el uso de medicamentos y servicios, identificando los tipos de barreras de acceso.
- Identificar los estados de salud descritos por el EQ5D más comúnmente relacionados con los trastornos mentales evaluados en la ENSM, y estimar la percepción de la calidad de vida relacionada con salud que tiene la población adulta en Colombia.

Capítulo

4



Metodología

1. Tipo de estudio

Es un estudio observacional descriptivo de corte transversal, para el ámbito poblacional. La población de interés es la po-

blación civil, no institucionalizada; los criterios de selección se muestran en tabla 4.1.

Tabla 4.1. Criterios de selección de personas

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Residentes en Colombia• De 7 a 11 años, cuya información será proporcionada por el cuidador• Mayores de 12 años de edad• Residentes en el área urbana o área rural dispersa	<ul style="list-style-type: none">• Tamizaje positivo para demencia• Alguna limitación auditiva, visual o del lenguaje que les impida responder la encuesta• Limitación cognoscitiva que les impida responder• Que no hablen español• Institucionalizadas• Que no deseen participar o no firmen el consentimiento informado

2. Estructura del diseño muestra

Tiene como base una submuestra de la Muestra Maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social (1), con una representatividad nacional y regional y con desagregación geográfica a nivel regional, urbano/rural y demográfica por rangos de edad: 7-11, 12-17 y 18 y más años. Las regiones consideradas fueron la Central, Oriental, Atlántica, Pacífica y Bogotá y distribuidas Tabla 4.2. La muestra fue de tipo probabilístico, estratificada por edad en las regiones del país. La selección de los sujetos se obtuvo mediante una selección polietápica. En este proceso, se seleccionaron en primer lugar los municipios como unidades

primarias de muestreo (UPM), considerando aquellos de mayor tamaño como de inclusión forzosa. Para esta muestra se requirieron 110 UPM, de las cuales 22 fueron de inclusión forzosa.

En segundo lugar, se seleccionaron grupos de manzanas contiguas del mismo sector y sección censales como unidades Secundarias de Muestreo (USM). En esta encuesta se requirieron 1038 USM. En tercera instancia, se seleccionaron segmentos con promedio de 12 viviendas contiguas como unidades terciarias de muestreo (UTM). Para esta encuesta se definieron 1038 USM. Las unidades últimas de muestreo fueron las viviendas aunque las unidades de observación fueron los sujetos seleccionados en los hogares.

Tabla 4.2. Regiones y departamentos que componen la muestra de la ENSM

Región	Departamento
1	Atlántica
2	Oriental
3	Central
4	Pacífica
5	Bogotá

3. Estimación del tamaño de muestra y diseño muestral

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Np(1-p)(Def)}{N((ESrel)p)^2 + (p(1-p)(Def))}$$

Los componentes de la fórmula anterior son:

N: tamaño de la población, tomado de las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

p: proporción esperada. Esta varía para cada grupo de edad de acuerdo con los diferentes desenlaces de interés. Más adelante se muestran estos valores particulares para cada uno de los grupos etarios.

ESrel: error estándar relativo deseado, que define la precisión deseada en la investigación. En este caso, se estableció del 11,7%.

Def: efecto de los conglomerados en el diseño de la muestra dado por la selección en diferentes etapas. Se estableció un efecto de 1,5.

4. Estimación de tamaños de muestra por grupos de edad

Se tuvieron en cuenta para cada grupo de edad los diferentes desenlaces de interés, así: para el grupo de 7 a 11 años de edad, la prevalencia de cualquier trastorno mental (2,3); para el grupo de 12 a 17 años, la morbilidad sentida según los datos de

la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2003 (4), y para los grupos de 18 a 44 y de 45 años o más, la prevalencia de vida de cualquier trastorno según el mismo estudio (4). En la tabla 4.3 aparecen los tamaños de muestra y se tuvieron la misma cantidad de segmentos por región, que corresponden a 242 en cada una.

Tabla 4.3. Tamaños de muestra por grupos de edad

Edad**	N	p	Muestra calculada*
7 a 11	4.282.853	20,0	2628
12 a 17	5.245.478	27,3	1752
18 a 44	18.907.180	16,0	5058
45 o más	12.421.045	16,0	5058
Total			14.496

* Incluye una sobremuestra del 20% por no respuesta.

** 7-11 años: niños
12-17 años: adolescentes
18 años y más: adultos

Por lo tanto la representatividad de los datos del estudio se establece para los grupos etarios de 7 a 11 años, de 12 a 17 años, de 18 a 44 años y de 45 años en adelante, para cada uno de estos por sexo y región.

5. Instrumentos de recolección

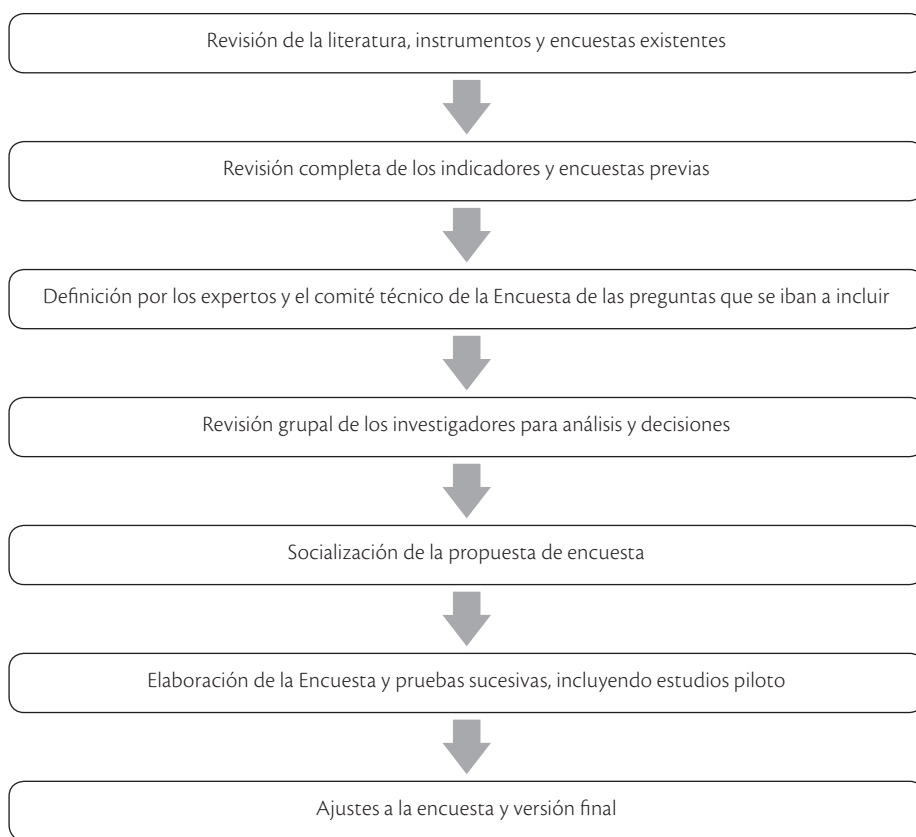
Para seleccionar los instrumentos, además de la literatura pertinente, se revisaron aquellos utilizados nacional e internacionalmente. Una vez elegidos, se determinó su aplicación parcial en algunos casos, acorde con las peculiaridades y necesidades de la información requerida y de que, en términos

de salud pública, no todas las problemáticas relacionadas con la salud mental revisten la misma importancia. En este mismo orden de ideas, se construyeron nuevos instrumentos, basados en cuestionarios existentes y usados previamente en el país (5-8). Esta tarea estuvo a cargo de investigadores, entre ellos expertos tanto temáticos como en elaboración de encuestas. Los instrumentos se presentaron, analizaron, discutieron y ajustaron con la participación de los funcionarios delegados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Además, se llevaron a cabo reuniones de socialización con distintos grupos académicos y sociales. Posteriormente, la encuesta inicial se sometió a pruebas piloto y se ajustó.

Los instrumentos internacionales seleccionados fueron: el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP); APGAR Familiar; Health and Work Performance Questionnaire (HPQ); Composite International Diagnostic Interview, computer assisted (CIDI-CAPI); Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV-P); Self Report Questionnaire (SRQ); Reporting

Questionnaire for Children (RQC); Alcohol Use Disorders Identification Test, versiones corta y completa (AUDIT-C, AUDIT-A); Mini Mental State Examination (MMSE); Euroqol Five-Dimension Questionnaire (EQ5D); Time Trade-off; se tuvieron en cuenta con modificaciones: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST); Posttraumatic Stress Disorder Checklist, versión C (PCL-C); algunas preguntas del The Eating Attitudes Test (EAT), y Bulimia Test (BUILT).

Se tomaron algunos elementos de cuestionarios nacionales, así: Encuesta Nacional de Salud 2013: Módulo 1: encuesta a hogares; Módulo 3: niños menores de 6 años; Módulo 4: personas de 18 años y más, del Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) Bogotá. También se consultaron otros documentos y la experiencia de grupos en temas específicos. La gráfica 4.1 da cuenta de los pasos seguidos para la conformación de los instrumentos.



Gráfica 4.1. Proceso configuración de instrumentos de recolección

En el tabla 4.4 se resumen las variables o dimensiones consideradas dentro de cada tema o componente de la ENSM, los instrumentos empleados e información muestral.

Una descripción detallada que incluye las modificaciones realizadas puede consultarse en el protocolo de la ENSM-2015 en la página web del MSPS.

Tabla 4.4. Componentes temáticos de la ENSM, sus variables o dimensiones, instrumentos de recolección e información muestral

Componente de la encuesta	Instrumento	Variables/dimensiones	Información muestral
Criterio exclusión	Mini-Mental State Examination (MMSE)	Posible demencia	Todos los seleccionados de 65 años en adelante
Sociodemográfico	Módulo sociodemográfico del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales del MSPS	Características del hogar y la vivienda, servicios públicos básicos, entre otros	Todas las viviendas
	IMP: Índice Multidimensional de Pobreza	Características del entrevistado y miembros del hogar	Todas las personas del hogar
	Escala de Estatus Socioeconómico HPQ	Percepción ubicación socioeconómica	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
		Trabajo	
Salud mental y sufrimiento emocional	Cuestionarios elaborados	Autopercepción, bienestar subjetivo, calidad de relaciones	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
	INECO-FS Planeación y comprensión de historietas Imágenes de Ekman Empathy for Pain Task (EPT)	Cognición social: series motoras, instrucciones, control inhibitorio, repetición, planeación y comprensión	Muestra de 2500 de los sujetos de 18 años en adelante
	Cuestionario basado en la ENS y otras	Apoyos, confianza, seguridad, participación, discriminación	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
	APGAR familiar	Evaluación del funcionamiento familiar	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
	Cuestionario adaptado	Eventos vitales generadores de estrés	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
	Cuestionario adaptado de la ENS y otros	Actitudes y experiencias sobre la violencia, incluyendo intrafamiliar, delincuencia organizada, por conflicto armado y desplazamiento	Todos los seleccionados de 7 a 11 años y de 12 años en adelante
Problemas	RQC y cuestionario complementario	Evaluación de síntomas mentales en niños	Todos los seleccionados de 7 a 11 años
	SRQ	Evaluación de síntomas mentales	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
	Audit C y Audit	Identificación de patrones uso de alcohol	
	Assist modificado	Consumo de sustancias psicoactivas	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
	PCL ajustado	Reacciones psicológicas a eventos traumáticos	Todos los seleccionados de 7 a 11 años y de 12 años en adelante
	Parte de EAT-BULIT	Conducta alimentaria	Todos los seleccionados entre 12 y 44 años

Componente de la encuesta	Instrumento	Variables/dimensiones	Información muestral
Trastornos mentales en niños	DISC P	Ansiedad por separación	Todos los seleccionados de 7 a 11 años
		Trastorno de pánico	
		Ansiedad generalizada	
		Depresión	
		Oposicionista desafiante	
		Déficit de atención hiperactividad	
	Trastorno de conducta		
	Cuestionario elaborado	Comorbilidad condiciones crónicas	
Trastornos mentales en adolescentes y adultos	CIDI-CAPI	Depresión	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
		Suicidio	
		Manía	
		Trastorno de ansiedad generalizada	
		Trastorno de pánico (angustia)	
	Fobia social		
		Tamizaje de personalidad	Todos los seleccionados de 18 años en adelante
	Cuestionario elaborado	Comorbilidad condiciones crónicas	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
Servicios de salud mental y medicamentos	Cuestionario basado en ENS y ajustado	Oportunidad, acceso a servicio, barreras y continuidad de seguimiento Medicamentos psiquiátricos	Todos los seleccionados con tamizaje positivo para algún trastorno mental
Estados de salud	EQ5D	Describe el estado de salud actual en cuanto a movilidad, cuidado personal, actividades, dolor y angustia	Todos los seleccionados de 18 años en adelante
	VAS	Puntúa el estado de salud del EQ5D en una escala de 0 a 100	Todos los seleccionados de 18 años en adelante
	<i>Time trade off</i>	Determinar la valoración de un subconjunto de estados de salud del EQ-5D	Muestra de 3000 sujetos de 18 años en adelante

6. Prueba piloto

Se aplicó en Bogotá, Barranquilla y Fusagasugá entre el 15 y el 21 de septiembre de 2014; se escogieron por el tamaño, las diferencias culturales y los contrastes del clima. En cada una se seleccionaron 72 viviendas en seis segmentos, para las ciudades contenía todos los estratos; para Fusagasugá, tres segmentos en la cabecera municipal en estratos uno a tres, una en centro poblado y dos en veredas. Cada equipo contaba con un supervisor y cuatro encuestadores capacitados para el recuento y aplicación de la encuesta, que es asistida por

computador. Se realizó un informe sobre los resultados y ajustes pertinentes, en el que se resalta la extensión de la encuesta y dificultades en el funcionamiento del aplicativo que requirió ajustes en ambos para su adecuado funcionamiento.

7. Capacitación

Se realizaba durante 6 días en los grupos según las rutas de trabajo de campo. Incluía temas sobre el cuestionario de hogares y cuestionario a la persona seleccionada, que contenía

los temas específicos según los instrumentos de la encuesta, con entrenamiento especial para la aplicación del CIDI-CAPI y DISC-P, según los lineamientos para estas entrevistas.

El entrenamiento estaba consuetudinario por actividades académicas, trabajo práctico en grupos y trabajo de campo, que era supervisado y evaluado por el equipo de entrenamiento.

Según las calificaciones obtenidas durante la capacitación, se escogió a las personas más capacitadas haciendo la selección de supervisores y encuestadores.

Nota: Para mayor detalle sobre cada una de las partes del protocolo puede consultarse en la página web del MSPS.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema nacional de estudios y encuestas poblacionales para la salud: conceptualización y guía metodológica: Colombia 2013. Bogotá, D. C.; 2013.
2. World Health Organization (WHO). Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization; 2005.
3. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Jan;61(1):85-93.
4. Posada J, Gómez LF, Gómez LC. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social; 2005. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
5. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2006;15(4):167-80.
6. American Academy of Pediatrics. Addressing Mental Health Concerns in Primary Care: A Clinician's Toolkit. American Academy of Pediatrics. Clinical information systems/delivery system redesign decision support for clinicians. Mental health screening and assessment tools for primary care [Internet]; 2010. Disponible en: http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Mental-Health/Documents/MH_ScreeningChart.pdf
7. Smith H. Needs assessment in mental health services: the DISC Framework. *J Public Health*. 1998 Jun 1;20(2):154-60.
8. World Health Organization (WHO). Mental health and work: impact, issues and good practices [Internet]. Ginebra; 2000 [cited 2015 Feb 19]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf

Capítulo

5



Resultados

1. Descripción de la muestra

Se visitaron 19.564 hogares, de los cuales hay información de 13.555. De los 6009 restantes, en 5547 no se pudo acceder a la vivienda, porque no había nadie, hubo rechazo total, hubo ausente temporal o la vivienda estaba desocupada, y en 462 no hubo información del hogar.

Al realizar las encuestas, la primera sección del instrumento indaga sobre el hogar en temas relacionados con características de la vivienda, el hogar y cada uno de sus integrantes. En estas se logró una cobertura del 97,4%, cifra similar en las áreas urbanas y rurales (tabla 5.1) y en todas las regiones (véase anexo).

Posteriormente, el instrumento clasificaba a las personas según el grupo etareo al que pertenecía para hacer seleccionar al sujeto al que se le hacía la encuesta de salud mental. Esta comienza evaluando los criterios de inclusión: para niños entre 7 y 11 años se entrevistaba al cuidador principal; para personas entre 12 y 64 años se les preguntaba si tenían una discapacidad, y en caso de presentarla, si esta le impedía responder la encuesta, y para personas de 65 años o más, se realizaba una evaluación cognocitiva breve para determinar si estaban en capacidad de responderla.

Tabla 5.1. Estado de la encuesta de hogares y personas en la muestra ENSM, 2015

Estado de la encuesta	Urbano		Rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
De hogares						
Completa	10123	97,3	3077	97,8	13200	97,4
Encuesta incompleta	285	2,7	70	2,02	355	2,6
Total hogares encuestados	10408	100	3147	100	13555	100
Encuesta de personas						
Completa	11665	94,8	3686	96,1	15351	95,1
Encuesta incompleta	252	2,0	77	2,0	329	2,0
No realizada	394	3,2	73	1,9	467	2,9
Total de personas encuestadas	12311	100,0	3836	100,0	16147	100,0

Nota: n indica la frecuencia absoluta en la muestra.

De las 16.147 personas seleccionadas para responder la encuestas, se obtuvieron 15.351 completas, que representan el 95,1%. El 2% no la completaron, y en el 2,9% no fue posible empezarla (tabla 5.1). Los grupos etarios que se tuvieron en cuenta para el análisis de los resultados fueron: niños de 7 a 11 años, en los que hubo 2727 encuestas; adolescentes de

12 a 17 años, con 1754 encuestas; adultos de 18 a 44 años, con 5889 encuestas, y de 45 años en adelante con 4981 encuestas. Para los niños hubo una mayor proporción de hombres, pero para los otros grupos etarios se encuestaron más mujeres (tabla 5.2).

Tabla 5.2. Encuestas completas según grupos de edad

Grupo de edad (en años)	Hombre			Mujer			Total		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%
7 a 11	1419	2.101.170	21,3	1308	2.143.815	15,0	2727	4.244.985	17,8
12 a 17	847	2.554.396	12,7	907	2.612.367	10,4	1754	5.166.763	11,4
18 a 44	2426	9.742.053	36,5	3463	9.986.886	39,8	5889	19.728.939	38,4
45 y más	1958	6.421.276	29,4	3023	6.604.090	34,7	4981	13.025.366	32,4
Total	6650	20.818.895	100,0	8701	21.347.158	100,0	15.351	42.166.053	100,0

Nota 1: n indica la frecuencia absoluta en la muestra, N es la frecuencia expandida.

Nota 2: Los porcentajes se aproximan a 1 decimal por lo cual las sumas pueden no ser estrictamente 100%.

Al realizar la selección de las personas en las edades entre 12 y 44 años, no hubo excluidos por algún tipo de discapacidad; mientras que para el grupo de personas entre 45 y 64 años, 65 no estaban en capacidad de responder el cuestionario y para el grupo de personas mayores de 65 años, se consideró que el 4,7% posible presentaban demencia. En estos casos, de acuerdo con el protocolo, se hacía una nueva selección aleatoria de otro sujeto del hogar.

1.1. Hogar y personas

El 27,5% de los hogares en el área rural se encuentran en pobreza extrema según el Índice Mutidimensional de Pobreza, y el 9,2% de los hogares en el área urbana, que corresponde al 13,5% de la población general (tabla 5.3). Al discriminar por región, la que tiene la mayor prevalencia de pobreza es la

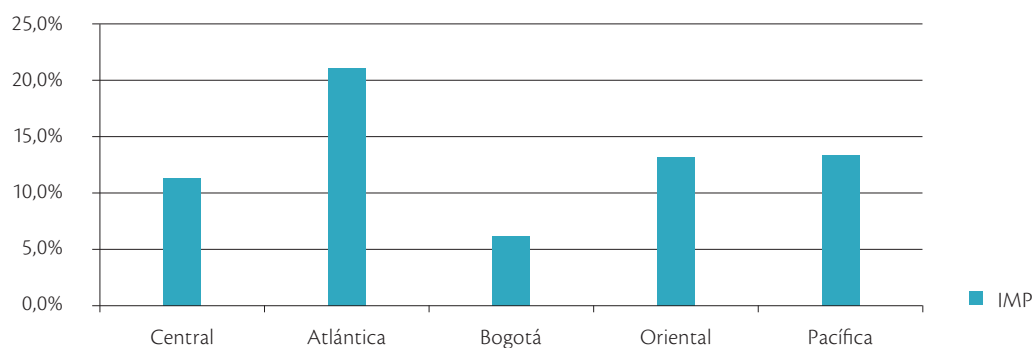
Atlántica (21,0%), seguido de la Pacífica (13,4%), la Oriental (13,2%), la Cental (11,3%) y Bogotá (6,2%) (gráfica 5.1). El promedio de personas por hogar es de 3,5 personas, donde el 23,7% tienen 3 personas y el 34,2% tienen 4 o 5. No hay diferencias en la composición si este pertenece al área rural o urbana (tabla 5.3).

Respecto a la distribución de los grupos etarios de la población elegible para la encuesta, el 17,8% de las personas correspondían a población infantil entre 7 y 11 años, el 11,4% a adolescentes entre 12 a 17 años, 38,4% adultos entre 18 a 44, 23,6% entre 45 a 64 y 8,8% de 65 años en adelante. En los hogares en donde el jefe es un adolescente el 67,9% son mujeres y el 32,1% hombres, para el grupo de 18 a 44 años el 52,9% de jefes de hogar son hombres y 47,1% mujeres, y para las personas de 45 años en adelante el 50,6% son hombres y 47,1% mujeres (tabla 5.4).

Tabla 5.3. Pobreza IMP y número de personas por hogar según zona

	Zona				Total	
	Urbano		Rural		N	%
	n	%	n	%		
Pobreza IMP					1780	13,5
Hogares rurales	-	-	845	27,5		
Hogares urbanos	935	9,2	-	-		
Número de personas por hogar						
1	1156	11,4	352	11,4	1508	11,4
2	1974	19,5	623	20,3	2597	19,7
3	2402	23,7	724	23,5	3126	23,7
4 a 5	3525	34,8	990	32,2	4515	34,2
6 o más	1063	10,5	387	12,6	1450	11,0
Promedio de personas por hogar	3,5		3,5		3,5	

Nota: n indica la frecuencia absoluta en la muestra.



Gráfica 5.1. Índice multidimensional de pobreza según región

Tabla 5.4. Composición etaria de las personas de hogar

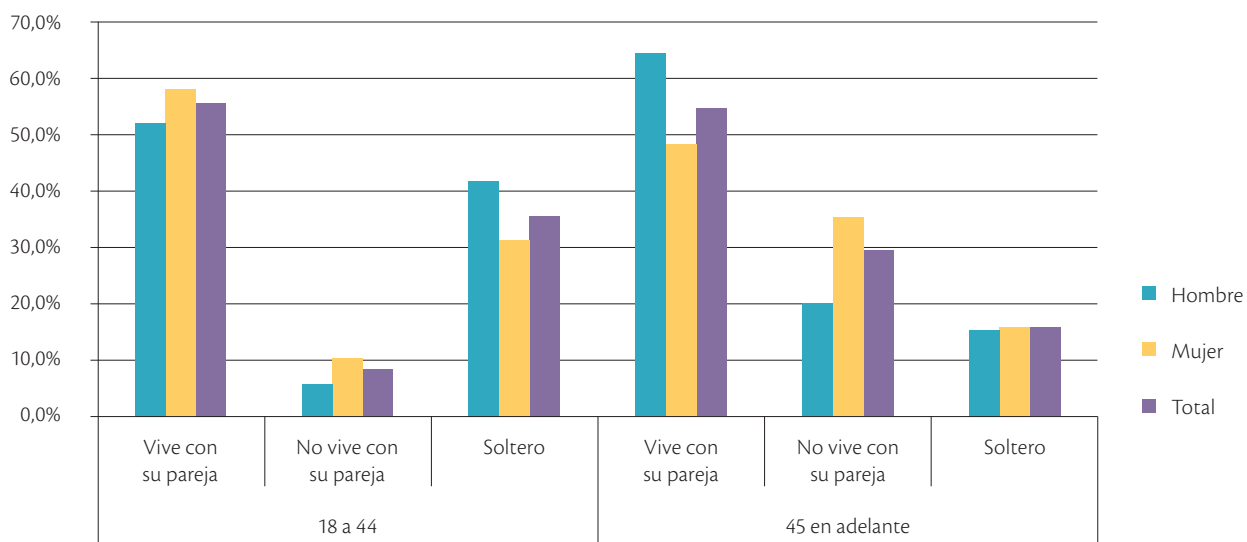
	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Población elegible por grupo etario						
de 7 a 11 años	1419	21,3	1308	15,0	2727	17,8
de 12 a 17 años	847	12,7	907	10,4	1754	11,4
de 18 a 44 años	2426	36,5	3463	39,8	5889	38,4
de 45 a 64 años	1379	20,7	2248	25,8	3627	23,6
más de 65	579	8,7	775	8,9	1354	8,8
Jefe de hogar						
de 12 a 17 años	9	32,1	19	67,9	28	100
de 18 a 44 años	1354	52,9	1204	47,1	2558	100
de 45 en adelante	1583	50,6	1543	49,4	3126	100

Nota: n indica la frecuencia absoluta en la muestra.

1.1.1. Estado civil

Las personas que viven con su pareja incluye las que están casadas, viven en unión libre o conviven, y las que no viven con su pareja son los que reportan estar separados, ser viudos o divorciados. Se encuentra que el 95,7% de los adolescentes están solteros, el 4,0% viven con su pareja y el 0,3% ya

no viven con esta (véase anexo). Para las personas entre 18 y 44 años se encuentra que el 55,8% viven con su pareja; el 8,4% son separados, viudos o divorciados, y el 35,8 reportan estar solteros, y en las personas de 45 años en adelante el 54,8% viven con su pareja, el 29,5% están separados, divorciados o han enviudado y el 15,8% están solteros (gráfica 5.2).

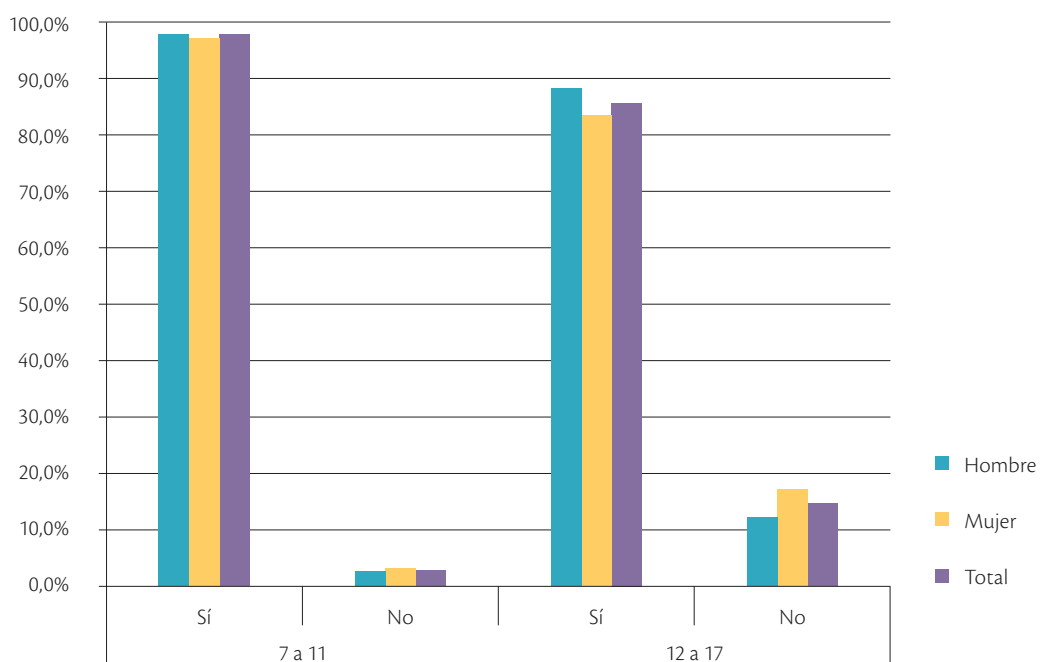


Gráfica 5.2. Estado civil de la población colombiana según edad

1.1.2. Escolarización y escolaridad avanzada

Respecto a la escolarización en la población colombiana hay una mayor proporción en las personas de menor edad; el 97,7%

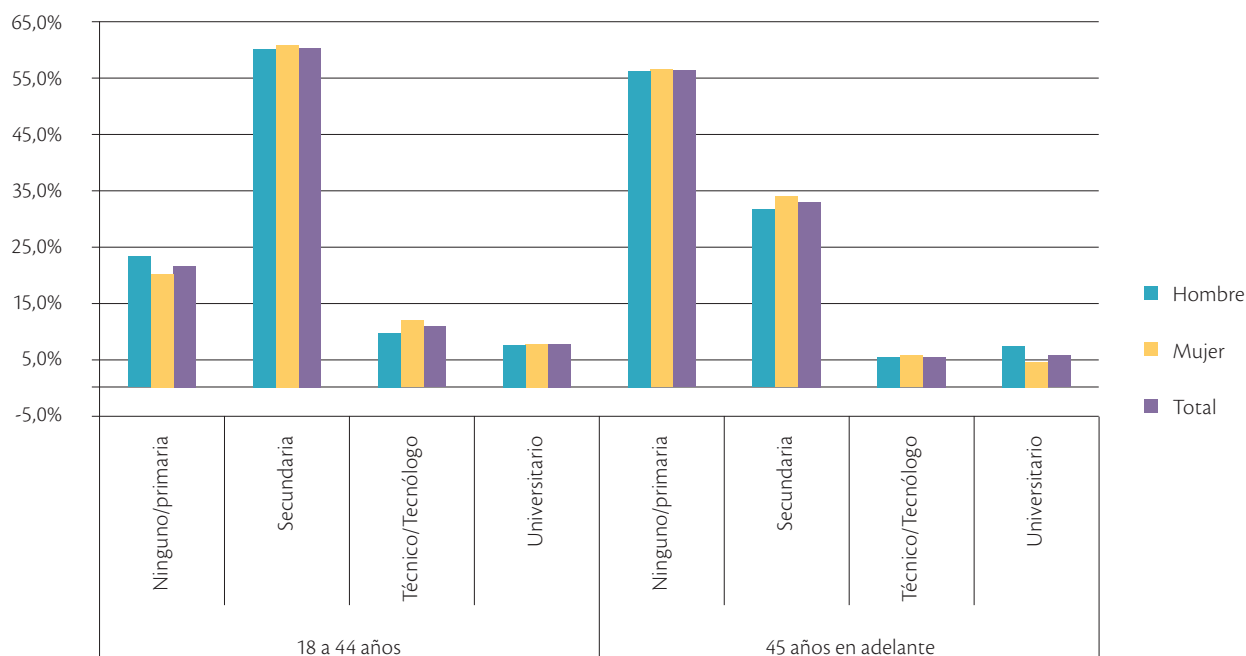
de los niños entre 7 y 11 años están escolarizados, en adolescentes es del 85,7% (gráfica 5.3), en adultos de 18 a 44 años es del 14,1% y en personas de 45 años o más es solo del 1,9%.



Gráfica 5.3. Escolarización según grupo etario y sexo

El evaluar la mayor escolaridad alcanzada se encuentra que es similar entre hombres y mujeres, aunque varía en función del grupo de edad; para las personas entre 18 y 44 años se encuentra que el 20,9% han terminado la primaria o no fueron escolarizados; el 60,3% terminó el bachillerato; el 11,1%

es técnico o tecnólogo, y el 7,8% ha completado estudios universitarios. Para el grupo de 45 años en adelante 56,2% ha terminado la primaria o no tiene ningún tipo de escolaridad, el 32,8% terminó la secundaria, el 5,4% es técnico o tecnólogo y el 5,6% terminó estudios universitarios (gráfica 5.4).



Gráfica 5.4. Estudios terminados

1.1.3. Actividad principal

Para los adolescentes la principal ocupación es el estudio, en el 82,3% de ellos; seguido de oficios del hogar, en el 8,9%, que es más frecuente para las mujeres; el 4,3% trabaja; el 1,4% está buscando trabajo, y el 0,1% está incapacitado permanentemente para trabajar. En los adultos entre 18 y 44 años de edad el 55,4% trabaja, siendo mayor la proporción de hombres que lo hace (75,4%) comparado con 41,2% de las mujeres. El 28,3% de las personas se dedica a las labores del hogar —en este caso es más frecuente en las mujeres, 44,6% en ellas y

5,0% en hombres—. El 7,5% de esta población está estudiando, el 5,9% está buscando trabajo, el 2,4% realiza otra actividad y el 0,5% está incapacitado para trabajar. Para la población colombiana de 45 años en adelante, el 44,5% se encuentra trabajando, aun cuando también es mayor la proporción de hombres que lo hace; el 41,4% se dedica a las labores del hogar, siendo mayor la proporción de mujeres que lo hace; el 7,9% realiza otra actividad; el 3,9% está incapacitado para trabajar, 1,9% está buscando trabajo y el 0,4% está estudiando (tabla 5.5).

Tabla 5.5. Actividad principal en la última semana según grupo etario y sexo

Actividad principal según grupo etario	Hombre	Mujer	Total
	(%)	(%)	(%)
de 12 a 17 años			
Trabajando	5,6	3,2	4,3
Buscando trabajo	0,9	1,3	1,1
Estudiando	85,5	79,3	82,3
Oficios del hogar	3,9	13,6	8,9
Incapacitado permanente para trabajar	0,1	0,1	0,1
Otra actividad	4,0	2,5	3,3
de 18 a 44 años			
Trabajando	75,6	41,2	55,4
Buscando trabajo	7,5	4,7	5,9
Estudiando	8,0	7,2	7,5
Oficios del hogar	5,0	44,6	28,3
Incapacitado permanente para trabajar	0,6	0,5	0,5
Otra actividad	3,2	1,9	2,4
de 45 en adelante			
Trabajando	66,5	30,2	44,5
Buscando trabajo	3,2	1,1	1,9
Estudiando	0,1	0,5	0,4
Oficios del hogar	10,3	61,6	41,4
Incapacitado permanente para trabajar	6,4	2,3	3,9
Otra actividad	13,4	4,3	7,9

Nota: los porcentajes se aproximan a 1 decimal, por lo cual las sumas pueden no ser estrictamente 100%.

1.2. Trabajo

El trabajo es uno de los aspectos fundamentales en la mayoría de las personas; define su identidad, provee seguridad económica y le permite al individuo contribuir a la sociedad. El desempeño del individuo está influenciado por su salud y bienestar (1); por lo tanto, la medición de este, asociado a las consecuencias que tiene cursar con enfermedades crónicas, permite tomar decisiones importantes en salud. Para su medición se sugiere incluir la productividad perdida como resultado del ausentismo laboral, el menor desempeño durante el tiempo de trabajo (presentismo) y los accidentes de trabajo (2).

1.2.1. Impacto

Las enfermedades crónicas no transmisibles en el desempeño laboral producen ausentismo (faltar al sitio de trabajo) y

ausentismo presencial (asistir al trabajo, pero no dedicar el tiempo a este) (3). Dentro de las condiciones que más carga generan se encuentran artritis, enfermedades pulmonares, depresión y migraña (4); sin embargo, el trastorno de pánico, la obesidad asociada con depresión y los trastornos del sueño también producen ausentismo (5-7).

Los trastornos mentales conllevan importantes consecuencias socioeconómicas, además del sufrimiento personal. Dicho impacto puede estudiarse desde la perspectiva de la productividad perdida, causada por los problemas originados en el trastorno mental, que se suman a la dificultad en alcanzar metas personales. Los trastornos mentales se han asociado con menores ingresos personales y familiares (8,9). Desde el punto de vista económico, el costo elevado de los trastornos mentales surge de su impacto negativo en el ciclo vital y de la afectación en el desempeño de roles sociales, educativos y laborales (10). La depresión, por ejemplo, se ha asociado

con un menor logro académico y ocupacional; las metas propias del ciclo vital, como lograr formar una pareja y la crianza de hijos también suelen afectarse (11-13).

Por otra parte, la depresión es uno de los cinco factores principales asociados con ausencia del trabajo y productividad perdida (10). Algunos estudio sugieren que las personas con depresión pierden el 20 % del tiempo en el trabajo, y que la productividad perdida por ausentismo y presentismo da cuenta entre el 50 y el 60 % de la carga económica total de la depresión (14,15). En algunos estudios se estima que hasta el 81 % del tiempo total perdido es resultado del presentismo (14).

En otros trastornos mentales también se ha documentado el impacto negativo en la productividad. Una revisión encontró que la afectación en los distintos roles en personas con trastorno por ansiedad generalizado es de una magnitud comparable al de la depresión (15). En el caso del trastorno por ansiedad social, por ejemplo, se encontró que los costos directos del tratamiento no tienen relación con la gravedad de los síntomas; mientras que sí con los costos asociados con el ausentismo y productividad perdida (16).

1.2.2. Estudios epidemiológicos

En Colombia, al analizar poblaciones específicas, se ha encontrado en una comunidad de mineros que las causas más frecuentes de ausentismo eran los accidentes de trabajo, al representar el 33 %, y dentro las condiciones médicas se encontraban las enfermedades del sistema músculo-esquelético, los traumas y las enfermedades respiratorias (17). En diferentes sitios de trabajo se ha encontrado un promedio de ausentismo que varía entre 1,9 y 4,9 días al mes, siendo las condiciones que más generan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), migraña y depresión, y las condiciones que más generan absentismo presencial la EPOC, el asma y la artritis (4).

En una muestra de 108 personas con depresión mayor y distimia de diferentes regiones del país, se encontró que el 60 % de ellas presentaron ausentismo en el último mes, con

el 40 %, al ser de por lo menos 7 días; el presentismo fue del 50 %, con un desempeño laboral del 50 % comparado con el usual. Y la pérdida total de horas de trabajo fueron del 56,3 %, la mayoría resultado presentismo, 30,5 %. Se observa una cantidad de horas perdidas por ausentismo y presentismo significativa en la población con depresión, que se generan una carga social e indica que es un desenlace importante que debe ser tenido en cuenta (18).

1.2.3. Resultados

A las personas que reportaron estar trabajando se les preguntaron las características de la ocupación, el tipo de contrato y la escala HPQ de 4 semanas, que indaga sobre el desempeño laboral del individuo y sus compañeros; además, se analiza esta información según los trastornos mentales indagados con el CIDI, se toman las prevalencias de los últimos 12 meses. Los trastornos del afecto incluyen depresión mayor, depresión menor, distimia, trastorno afectivo bipolar (tipos I y II) y otros trastornos afectivos bipolares. Los trastornos de ansiedad incluyen fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico, y algún trastorno mental incluye las personas que tuvieron por lo menos uno de los anteriores.

1.2.3.1. Descripción del trabajo

En relación con la ocupación, se encuentra que para los dos grupos etarios se distribuye de forma similar: el 87,7 % de las personas entre 18 y 44 años son empleados o trabajadores independientes; el 4,0 % se dedica a las labores del hogar, siendo mayor la proporción de mujeres que lo hace, y el 7,2 % se dedica a otras actividades. Para las personas de 45 años en adelante el 87,3 % son empleados o trabajadores independientes; el 5,8 % se dedica a las labores del hogar, siendo también mayor la proporción en mujeres, y el 5,8 % se dedica a otras actividades (tabla 5.6). Las estimaciones para empleador o patrón y para personas que trabajan sin remuneración para los dos grupos etarios son imprecisas, con un coeficiente de variación estimado (CVE) mayor a 20 y no se muestran en la tabla.

Tabla 5.6. Ocupación según sexo y grupo de edad

Ocupación	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44 años						
Empleado o trabajador independiente	89,7	87,4-91,6	84,6	81,7-87,2	87,7	86,0-89,3
Ama de casa	*	*	9,1	7,0-11,8	4,0	3,1-5,1
Otro	8,6	6,8-10,8	5,0	3,7-6,6	7,2	6,0-8,7
45 años en adelante						
Empleado o trabajador independiente	91,9	89,8-93,6	78,7	74,7-82,3	87,3	85,4-89,1
Ama de casa	*	*	15,6	12,6-19,3	5,8	4,7-7,2
Otro	6,5	4,9-8,4	*	*	5,8	4,6-7,3

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

Al analizar el tipo de contratación se encuentra que es similar para hombres y mujeres en los dos grupos de edad; en las personas de 18 a 44 años lo más frecuente (53,4%) es no tener un contrato, el 27,3% tiene un contrato a término indefinido, el 12,5% tienen uno a término fijo y el 6,7% lo tie-

ne por prestación de servicios. Para las personas de 45 años en adelante el 72,1% no tiene contrato; el 18,2%, a término indefinido; el 6,0%, a término fijo, y el 3,7%, por prestación de servicios (tabla 5.7).

Tabla 5.7. Tipo de contratación según sexo y grupo de edad

Tipo de contrato	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44 años						
A término indefinido	27,0	23,9-30,4	27,7	24,2-31,6	27,3	24,9-29,8
A término fijo	12,2	9,9-14,9	13,1	10,6-16,0	12,5	10,8-14,5
Por prestación de servicios	6,1	4,7-7,8	7,7	5,9-10,0	6,7	5,6-8,0
No tiene contrato	54,7	51,2-58,2	51,4	47,5-55,3	53,4	50,8-56,0
45 en adelante						
A término indefinido	18,8	15,6-22,6	17,1	14,1-20,6	18,2	15,8-20,9
A término fijo	4,8	3,3-6,8	*	*	6,0	4,3-8,2
Por prestación de servicios	3,7	2,6-5,2	3,6	2,4-5,3	3,7	2,8-4,8
No tiene contrato	72,7	68,6-76,4	71,1	66,1-75,6	72,1	69,0-75,0

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

Dentro de las actividades que desempeña la población colombiana entre 18 y 44 años, el 28,1% de los hombres trabaja como operador u obrero; el 10,3%, como personal de servicios, y el 9,1% se dedica a ventas, siendo estas las activi-

dades más frecuentemente realizadas. Para las mujeres de este mismo grupo etario el 17,8% trabaja como personal de servicios, el 16,0% como profesional y el 15,5% se dedica a ventas. Para las personas de 45 años en adelante, la actividad

que más realizan los hombres sigue siendo operario u obrero, en el 24,5%; seguido del 14,1%, comerciante, y 9,6%, personal de servicios. En mujeres, la actividad principal para este gru-

po etario es también personal de servicios en el 21,0%; seguido de 16,8%, que se dedica a ventas, y el 15,0%, que es comerciante (tabla 5.8).

Tabla 5.8. Actividad que realiza en el trabajo para la población colombiana de 18 años en adelante

Actividad que realiza en el trabajo	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44 años						
Ejecutivo, administrador o gerente superior	*	*	6,0	4,4-8,1	3,8	2,9-4,8
Profesional	6,8	5,4-8,6	16,0	12,5-20,2	10,3	8,6-12,2
Asistencia técnica	6,1	4,4-8,5	5,4	3,8-7,5	5,8	4,6-7,5
Ventas	9,1	6,2-13,3	15,5	12,3-19,3	11,5	9,2-14,3
Asistencia de oficina y administrativa	8,2	6,2-10,7	13,6	10,8-17,0	10,2	8,5-12,2
Personal de servicios	10,3	8,4-12,6	17,8	14,9-21,1	13,1	11,5-15,0
Producción de precisión y artesanías	6,1	4,8-7,9	3,4	2,4-4,8	5,1	4,2-6,3
Operador u obrero	28,1	24,8-31,6	6,0	4,4-8,2	19,8	17,6-22,2
Comerciante	7,8	6,2-9,9	8,5	6,8-10,6	8,1	6,8-9,5
Agricultura y ganadería	7,8	6,3-9,6	*	*	5,5	4,5-6,6
Otra	6,2	4,7-8,1	*	*	6,1	4,8-7,7
45 años en adelante						
Profesional	9,1	6,7-12,3	11,3	8,5-14,9	9,8	7,9-12,1
Asistencia técnica	*	*	*	*	2,3	1,6-3,4
Ventas	8,0	6,0-10,6	16,8	12,7-22,0	10,7	8,7-13,1
Asistencia de oficina y administrativa	*	*	5,8	3,9-8,6	3,0	2,1-4,2
Personal de servicios	9,6	7,2-12,7	21,0	16,9-25,8	13,1	10,9-15,6
Producción de precisión y artesanías	9,3	6,3-13,4	8,9	6,5-12,1	9,2	6,9-12,1
Operador u obrero	24,3	20,5-28,6	*	*	20,0	16,9-23,4
Comerciante	14,1	11,0-17,8	15,0	11,8-18,9	14,4	12,0-17,1
Agricultura y ganadería	9,2	7,3-11,6	*	*	6,8	5,5-8,5

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: estimaciones de trabajo correspondiente a fuerza pública para personas entre 18 y 44 años, ni las de ejecutivo, administrador o gerente superior, ni fuerza pública, ni otra para las personas de 45 años en adelante no se presentan, por ser imprecisas.

1.2.3.2. Horas de trabajo a la semana

Si se compara las horas de trabajo se encuentra que para los dos grupos etarios, de 18 a 44 y de 45 años en adelante, las personas reportan trabajar más de lo que ellos refieren que se espera que lo hagan. Para el primer grupo reportan hacer-

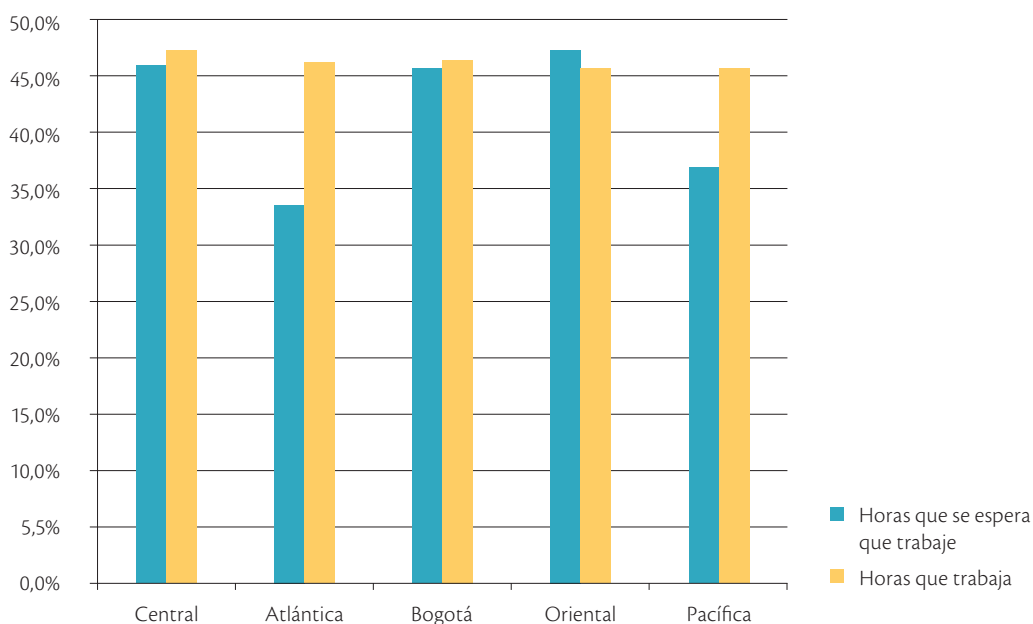
lo 46,2 horas a la semana, comparado con 42,3 horas que deberían trabajar, y para el grupo de 45 años en adelante trabajan 46,5 horas a la semana comparado con que se esperaría que lo hicieran 42,5 horas (tabla 5.9).

Tabla 5.9. Horas de trabajo a la semana según para la población colombiana de 18 años en adelante

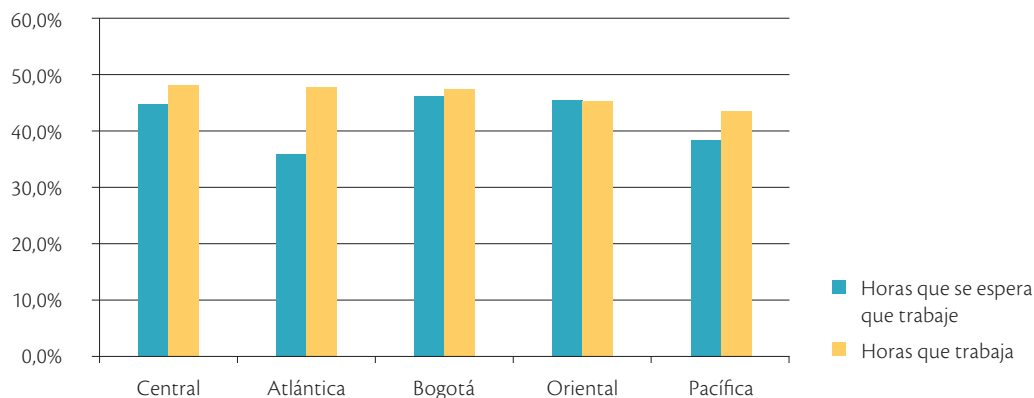
	Horas que debería trabajar		Horas que trabaja	
	Media	IC95 %	Media	IC95 %
18 a 44 años				
Hombre	43,5	41,9-45,1	48,5	46,9-50,0
Mujer	40,4	39,0-41,8	42,7	41,1-44,2
Total	42,3	41,2-43,4	46,2	45,1-47,3
45 en adelante				
Hombre	44,9	43,3-46,5	49,3	47,8-50,8
Mujer	37,8	35,8-39,8	41,2	39,4-42,9
Total	42,5	41,2-43,8	46,5	45,3-47,7

Al analizar las horas de trabajo a la semana para las población de 18 a 44 años por región, se encuentra que para las regiones Atlántica y Pacífica hay diferencias, siendo mayor las horas que las personas trabajan comparado con las que se esperaba que lo hicieran; en la región Atlántica deberían trabajar 33,5 horas (IC95 %: 31,1-35,8) comparado con que trabajan 46,1 horas (IC95 %: 44,0-48,2) y para la Pacífica se esperaba

que trabajen 36,7 horas (IC95 %: 34,5-38,9) pero lo trabajan 45,6 horas (IC95 %: 43,6-47,6) (gráfica 5.5). Situación que se mantiene para la población de 45 años en adelante de la región Atlántica donde se esperaba que trabajen 35,9 horas (IC95 %: 33,1-38,7), pero le dedican en promedio 47,6 horas (IC95 %: 45,2-50,0) (gráfica 5.6).



Gráfica 5.5. Horas de trabajo a la semana para la población colombiana entre 18 y 44 años según regiones



Gráfica 5.6. Horas de trabajo para la población colombiana de 45 años en adelante según regiones

Y al analizar las horas de trabajo semanal según los trastornos mentales medidos se encuentra que no hay diferencias entre las horas que se espera que dedique al trabajo y las que reporta trabajar (tabla 5.10) y las cifras son similares a las

horas laboradas por toda la población del grupo de 18 a 44, en el grupo de 45 y más años existe una diferencia de 46,5 vs. 42,8 horas; sin embargo, los intervalos de confianza al 95 % se superponen.

Tabla 5.10. Horas de trabajo para la población colombiana con algún trastorno mental en los últimos 12 meses

	Horas que se espera que trabaje		Horas que trabaja	
	Media	IC95 %	media	IC95 %
18 a 44 años				
Cualquier trastorno	43,8	38,7-48,8	46,5	41,3-51,8
Trastornos del afecto	45,1	39,2-51,0	47,7	41,4-54,0
Trastornos de ansiedad	43,3	36,5-50,2	45,8	38,8-52,8
Total población*	42,3	41,2-43,4	46,2	45,1-47,3
45 años en adelante				
Cualquier trastorno	43,8	33,6-54,0	42,8	31,0-54,6
Trastornos del afecto	42,6	28,4-56,7	43,8	27,1-60,6
Trastornos de ansiedad	47,3	37,0-57,5	44,4	32,9-56,0
Total población**	42,5	41,2-43,8	46,5	45,3-47,7

* y ** población total del grupo etario (gran mayoría sin trastorno mental).

1.2.3.3. Ausentismo laboral

El 10,3% de la población laboralmente activa entre 18 y 44 años presenta ausentismo laboral, y el 8,9% de la población de 45 años en adelante, siendo similar la proporción para hombres y mujeres en los dos grupos etarios (tabla 5.11). Al analizar la información por región para el grupo de 18 a 44 años el 12,3% de las personas de la región Oriental, el 13,3% de la región Central y el 6,6% de la región Atlántica presen-

tan ausentismo siendo en esta última menor que para las dos primeras. Para las personas de 45 años en adelante de la región central presentan una prevalencia similar de ausentismo. No se presentan los datos para Bogotá, la región Pacífica ni Atlántica de 45 años en adelante por ser imprecisos; tampoco se presentan los datos para los trastornos mentales medidos por ser imprecisos (tabla 5.12).

Tabla 5.11. Ausentismo laboral para la población colombiana de 18 años en adelante

Grupo etario (años)	Hombre		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44	9,3	7,6-11,5	11,9	9,3-15,1	10,3	8,8-12,1
45 en adelante	9,5	7,7-11,7	7,9	5,9-10,4	8,9	7,5-10,6

Tabla 5.12. Ausentismo laboral para la población colombiana de 18 años en adelante según región

Grupo etario (años)	Central		Atlántica		Bogotá		Oriental		Pacífica	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44	13,3	9,8-17,8	6,6	4,7-9,2	*	*	12,3	9,3-16,1	*	*
45 en adelante	11,0	7,9-15,0	*	*	*	*	9,4	6,7-13,0	*	*

Nota: no se presentan los datos para Bogotá, la región Pacífica ni la Atlántica de 45 años en adelante por ser imprecisos. CVE mayor a 20%.

1.2.4. Discusión

Los resultados de este estudio muestran que la gran mayoría de las personas tienen alguna ocupación: alrededor del 87% en personas mayores de 18 años. No obstante, para el grupo de 18-44 años el 53,4% no tiene contrato laboral y solamente un 27,3% tiene un contrato a término indefinido, el 12,5% a término fijo y el 6,7% por prestación de servicios. Para las personas de 45 años en adelante, el 72,1% no tienen contrato, el 18,2% lo tienen a término indefinido, el 6,0% a término fijo y el 3,7% por prestación de servicios. Estas cifras nos hacen pensar en la inestabilidad laboral que presentan una gran mayoría de las personas.

Por otra parte, es evidente la discrepancia que existe entre las horas que reportan laborar con las que deberían trabajar. Al respecto, para las personas de 18 a 44 años describen hacerlo 46,2 horas a la semana, comparado con las 42,3 horas que deberían trabajar, y para el grupo de 45 años en adelante trabajan 46,5 horas a la semana comparado con que se esperaría que lo hicieran 42,5 horas. Es llamativo lo ocurrido en la región Atlántica y en la Pacífica, donde existe la mayor diferencia entre lo percibido como contratado y lo trabajado. Estas cifras hacen pensar en la necesidad de adecuar estas cifras de tal manera que permitan a la persona que trabaja un mayor tiempo libre que permita establecer actividades individuales o familiares que mejoren la salud mental.

Acerca del ausentismo, se encontraron cifras de 10,3% de la población laboralmente activa entre 18 y 44 años pre-

senta ausentismo laboral, y el 8,9% de la población de 45 años en adelante, estas nos llevan a pensar en la necesidad de establecer medidas a nivel de salud y salud mental que disminuyan este ausentismo, que como conocemos está ligado a la salud mental.

En materia de ausentismo y trastornos mentales las cifras no son del todo precisas, por lo cual se requiere hacer estudios específicos en la población laboral que permitan describir mejor la situación. Con los datos que tenemos solamente se pudo esbozar una disminución de las horas laborales en población mayor a 45 años; no obstante, estos datos precisan nuevos estudios que permitan establecer conclusiones más precisas. Por otra parte, respecto al presentismo, los datos preliminares de esta encuesta requieren análisis en mayor profundidad para esbozar resultados conclusivos.

Ahora, en torno al ausentismo y presentismo, en cuanto a las personas con problemas y trastornos mentales, es deseable pensar en alternativas que favorezcan la salud mental y su acceso. Alrededor de ello es fundamental fomentar la inclusión de personas con trastornos mentales y el establecimiento de nuevas estrategias como horarios protegidos, teletrabajo y otros métodos que favorezcan la inclusión y el acceso real de las personas con trastornos mentales a su atención. Al respecto es necesario la activación del sistema de salud integrado al ambiente laboral para la detección temprana de problemas en salud mental que permitan disminuir la aparición de patología mental a través de la evaluación del

riesgo psicosocial, la promoción de la salud mental, las acciones de detección temprana y el tratamiento adecuado. Es de anotar que esta activación del sistema de salud va de la mano a las acciones dirigidas a la evaluación del riesgo psicosocial desde las áreas o las actividades de salud ocupacional de las organizaciones que tienen a su cargo, según lo definido por la Ley 1616 del 2013: “Monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores”, y de las aseguradoras de riesgos laborales: “Programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental”. Así mismo, es fundamental la educación comunitaria y la educación laboral que favorezca acciones promocionales y preventivas de detección en estos grupos poblacionales en el ambiente laboral.

Es importante ajustar las rutas de atención con la finalidad que estas sean claras, conocidas y articuladas con otros sectores como educación y trabajo. Es fundamental hacer una revisión frente a los servicios de hospital día, que si bien es una tecnología incluida en el plan de beneficios, su utilización es ausente en el estudio, siendo este tipo de servicio uno de los más importantes para el manejo de la patología mental aguda y crónica que permite la adecuada inclusión social del individuo.

Finalmente, dada la importancia de lo laboral en la salud mental, su influencia en la identidad de cada persona, y en la seguridad económica de un individuo y de su familia, se hace necesario una mayor integración entre lo laboral y lo mental, que permitan promover al ser humano.

1.2.5. Conclusiones

- El 87,7% (IC95 %: 86,0-89,3) de las personas entre 18 y 44 años son empleados o trabajadores independientes, además el 9,1% (IC95 %: 7,0-11,8) de las mujeres de este grupo etario son amas de casa. De las personas de 45 años en adelante el 87,3% (IC95 %: 85,4-89,1) son empleados o trabajadores independientes y el 15,6% (IC95 %: 12,6-19,3) de las mujeres son amas de casa.
- En relación con el tipo de contrato, para la población colombiana de 18 a 44 años el 53,4% (IC95 %: 50,8-56,0) reporta no tener contrato; el 27,3% (IC95 %: 24,9-29,8) tiene un contrato a término indefinido; el 12,5% (IC95 %: 10,8-14,5) a término fijo, y el 6,7% (IC95 %: 5,6-8,0) por prestación de servicios. Para las personas de 45 años en

adelante, el 72,1% (IC95 %: 69,0-75,0) no tienen contrato; el 18,2% (IC95 %: 15,8-20,9) lo tienen a término indefinido; el 6,0% (IC95 %: 4,3-8,2) a término fijo, y el 3,7% (IC95 %: 2,8 -4,8) por prestación de servicios.

- Hay diferencias en relación a las actividades que se realiza en el trabajo según sexo, para los hombres entre 18 y 44 años el 28,1% (IC95 %: 24,8-31,6) realizan actividad de operado u obrero, el 10,3% (IC95 %: 8,4-12,6) es personal de servicios y 9,1% (IC95 %: 6,2-13,3) se dedica a ventas, para las mujeres de este mismo grupo etario el 17,8% (IC95 %: 14,9-21,1) trabaja como personal de servicios, el 16,0% (IC95 %: 12,5-20,2) como profesional y el 15,5% (IC95 %: 12,3-19,3) se dedica a ventas. Para las personas de 45 años en adelante, la actividad que más realizan los hombres sigue siendo operario u obrero, en el 24,5% (IC95 %: 20,5-28,6), seguido del 14,1% (IC95 %: 11,0-17,8) como comerciante y 9,6% (IC95 %: 7,2-12,7) personal de servicios, en mujeres la actividad principal para este grupo etario es también personal de servicios en el 21,0% (IC95 %: 16,9-25,8), seguido de 16,8% (IC95 %: 12,7-22,0) que se dedican a ventas y el 15,0% (IC95 %: 11,8-18,9) son comerciantes.
- Para las horas de trabajo la población colombiana de 18 años en adelante reporta trabajar más de lo que ellos se espera que lo hagan. Las personas de 18 a 44 años reportan hacerlo 46,2 (IC95 %: 45,1-47,3) horas a la semana, comparado con 42,3 (IC95 %: 41,2-43,4) horas que deberían trabajar, y para el grupo de 45 años en adelante trabajan 46,5 (IC95 %: 45,3-47,7) horas a la semana comparado con que se esperaría que lo hicieran 42,5 (IC95 %: 41,2-43,8) horas. Este tipo de diferencias también es significativa para las personas de 18 a 44 años de la región Atlántica y Pacífica y para las personas de 45 años en adelante de la región Atlántica. Al analizar las horas de trabajo según los trastornos medidos no se reportaron diferencias en esta comparación.
- El 10,3% (IC95 %: 8,8-12,1) de la población laboralmente activa entre 18 y 44 años presenta ausentismo laboral, y el 8,9% (IC95 %: 7,5-10,6) de la población de 45 años en adelante. Al analizar la información por región para el grupo de 18 a 44 años el 12,3% (IC95 %: 9,3-16,1) de las personas de la región Oriental, el 13,3% (IC95 %: 9,8-17,8) de la región Central y el 6,6% (IC95 %: 4,7-9,2) de la región Atlántica. Al comparar el ausentismo laboral en las personas con los trastornos mentales en los últimos 12 meses medidos los estimadores son imprecisos.

- Acerca de las horas laboradas son similares para toda la población del grupo de 18 a 44 y las personas con cualquier trastorno mental, en el grupo de 45 y más años existe una diferencia de 46,5 vs. 42,8 horas entre las personas de la población general y aquellas con trastorno mental respectivamente; sin embargo, los intervalos de confianza se sobreponen.
 - Profundizar acerca del presentismo y el ausentismo mediante estudios analíticos que permitan evidenciar factores de riesgo y protección en personas con problemas y trastornos mentales, y enfermedades no transmisibles.
 - Dada la necesidad de atenciones reiteradas de personas con trastornos mentales, establecer adecuaciones geográficas y temporales en las instituciones de salud y laborales que permitan a las personas con problemas y trastornos mentales acceder a su atención ambulatoria por parte de instituciones o profesionales de salud mental.
 - Establecer programas de inclusión laboral y retorno al trabajo de personas con trastornos mentales.
- 1.2.6. Recomendaciones**
- Favorecer entornos laborales saludables y la implementación de programas para promover la salud mental en el ambiente laboral.

Referencias

1. WHO. Mental health and work: impact, issues and good practices [Internet]. Ginebra: WHO; 2000 [cited 2015 Feb 19]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf
2. Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKeenas D, et al. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. 2003 Feb;45(2):156–74.
3. Antonio García M de. Problemática multifactorial del absentismo laboral, el presentismo y la procrastinación en las estructuras en que se desenvuelve el trabajador. *Med Segur Trab*. 2011 Jun;57(223):111–20.
4. Wang PS, Beck A, Berglund P, Leutzinger JA, Pronk N, Richling D, et al. Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. 2003 Dec;45(12):1303–11.
5. Lee Park Y, Kim W, Chae J-H, Seo Oh K, Frick KD, Woo J-M. Impairment of work productivity in panic disorder patients. *J Affect Disord*. 2014 Mar;157:60–5.
6. Nigatu YT, Reijneveld SA, Penninx BWJH, Schoevers RA, Bültmann U. The Longitudinal Joint Effect of Obesity and Major Depression on Work Performance Impairment. *Am J Public Health*. 2015 Mar 19;e1–7.
7. Kessler RC, Berglund PA, Coulouvrat C, Hajak G, Roth T, Shahly V, et al. Insomnia and the performance of US workers: results from the America insomnia survey. *Sleep*. 2011 Sep;34(9):1161–71.
8. Insel TR. Assessing the economic costs of serious mental illness. *Am J Psychiatry*. 2008 Jun;165(6):663–5.
9. Levinson D, Lakoma MD, Petukhova M, Schoenbaum M, Zaslavsky AM, Angermeyer M, et al. Associations of serious mental illness with earnings: results from the WHO World Mental Health surveys. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2010 Aug;197(2):114–21.
10. Kessler RC. The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2012 Mar;35(1):1–14.
11. Butterworth P, Rodgers B. Mental health problems and marital disruption: is it the combination of husbands and wives' mental health problems that predicts later divorce? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 Sep;43(9):758–63.

12. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry*. 1995 Jul;152(7):1026–32.
13. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry*. 1998 Aug;155(8):1092–6.
14. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry*. 2003 Dec;64(12):1465–75.
15. Löthgren M. Economic evidence in affective disorders: a review. *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care*. 2004 Oct;5 Suppl 1:S12–20.
16. Hoffman DL, Dukes EM, Wittchen H-U. Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25(1):72–90.
17. Vásquez Trespalacios EM. Absentismo laboral por causa médica en trabajadores del área operativa de una compañía de extracción de minerales en Colombia, 2011. *Med Segur Trab*. 2013 Mar;59(230):93–101.
18. Uribe M. Presenteeism and absenteeism among depressive patients in five cities of Colombia. Tesis de grado, Facultad de Salud Pública Johns Hopkins University; s. f.

2. Salud mental

Este componente contempla la salud mental en su sentido más llano, el de *sanitas*, o sea, el de las posibilidades y recursos psicológicos y psicosociales para el funcionamiento dentro de las vicisitudes y sufrimientos cotidianos actuales y los referidos al curso vital, para afrontar situaciones de gran tensión emocional; diferenciándola de los problemas y trastornos psiquiátricos con los cuales generalmente es suplantada.

Puede asociarse con el concepto de mentalidad o modo de pensar, comprensión de la realidad y actuación de un individuo o de una colectividad. Atañe a lo que es una “vida buena” para el individuo y para el colectivo, que se expresa en prácticas concretas que la favorecen o la contrarían. De esta manera, un referente central en el abordaje de la salud mental es la dimensión ética, que implica considerar al otro como semejante, al tiempo que una sorpresa en cuanto diferente. Se requiere, entonces, la exploración de la capacidad de reconocimiento no solo de propia persona, sino también de los demás, y el sentido de cierta responsabilidad hacia los otros.

Por otra parte, es necesario averiguar si los valores sociales a los que se está haciendo mención se mantienen o, por el contrario, se han desdibujado dadas las condiciones de conflicto y guerra interna, unidos a situaciones estructurales de inequidad y pobreza, que si bien crean estrategias para seguir viviendo, dan lugar de manera simultánea a formas de sobrevivencia extrema con heridas psicológicas y físicas que demandan atención y requieren acciones para sanarlas tanto de forma individual como colectiva, a través de apuestas que propendan a la construcción de lo que puede llamarse lo colectivo, por su sentido de fuerza y valor.

Por lo anterior, la indagación de la salud mental en la ENSM-2015 giró alrededor de dos categorías: *subjetiva-relacional* y *social-colectiva*. En ambas, las relaciones configuran el foco de articulación. El escenario así configurado da cabida a diversas perspectivas teóricas, algunas de las cuales sustentan los temas considerados en este componente:

- Estar bien individual y colectivo, asunto de relaciones:
 - Cognición social y reconocimiento de los otros.
 - Apoyo familiar y capital social.
- Salud mental y sufrimiento emocional.
 - Eventos críticos y curso de vida.
 - Violencias.

2.1. Estar bien individual y colectivo: asunto de relaciones

La Ley 1616 de 2013 define la salud mental como un “estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (1).

Para la ENSM-2015, atendiendo a las condiciones, a las necesidades y a las orientaciones políticas del país, la salud mental es sinónimo de cierto bienestar emocional y de calidad de las interacciones humanas que favorecen condiciones de vida digna y de humanización, lo que deja en claro que sus limitaciones (no los trastornos) atañen a la naturalización de formas de relacionarse basadas en la indiferencia, la dominación, la explotación o la tortura, en la incapacidad de pensar, de transformar las maneras de pensar y actuar.

2.1.1. Factores asociados

Son variados los factores que se han asociado con la salud mental al intentar concretar la idea de un completo bienestar psicológico como una de las dimensiones de la salud, propuestas que apuntan a madurez, felicidad, normalidad, autocontrol, amor, laboriosidad, honestidad, trascendencia, resiliencia (2), entre otras.

La política nacional de salud mental vigente, la vincula con la justicia y el bien común; la interacción humana y con el medio ambiente, la promoción del bienestar subjetivo y el

desarrollo de potencialidades psicológicas (3). Posteriormente, se enlaza con los modos de pensar, sentir y comportarse en las relaciones sociales, fuerza transformadora de las condiciones y situaciones de vida e incremento del capital global (integrado por capitales simbólico, cultural, social y económico) (4). La Ley 1616 de 2013 reitera lo concerniente a la interacción y al despliegue de recursos, y añade el calificativo de *significativas* a las relaciones y las ideas de trabajar y contribuir a la comunidad (1). En el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), la dimensión de salud mental la refiere a la convivencia, las relaciones interpersonales respetuosas, equitativas y solidarias, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia, la participación en el logro de acuerdos, el ejercicio de los derechos humanos que buscan el bien común y el desarrollo humano y social (5).

La última propuesta de actualización de la política nacional reitera su faceta positiva, la cual requiere nuevos indicadores, entre estos los de cohesión y coherencia sociales, *participación, relaciones socioafectivas, oportunidades de crecimiento personal, felicidad y satisfacción con la vida*. Afirma que los determinantes más destacados de la situación de salud mental de las comunidades son las variables vinculadas a condiciones sociales, políticas y económicas. En ese orden de ideas, la salud mental está asociada con el acceso a las decisiones y al reconocimiento de derechos y libertades (6).

2.1.2. Impacto

Concederle un espacio exclusivo a la salud mental permite, en primer término, incluir de manera explícita resultados acerca de toda la población y no insistir solo en los concernientes a quienes sufren algún trastorno mental. En esta misma línea, permite identificar necesidades, posibilidades y recursos individuales y colectivos para vivir mejor y para solucionar las problemáticas que nos aquejan. En segundo lugar, facilita un análisis integral centrado en esta perspectiva saludable y no a la manera de resultados subsidiarios, cuya razón es la de ser asociados con factores de riesgo o protectores para la patología. Y, en último término, pero tal vez el más importante, permite pensar la salud mental desde la “buena vida” personal y colectiva, que hace hincapié en valorar la salud mental desde criterios éticos que orienten la acción permanente de su promoción y cuidado.

Así, tales resultados facilitan una aproximación de la forma de vivir, de las costumbres que se mantienen o emergen en una cultura determinada y lo que ellas aportan al buen

vivir, que evitan el perjuicio o favorecen la benevolencia no solo del individuo, sino del contexto en el que vive. Permiten guiar una mirada analítica de la salud mental, por cuanto su presencia o ausencia se revela en distintos ámbitos y da indicaciones sobre la forma como —conjuntamente y en las personas—, se va transformando la vida cotidiana, haciendo de ella un lugar en el que todos puedan encontrar no solo satisfacción y bien común, sino la posibilidad de ampliar y desarrollar positivamente las potencialidades existentes, además de que puede considerarse una condición que facilita la puesta en acción de recursos ante las emergencias o dificultades de vida personal y de la vida social. Una comprensión basada en los enfoques de determinantes sociales y diferencial encuentra sustento en las ideas de circularidad y reciprocidad entre salud mental, derechos y desarrollo, el énfasis en la convivencia, la inclusión y en los recursos sociales.

2.1.3. Estudios previos

En el mundo, bajo el acápite de salud mental se han llevado a cabo distintos estudios en la población general, buena parte utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (WHO-CIDI), pero claramente han sido los problemas y los trastornos los ejes centrales de esas investigaciones; de hecho, la encuesta mundial de salud mental constituye una serie coordinada de estudios epidemiológicos psiquiátricos en distintos países (7). De allí que, por lo menos en las publicaciones de resultados, son reducidos los elementos relativos a la salud mental y, generalmente, la asocian con variables sociodemográficas o de caracterización, y en su análisis se la vincula con las patologías y problemas estudiados más que con la exposición de una perspectiva propia.

En el país, el Estudio Nacional de 1993 incluyó, desde el enfoque de factores protectores, información acerca variables sociodemográficas, educación formal, trabajo, vivienda, ingresos, satisfacción personal, confianza y seguridad en las instituciones, en el futuro, redes de apoyo familiar y social, sexualidad, percepción sobre salud y sobre el estado afectivo, este último abordó sentimientos ante el medio ambiente social y físico (8). Un análisis secundario del mismo estudio (9) intentó una aproximación desde la salud mental y optó por agrupar esos resultados de la encuesta en torno a tres factores considerados determinantes para la salud mental: lo individual, lo social y lo ambiental. Algunos resultados de interés aparecen en la tabla 5.13.

Tabla 5.13. Factores relacionados con salud mental

Ítem	Porcentaje personas respondieron
Le gusta lo que hace	80
Disfruta de lo cotidiano	82
Se califica como persona tranquila	74
Satisfecho con su trabajo o estudio	81
Responsable ante sus deberes	98
Se siente valorado por los demás	94
Encuentra agradable vivir	92
Hace planes para el futuro	87
Disfruta de la sexualidad	90
Se distrae con frecuencia	75

En 1997 y 2003, utilizando la CIDI, los temas contemplaron características sociodemográficas, empleo, finanzas, matrimonio e hijos y redes sociales (8,10); pero las publicaciones del análisis en ambos casos exponen un enfoque de factores de riesgo. En el estudio poblacional de Medellín, en 2012, se relacionaron también variables demográficas, información sobre padres, sexualidad, pareja, finanzas, red de apoyo, situación laboral, funcionamiento en los 30 días previos, resiliencia y otras del campo psicosocial (11). Se han realizado investigaciones dirigidas a la población joven, la más amplia con una muestra nacional de adolescentes que calificó su salud mental de excelente (38,2%), muy buena (21,1%), buena (34,8%) y regular o mala (5,8%) (12). Otras en Medellín (2006 y 2009) muestran, por ejemplo, una disminución de la buena autoestima del 76,1% en el 2006 al 72,4% en el 2009, y óptimos resultados para el comportamiento prosocial: bueno y muy bueno, 96,6% en 2006, y 95%, en 2009 (13,14).

Por su parte, con población universitaria de la ciudad de Armenia se reportaron indicadores significativos de salud mental positiva en el 91% de los participantes; destacó el puntaje bajo en la subescala de autocontrol, relacionado con el equilibrio emocional (15). Resultados similares obtuvieron estudiantes de educación media de Calarcá, con niveles altos de salud mental positiva en todos los factores, salvo en autocontrol, con un nivel medio (16).

Con respecto a los niños, la información de los estudios nacionales de salud mental pone el relieve en los problemas,

con limitadas alusiones a los aspectos específicos de bienestar emocional, lo mismo ocurre con otras publicaciones sobre el tema. En el Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2002-2007 aparece un dato global suministrado por los cuidadores, quienes percibieron de manera favorable la salud física y mental de los niños hasta los 9 años; en los menores de 6 años solo el 2,2% tuvo algún problema emocional, y el 3,2% de los de 6 a 9 años (17).

Por último, los dos últimos estudios poblacionales del país incluyeron a personas de 60 años y más. Los resultados de 1997 coinciden con los del SABE Bogotá, e indican que tres cuartas partes de los entrevistados no cumplía con criterios para depresión (8,18).

2.1.4. Resultados: estar bien individual y colectivo

Se exponen a continuación los resultados más relevantes de los temas considerados: concepto y valoración de la salud mental propia, del bienestar emocional y en las relaciones con los demás y con el medio, autopercepción y requerimientos para la paz.

Ante la pregunta *¿qué es tener salud mental?*, realizada a los mayores de 18 años de edad, los resultados por sexo y edad muestran que, con algunas variaciones en el orden de selección, se priorizan cuatro de las posibilidades ofrecidas en la encuesta (tablas 5.14 y 5.15):

- *Tener buena salud física, comer, dormir, descansar*: hombres (47%) y mujeres (46,9%) entre 18 y 44 años; hombres (46,3%) y mujeres (45,5%) mayores de 44 años.
- *Sentirse bien, feliz, en paz con uno mismo*: hombres (36,2%) y mujeres (42,2%) entre 18 y 44 años; hombres (39,5%) y mujeres (42,7%) mayores de 44 años.
- *Superar dificultades y seguir adelante con ganas*: hombres (35,1%) y mujeres (40,7%) entre 18 y 44 años; hombres (32,7%) y mujeres (35,1%) mayores de 44 años.
- *No preocuparse, no estresarse, no sufrir*: hombres (32,5%) y mujeres (32,3%) entre 18 y 44 años; hombres (29,8%) y mujeres (31,8%) mayores de 44 años.

Solo aparece una distinción cuando se comparan los grupos de edad en situación o no de pobreza, ya que las personas de 18 a 44 años incluyen dentro de los cuatro primeros lugares: *Tener todas las comodidades, que no le falte nada*.

Tabla 5.14. Significado de salud mental en la población colombiana de 18 a 44 años

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Tener buena salud física, comer, dormir, descansar	47,0	44,8-49,3	46,9	45,0-48,8	47,0	45,5-48,4
Sentirse bien, feliz, en paz con uno mismo	36,2	34-38,4	42,2	40,3-44,1	39,7	38,3-41,1
Superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir	35,1	32,9-37,3	40,7	38,8-42,6	38,4	36,9-39,8
No preocuparse, no estresarse, no sufrir	32,5	30,4-34,6	32,3	30,5-34,1	32,3	31-33,7
Ser productivo, trabajar, estudiar	28,8	26,8-30,9	28,6	26,9-30,3	28,7	27,3-30,0
Pensar, reflexionar, aprender de la vida	22,5	20,6-24,4	22	20,5-23,7	22,2	21-23,5
Tener todas las comodidades, que no le falte nada	17,4	15,7-19,1	18,3	16,8-19,8	17,9	16,8-19,1
Llevarse bien con los demás, querer y que lo quieran	14,3	12,8-16,0	14,4	13,1-15,8	14,4	13,4-15,4
Divertirse, gozar, disfrutar, vivir la vida	14,0	12,5-15,7	9,7	8,7-10,9	11,5	10,6-12,5
No meterse con nadie y que nadie se meta con uno	11,5	10,1-13,0	10,9	9,7-12,1	11,1	10,2-12,1
Poder hacer siempre lo que se quiere	4,6	3,8-5,7	4,2	3,5-5,0	4,4	3,8-5,0

Nota: si una columna no suma 100%, corresponde al caso en que las opciones de respuesta a la pregunta origen de los datos no eran mutuamente excluyentes.

Tabla 5.15. Significado de salud mental en la población colombiana de 45 años en adelante

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Tener buena salud física, comer, dormir, descansar	46,3	43,8-48,9	45,5	43,5-47,6	45,8	44,2-47,4
Sentirse bien, feliz, en paz con uno mismo	39,5	37,1-42,1	42,7	40,6-44,7	41,4	39,9-43,0
Superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir	32,7	30,3-35,1	35,1	33,1-37,1	34,1	32,6-35,7
No preocuparse, no estresarse, no sufrir	29,8	27,5-32,2	31,8	29,9-33,8	31,0	29,5-32,5
Ser productivo, trabajar, estudiar	24,5	22,4-26,8	19,1	17,6-20,8	21,2	20,0-22,6
Tener todas las comodidades, que no le falte nada	22,6	20,5-24,8	19,8	18,2-21,5	20,9	19,6-22,2
Llevarse bien con los demás, querer y que lo quieran	16,2	14,4-18,1	20,8	19,2-22,5	19,0	17,8-20,3
Pensar, reflexionar, aprender de la vida	15,9	14,1-17,9	17,0	15,5-18,6	16,6	15,4-17,8
No meterse con nadie y que nadie se meta con uno	14,4	12,7-16,3	16,1	14,6-17,7	15,4	14,3-16,6
Divertirse, gozar, disfrutar, vivir la vida	9,0	7,6-10,6	10,1	8,9-11,4	9,6	8,7-10,6
Poder hacer siempre lo que se quiere	7,2	6-8,64	5,6	4,7-6,6	6,2	5,5-7,0

Nota: si una columna no suma 100%, corresponde al caso en que las opciones de respuesta a la pregunta origen de los datos no eran mutuamente excluyentes.

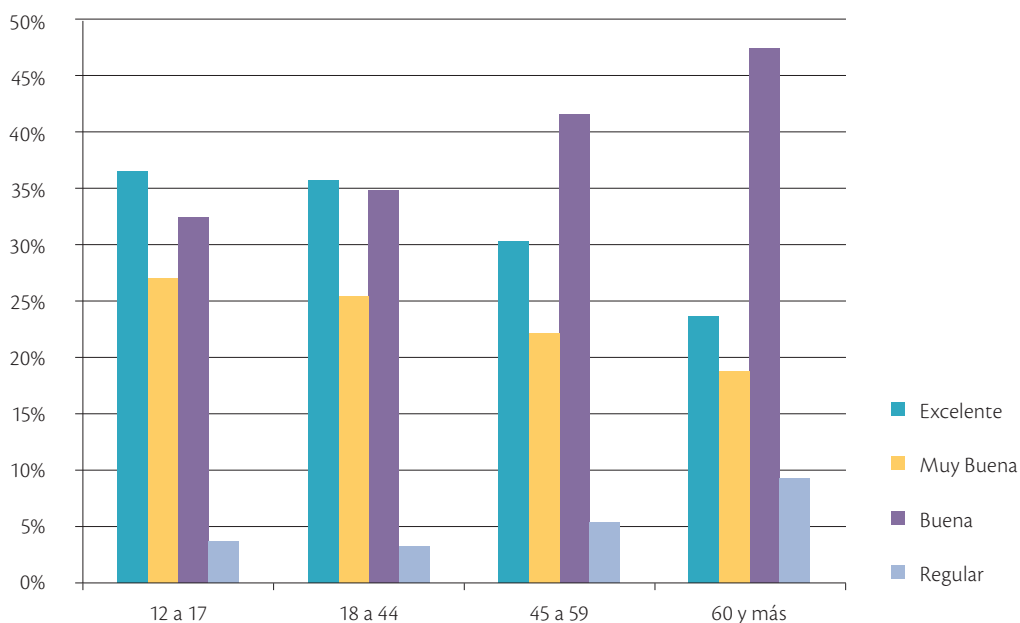
Siguen en la elección para el total de las respuestas: *ser productivo, trabajar, estudiar* (21,2%); *tener todas las comodidades, que no le falte nada* (20,9%); *llevarse bien con los demás, querer y que lo quieran* (19,0%); *pensar, reflexionar, aprender de la vida* (16,6%); *no meterse con nadie y que nadie se meta con uno* (15,4%); *divertirse, gozar, disfrutar, vivir la vida* (9,6%) y; *poder hacer siempre lo que se quiere* (6,2%).

Por otra parte, la salud mental de los niños entre 7 y 11 años fue ponderada por los padres o cuidadores de *excelente* 49,8% (IC95 %: 47,6-52); *muy buena* 30,8% (IC95 %: 28,8-32,8); y *buena* 17,8% (IC95 %: 16,2-19,5), sin mayores oscilaciones por región.

En los adolescentes y adultos, ante la indagación acerca de *¿Cómo es su salud mental?*, prima, así mismo, una aprecia-

ción positiva, más alta en los grupos de 12 a 17 años (*excelente* 36,6%; IC95 %: 33,4-40; *muy buena* 27,1%; IC95 %: 24-30,4; y *buena* 32,5%; IC95 %: 29,3-35,9) y de 18 a 44 (*excelente* 35,8%; IC95 %: 33,8-37,8; *muy buena* 25,5%; IC95 %: 23,8-27,3; y *buena* 35,2%; IC95 %: 33,4-37), que en los de 45 a 59 (*excelente* 30,5%; IC95 %: 27,6-33,5; *muy buena* 22,3%; IC95 %: 20-24,9; y *buena* 41,7%; IC95 %: 38,8-44,6) y de 60 y más años

(*excelente* 23,8%; IC95 %: 20,9-27; *muy buena* 18,7%; IC95 %: 16,5-21,2; y *buena* 47,6%; IC95 %: 44,3-51). El descenso señalado por grupos de edad es evidente en el ítem de *excelente*, que pasa de 36,6 % para las personas de 12 a 17 años, a 23,8 % en las de 60 y más años, disminución que también ocurre para el ítem de *muy buena*, adicionando progresivamente, según el grupo de edad, valores al ítem de *buena* (gráfica 5.7).



Gráfica 5.7. Percepción del estado de salud mental en la población colombiana de 12 años en adelante

Por regiones, para el grupo de edad entre 12 y 17 años, la mejor calificación de la salud mental propia ocurre en la Oriental (*excelente* 36,5%; *muy buena* 25,1%; y *buena* 37,0%), para el de 18 a 44 en la Central (*excelente* 42,4%; *muy buena* 24,8%; y *buena* 30,2%) y en la Atlántica (*excelente* 31,7%; *muy buena* 25,8%; y *buena* 39,5%); para el de 45 a 59 en Bogotá (*excelente* 32,9%; *muy buena* 21,2%; y *buena* 42,8%); para el de 60 y más años en la Central (*excelente* 28,2%; *muy buena* 20,4%; y *buena* 43,3%).

De manera particular, el ítem de *excelente* con mayor porcentaje es para Bogotá en el grupo de 12 a 17 años (43,5%), y de 18 a 44 (42,9%), contrastando este último con un porcentaje de 28,7 % en la Oriental; para el de 45 a 59 se da en la región Central (40,8%) frente a lo obtenido en la región Pacífica (23,0%); para el de 60 y más años se repite en la Central

(28,2%), y en la Atlántica está el menor porcentaje de personas, de este y de todos los grupos, que autocalificaron su salud mental de *excelente* (17,1%).

Si bien globalmente los ítems positivos (*excelente*, *muy buena* y *buena*) obtienen sumadas un resultado similar, para cada una de las clasificaciones de la escolaridad de los encuestados, entre 18 y 44 años, existen diferencias importantes en la valoración específica de cada una de estas, por ejemplo, en la de *excelente* se ubica un 23,4% personas con ninguna escolaridad o primaria, en tanto que lo hace un 38,5% de quienes cursaron secundaria; un 37,8% con estudios técnicos o tecnológicos, y 42,3% con universitarios. En el grupo de edad de 45 a 59 años se aprecia un incremento global de las calificaciones positivas asociado con un mayor grado de escolarización que va de: *excelente* (25,3%); *muy buena* (21,5%),

y buena (45,7%) en quienes no tiene ninguna escolaridad o primaria, a excelente (38,5%), muy buena (29,5%) y buena (31,7%) de aquellos con formación universitaria.

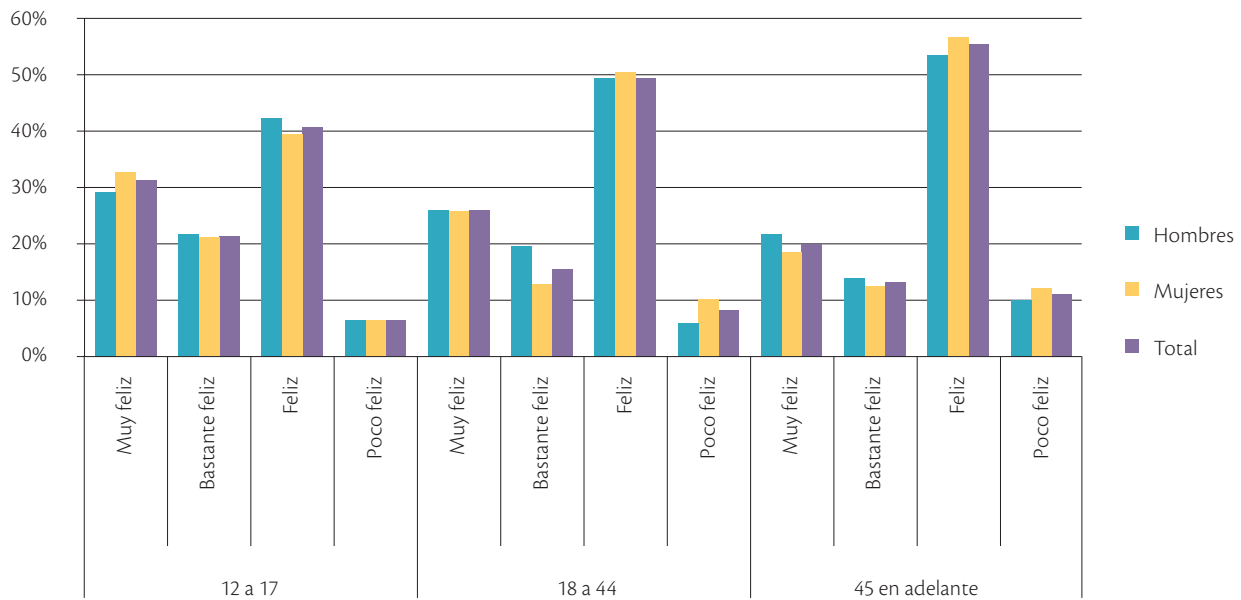
Así mismo, existen diferencias importantes en la valoración específica de cada uno de los ítems: excelente un 25,3% personas con ninguna escolaridad o primaria; 33,4% secundaria; 37,4% con estudios técnicos o tecnológicos, y 38,5% con universitarios. Igualmente ocurre con las personas de 60 y más años: 18,4% con ninguna escolaridad o primaria califican su salud mental de excelente, ante un 47,1% de aquellas con estudios universitarios.

Las personas solteras entre 18 y 44 años arrojan un puntaje general menor si se consideran las tres categorías positivas (excelente, muy buena y buena), pero superior en la calificación de excelente (40,1%), seguidas por las separadas, viudas o divorciadas (34,0%), y por quienes mantienen algún tipo de unión conyugal (32,4%). En el grupo de 45 a 59 años, son las personas separadas, viudas o divorciadas las que en mayor porcentaje consideran excelente su salud mental (34,4%); luego por las casadas, en unión libre o con pareja (30,0%), y, por último, las personas solteras (30,5%). En las de 60 y más años un 27% de las casadas, en unión libre o con pareja adjetivan de excelente su salud mental; 20,9% de las solteras, y 18,6% de las separadas, viudas o divorciadas.

También se mantiene este orden para la estimación positiva global.

La situación de pobreza no parece modificar la valoración positiva de la salud mental propia con respecto a la población restante (teniendo en cuenta los porcentajes para excelente, muy buena y buena), pero tiene a haber diferencias para cada uno de esos ítems en todos los grupos etarios, especialmente en el de excelente: 30,3% (IC95%: 24,1-37,4) (12 a 17 años) de las personas en pobreza, 38,5% (IC95%: 34,8-42,4) de quienes no se encuentran en tal situación. Del 31,3% al 36,5%, en el grupo de 18 a 44 años; del 18,3% al 32,2% en el de grupo de 45 a 59 años, y en el de buena del 41,5% al 29,8%, en el grupo de 12 a 17 años. Del 41,3% al 34,2%, en el grupo de 18 a 44 años; del 44,8% al 41,2%, en el grupo de 45 a 59 años.

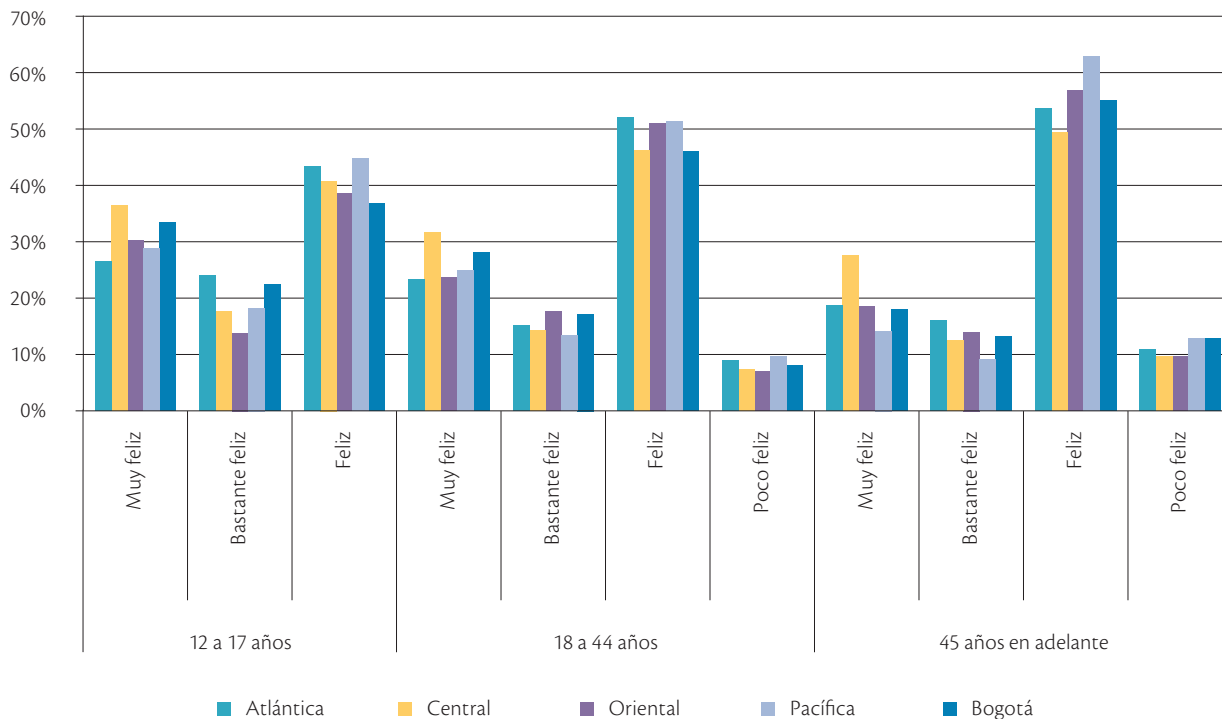
Ahora bien, la aproximación a cierto bienestar emocional como constitutivo de la salud mental se resume en las respuestas acerca del sentimiento de felicidad, que si bien globalmente arrojan en el menor de los casos un 88,1% de personas que se autocalifica entre muy feliz, bastante feliz y feliz, permiten observar un decremento asociado con la edad y más marcado en las mujeres. En el mismo sentido se observan descensos en cada uno de los grupos de edad de las dos primeras categorías: muy feliz, bastante feliz, que en parte incrementan la de feliz (gráfica 5.8).



Gráfica 5.8. Sentimiento de felicidad en población colombiana de 12 años en adelante

Por regiones (gráfica 5.9) la conclusión es parecida, pues si bien la sumatoria de las tres categorías positivas de felicidad alcanza en su menor valor un porcentaje de 86,2%, con pocas diferencias entre regiones (con excepción de la Pacífica

en el grupo de edad de 18 a 44 años), se aprecia que a mayor edad es menor globalmente el sentimiento positivo, particularmente en las valoraciones de *muy feliz* y *bastante feliz*.



Gráfica 5.9. Sentimiento de felicidad en la población colombiana según edad y región

Nota: la información del sentimiento de "poco feliz", "infeliz" y "muy infeliz" en el rango de edad de 12 a 17 años se suprimió, dado que contenían información imprecisa y, por lo mismo, no comparable; igualmente, en sentimiento de "infeliz" y "muy infeliz" en los rangos de edad de 18 a 44 años y de 45 años en adelante

Por grupos de edad al distribuirlos según situación de pobreza o no, los porcentajes encontrados son: de 12 a 17 años: *muy feliz* con 24,4%, *bastante feliz* con 18,1%, *feliz* con 49,0%. Para la primera clasificación: *muy feliz* con 32,9%, *bastante feliz* con 22,7%, *feliz* con 38,4%. Para la segunda, de 18 a 44 años: *muy feliz* con 19,2%, *bastante feliz* con 13,3%, *feliz* con 55,4%, para la población en pobreza, y *muy feliz* con 27,1%, *bastante feliz* con 16,0%, *feliz* con 48,7%, para la que no lo está; de 45 y más años: *muy feliz* con 11,1%, *bastante feliz* con 15,3%, *feliz* con 58,1%, en la primera, y *muy feliz* con 20,8%, *bastante feliz* con 12,8%, *feliz* con 55,0%, en la segunda.

Por otra parte, la satisfacción en las interacciones se indagó con respecto a los nexos más cercanos y cotidianos y a los del entorno, así:

Las relaciones entre sus cuidadores y el niño (*¿cómo se lleva con...?*) son ubicadas por los primeros en los ítems de *bien* (29,5%) y *muy bien* (68,1%). El 74,5% afirma *disfrutar mucho* su compañía, el 23,1% dice *disfrutar bastante*; y el 94,3% se siente *casi siempre orgulloso* del niño.

En todas esas afirmaciones no hay diferencias por sexo, pero sí pueden señalarse con respecto a la situación de pobreza, así: respuestas de este grupo a *¿cómo se lleva con...?*:

bien (36,7%) y muy bien (60,5%), y de los clasificados como “no pobres”: bien (27,7%) y muy bien (70,1%). El 70,9% de los primeros afirma *disfrutar mucho* su compañía y el 25,5% dice *disfrutar bastante*; en tanto que los segundos lo hacen en un 22,5% y un 75,3%; *casi siempre se siente orgulloso del niño* 91,5% y 95,0%.

Acostumbran hablarle de lo que hacen, lo que pasó en el día, o lo que va a pasar. El 74,5% de los hombres y 81,5% de las mujeres entre 18 y 44 años, y 73,9% de los hombres y 90,1% de las mujeres entre 45 y más años. Es un uso del 75,5% de las personas pobres y 79,8% de las “no pobres” de 18 a 44 años; 77,3% y 81,6% de las de 45 y más. Por región, en el grupo de 18 a 44 años el porcentaje más elevado (82,1%) de quienes asumen esta conducta es para Bogotá y el menor (77,5%) para la región Central. En el grupo de 45 y más años, fluctúa entre 85,6% para la región Atlántica y 75,0% para la Central.

Por su parte, la *costumbre de contarle cuentos, cantarle o enseñarle juegos*, entre los padres o cuidadores de 18 a 44 años, está presente en el 80,3% (hombres 76,1%; mujeres 82,5%), y en el 71,2% de los de 45 y más años. La práctica 77,6% de las personas pobres y 80,8% de las “no pobres” de 18 a 44 años: 70,5% y 71,4% de las de 45 y más. Por región, en el primer grupo etario ya mencionado de cuidadores, el porcentaje va de 83,6% en la Atlántica a 75,3% en Bogotá. En el segundo grupo (de 45 y más años), en la región Atlántica es mucho más frecuente (81,7%) que en Bogotá (57,4%).

En cuanto al esfuerzo en que no presencie relaciones sexuales o peleas entre adultos, lo realiza el 89,9% (hombres: 87,6% y mujeres: 91,1%) del grupo de 18 a 44, y el 89,2% (88,6%: hombres y 90,0%: mujeres en el de 45 y más años. Lo lleva a cabo el 86,9% de las personas pobres y 90,5% de las “no pobres” de 18 a 44 años; 89,7% y 89,1% de las de 45 y más. En el grupo de menor edad de los padres o cuidadores

(18 a 44 años), es en la región Atlántica donde responde en mayor proporción a este cuidado (92,5%), disminuyendo para la Central (86,2%). En los padres o cuidadores de 45 años y más, lo expresa el 91,5% en la región Oriental y el 84,4% en Bogotá.

Finalmente, cuando hay dificultades con el niño, *pierde la calma, se angustia y tiende a actuar sin pensar*, le sucede al 26,6% (hombres: 22,5% y mujeres 28,7%) de los padres o cuidadores de 18 a 44 años, y al 26,9% (hombres: 21,0% y mujeres: 34,0%) de 45 y más años. En la región Atlántica (29,9%) y en la Central (28,1%), para el grupo de 18 y 44 años.

Para todas las respuestas anteriores se observan diferencias con respecto a conductas de atención a los niños de acuerdo con la escolaridad de los padres o cuidadores, particularmente en el grupo de 18 a 44 años, en el cual los comportamientos favorables para el niño aumentan sucesivamente con el grado de escolaridad alcanzado.

Como aparece en la tabla 5.16, para los adolescentes y adultos la satisfacción en las relaciones (observando los resultados de las respuestas *muy satisfecho* y *satisfecho*), se reporta como una constante para la mayoría de los colombianos. Son particularmente una fuente de complacencia las interacciones familiares, que para todos los grupos etarios la categoría *muy satisfecho* es la más elevada. Por cada uno de los grupos los porcentajes para la satisfacción en las relaciones familiares destacando en primer lugar al grupo de adolescentes son los siguientes: de 12 a 17 años (*muy satisfecho* 44,2%; *satisfecho* 50,4%); de 18 a 44 años (*muy satisfecho* 41,1%; *satisfecho* 52,6%); de 45 y más (*muy satisfecho* 36,8%; *satisfecho* 54,8%); las de los amigos de 12 a 17 años (*muy satisfecho* 19,5%; *satisfecho* 71,5%); de 18 a 44 años (*muy satisfecho* 17,2%; *satisfecho* 73,4%); de 45 y más (*muy satisfecho* 14,1%; *satisfecho* 76,7%).

Tabla 5.16. Satisfacción en las relaciones en población colombiana de 12 años en adelante

	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
12 a 17 años						
Relaciones con familia						
Muy satisfecho	43,5	39,8-47,4	44,8	41,1-48,6	44,2	41,5-46,9
Satisfecho	51,4	47,6-55,3	49,4	45,6-53,2	50,4	47,7-53,1
Relaciones con pareja						
Muy satisfecho	25,5	17,8-35,0	41,0	32,8-49,7	33,9	28,0-40,3
Satisfecho	68,2	58,5-76,5	48,7	40,2-57,2	57,6	51,1-63,8
Relaciones con amigos						
Muy satisfecho	18,4	15,6-21,7	20,6	17,7-23,9	19,5	17,4-21,8
Satisfecho	74,3	70,8-77,6	68,7	65,0-72,2	71,5	69,0-73,9
Poco satisfecho	6,7	5,0-8,9	10,4	8,3-13,0	8,6	7,1-10,2
Relaciones con compañeros de trabajo						
Satisfecho	78,9	68,9-86,3	69,1	56,3-79,6	75,1	67,4-81,5
Relaciones con compañeros de estudio						
Muy satisfecho	16,1	13,2-19,3	17,0	14,1-20,4	16,5	14,5-18,8
Satisfecho	73,2	69,4-76,7	70,2	66,3-73,8	71,7	69,0-74,3
Poco satisfecho	9,7	7,5-12,5	11,7	9,2-14,6	10,7	9,0-12,6
Relaciones con jefes o maestros						
Muy satisfecho	13,3	10,8-16,3	15,2	12,4-18,5	14,2	12,3-16,4
Satisfecho	73,1	69,3-76,5	70,2	66,2-73,9	71,7	69,0-74,2
Poco satisfecho	12,9	10,5-15,9	13,8	11,1-17,0	13,3	11,5-15,5
Relaciones con vecinos						
Muy satisfecho	8,5	6,6-10,9	8,7	6,8-11,2	8,6	7,2-10,3
Satisfecho	68,7	65,0-72,2	60,6	56,8-64,3	64,7	62,0-67,2
Poco satisfecho	19,3	16,4-22,5	26,9	23,7-30,5	23,1	20,9-25,5
18 a 44 años						
Relaciones con familia						
Muy satisfecho	44,8	42,5-47,0	38,5	36,7-40,4	41,1	39,7-42,6
Satisfecho	50,5	48,2-52,8	54,2	52,2-56,1	52,6	51,1-54,1
Poco satisfecho	4,1	3,3-5,1	6,3	5,4-7,3	5,4	4,8-6,1
Relaciones con pareja						
Muy satisfecho	42,8	40,1-45,5	36,8	34,6-39,1	39,3	37,6-41,1
Satisfecho	54,1	51,4-56,8	54,9	52,6-57,2	54,6	52,8-56,3
Poco satisfecho	2,9	2,1-3,9	6,9	5,8-8,2	5,2	4,5-6,0
Relaciones con amigos						
Muy satisfecho	18,0	16,3-19,8	16,6	15,2-18,1	17,2	16,1-18,4
Satisfecho	73,4	71,3-75,4	73,4	71,6-75,1	73,4	72,0-74,7
Poco satisfecho	8,1	6,9-9,5	9,1	8,1-10,3	8,7	7,9-9,6

	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Relaciones con compañeros de trabajo						
Muy satisfecho	15,7	13,9-17,7	17,1	15,0-19,4	16,3	14,9-17,8
Satisfecho	77,6	75,4-79,6	75,5	72,9-77,9	76,7	75,0-78,2
Poco satisfecho	6,4	5,3-7,8	6,3	5,1-7,9	6,4	5,5-7,4
Relaciones con compañeros de estudio						
Muy satisfecho	23,4	19,7-27,6	19,1	16,0-22,6	21,1	18,6- 23,7
Satisfecho	69,9	65,4-74,0	73,5	69,7-77,1	71,9	69,0- 74,6
Poco satisfecho	5,9	4,1-8,6	5,2	3,6-7,4	5,5	4,3- 7,1
Relaciones con jefes o maestros						
Muy satisfecho	18,6	16,5-20,9	19,9	17,7-22,2	19,2	17,7- 20,9
Satisfecho	72,2	69,6-74,6	71,9	69,3-74,4	72,1	70,2- 73,8
Poco satisfecho	8,6	7,2-10,4	7,4	6,1-9,1	8,1	7,0- 9,2
Relaciones con vecinos						
Muy satisfecho	8,8	7,6-10,2	8,3	7,3-9,5	8,5	7,7-9,4
Satisfecho	74,6	72,6-76,6	71,3	69,5-73,1	72,7	71,4-74,0
Poco satisfecho	14,3	12,7-16,0	17,2	15,8-18,7	16,0	14,9-17,1
Insatisfecho	2,3	1,7-3,1	3,1	2,5-3,9	2,8	2,3-3,3
45 años en adelante						
Relaciones con familia						
Muy satisfecho	38,7	36,2-41,2	35,5	33,6-37,6	36,8	35,2-38,4
Satisfecho	54,2	51,7-56,8	55,2	53,1-57,3	54,8	53,2-56,4
Poco satisfecho	5,4	4,3-6,7	7,1	6,1-8,2	6,4	5,7-7,3
Relaciones con pareja						
Muy satisfecho	39,8	36,9-42,8	33,2	30,6-36,0	36,2	34,3-38,3
Satisfecho	55,6	52,5-58,6	56,5	53,7-59,3	56,1	54,0-58,2
Poco satisfecho	3,7	2,7-5,0	7,4	6,1-9,0	5,7	4,8-6,7
Relaciones con amigos						
Muy satisfecho	14,9	13,2-16,9	13,6	12,2-15,1	14,1	13,0-15,3
Satisfecho	77,1	74,9-79,2	76,5	74,6-78,2	76,7	75,3-78,1
Poco satisfecho	7,1	5,9-8,5	8,9	7,8-10,2	8,2	7,3-9,1
Relaciones con compañeros de trabajo						
Muy satisfecho	15,5	13,3-17,9	17,6	14,7-20,9	16,3	14,5-18,3
Satisfecho	78,7	76,0-81,2	75,2	71,5-78,5	77,3	75,1-79,3
Poco satisfecho	4,9	3,7-6,5	6,2	4,5-8,5	5,4	4,4-6,7
Relaciones con compañeros de estudio						
Muy satisfecho	22,8	16,6-30,4	28,2	21,8-35,6	25,7	21,1-30,9
Satisfecho	74,6	66,9-81,1	67,4	59,9-74,2	70,8	65,4-75,6

Continúa

	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Relaciones con jefes o maestros						
Muy satisfecho	16,1	13,4-19,3	18,9	15,6-22,8	17,4	15,2-19,8
Satisfecho	76,9	73,3-80,1	70,6	66,3-74,6	74,0	71,3-76,6
Poco satisfecho	5,7	4,0-8,0	7,4	5,3-10,2	6,5	5,1-8,2
Relaciones con vecinos						
Muy satisfecho	11,0	9,5-12,7	9,0	7,9-10,3	9,8	8,9-10,8
Satisfecho	76,5	74,3-78,6	76,5	74,7-78,3	76,5	75,1-77,9
Poco satisfecho	10,2	8,8-11,9	12,2	10,9-13,6	11,4	10,4-12,5
Insatisfecho	2,2	1,6-3,1	2,2	1,7-2,9	2,2	1,8-2,8

Nota: la información de los niveles de "poca satisfacción" e "insatisfacción" en las relaciones de familia y pareja en el rango de edad de 12 a 17 años se suprimió dado que contenían información imprecisa y por lo mismo no comparable. Igualmente en el los diferentes grados de satisfacción suprimidos de los diferentes tipos de relaciones en los respectivos grupos de edad

Entre 18 y 44 años el primer lugar es para la relación de pareja, diferenciada por sexo con menor satisfacción para las mujeres; para las personas de 45 y más años, la satisfacción mayor deriva de los compañeros de estudio o trabajo, seguidas por la pareja valoradas de manera distinta por sexo como en el caso anterior.

Si se toma la categoría de *muy satisfecho* para comparar las respuestas de las personas que están en condición de pobreza con las de las que no lo están, se encuentran diferencias importantes para todas las relaciones (con excepción de los nexos con los vecinos en el grupo de 45 y más años), dado que porcentajes más pequeños de las primeras seleccionan este ítem. Por ejemplo, en el grupo de 12 a 17 años, 36,5% (IC95 %: 31,3-42,1) de las personas en pobreza se sienten muy satisfechos con las relaciones familiares, y 46,5% (IC95 %: 43,5-49,6) de los clasificados como "no pobres". Entre 18 y 44 años *muy satisfechos* con su pareja está el 26,4% (IC95 %: 22,4-30,8) de las personas pobres, y el 41,5% (IC95 %: 22,4-30,8) de los que no lo son. Diferencias notorias pueden asumirse también en la contrastación para los de 18 y mayores de las áreas urbanas y rurales.

Son los nexos con los vecinos los peor valorados por todos los grupos de edad, sobre todo si se aprecian los bajos porcentajes que seleccionan la opción *muy satisfecho*: de 12 a 17 años: *muy satisfecho* 8,6%, *satisfecho* 64,7%; de 18 y 44 años: *muy satisfecho* 8,5%, *satisfecho* 72,7%; de 45 y más años: *muy satisfecho* 9,8% y *satisfecho* 76,5%.

Con una excepción, la región Atlántica revela los mayores porcentajes (si se agregan los de *muy satisfecho* y *satisfecho*)

de agrado en todas las relaciones y en todos los grupos de edad. Los porcentajes menores son más frecuentes en Bogotá. Al ampliar la consideración de satisfacción para incluir al país, en el grupo de 12 a 17 años se manifiesta *muy satisfecho* 24,2%, *satisfecho* 64,4%; en el de 18 a 44 años *muy satisfecho* 24,3%, *satisfecho* 60,5%; y en el de 45 y más años *muy satisfecho* 22,5%, *satisfecho* 62,2%. Para todos los grupos de edad, en las regiones Atlántica (15,9%; IC95 %: 12,3-20,4) y Pacífica (17,5%; IC95 %: 13,2-22,7) se observan los porcentajes más bajos a la respuesta de *muy satisfecho*. Para el grupo de 45 y más años, desciende la valoración de satisfacción con el aumento de la escolaridad.

Nuevamente la categoría de *muy satisfecho* es útil para establecer distinciones entre las respuestas de las personas en condición de pobreza o no, por ejemplo, con respecto a su hogar, en el grupo de 12 a 17 años 27,4% frente a 40,2%; de 18 a 44 años: 24,2% frente a 37,8%; en el de 45 y más años: 23,6% frente a 30,8%. Si se cotejan las respuestas obtenidas en los ámbitos urbanos o rurales para los de 18 y más años, se obtiene lo siguiente: 38,6% (urbano) y 26,9% (rural) para el grupo de 18 a 44 años; 32,1% (urbano) y 23,3% (rural).

En la línea de lo subjetivo-relacional, entre las distintas opciones que podrían definir las formas de ser, porcentajes altos de las personas encuestadas elijen las que dan cuenta de una autopercepción deseable: apreciar la vida a pesar de las dificultades, pensar antes de actuar, disfrutar de lo cotidiano, ayudar a los que sufren, gozar igualmente de dar o recibir ayuda, reírse de sí mismo y de los otros. De las restantes se destacan:

Si no logro lo que quiero, insisto. No importa el precio: 80,3% (hombres 84,6%; mujeres 76,1%) de 12 a 17 años; 78,3% (hombres 80,9%; mujeres 76,5%) de 18 a 44; 80,0% (hombres 84,0%; mujeres 77,4%) de 45 y más. Comparando el conjunto de personas en condición de pobreza con el que no presenta esta condición según los grupos de edad, se encuentra: de 12 a 17 años: 81,6% y 80,0%; de 18 a 44: 80,7% y 77,9%; de 45 y más: 82,8% y 79,7%. Por región para los grupos etarios las diferencias apreciables se dan entre la Atlántica: 83,4% y Bogotá 77,2%, para los adolescentes de 12 a 17 años.

Cuando las cosas se ponen feas o tristes, prefiero hacer lo que sea para olvidarlas: 81,4% de 12 a 17 años; 78,6% de 18 a 44; 84,2% de 45 y más. Comparando el conjunto de personas en condición de pobreza con el que no presenta esta condición según los grupos de edad, se encuentra: de 12 a 17 años: 87,1% y 79,6%; de 18 a 44: 83,5% y 77,8%; de 45 y más: 86,6% y 83,9%. Por región para los grupos etarios las diferencias apreciables se dan entre la Atlántica: 80,4% (IC95%: 75,7-84,4) y Pacífica 86,7% (IC95%: 82-90,4) (12 a 17 años); la Pacífica: 81,6% (IC95%: 78,8-84) y Bogotá: 73,1% (IC95%: 69,4-76,5) (18 a 44 años).

Uno debe resignarse y aceptar las cosas como vienen: 66,6% (hombres 68,5%; mujeres 64,6%) de 12 a 17 años; 55,0% (hombres 55,9%; mujeres 54,4%) de 18 a 44; 64,2% (hombres 68,2%; mujeres 61,6%) de 45 y más. Comparando el conjunto de personas en condición de pobreza con el que no presenta esta condición según los grupos de edad, se encuentra: de 12 a 17 años: 77,8% y 63,2%; de 18 a 44: 72,4% y 52,2%; de 45 y más: 79,5% y 62,4%. Por región para los grupos etarios las diferencias apreciables se dan entre la Atlántica: 74,8% y Bogotá: 59,2% (12 a 17 años); la Atlántica: 65,6% y Bogotá: 44,3% (18 a 44 años); la Atlántica: 70,3% y Bogotá: 58,9% (45 y más años).

Pienso que cada cual tiene que solucionar sus propios problemas: 62,5% (hombres 63,5%; mujeres 61,5%) de 12 a 17 años; 59,1% (hombres 60,2%; mujeres 58,3%) de 18 a 44; 66,6% (hombres 67,9%; mujeres 65,7%) de 45 y más. Comparando el conjunto de personas en condición de pobreza con el que no presenta esta condición según los grupos de edad, se encuentra: de 12 a 17 años: 69,7% y 60,3%; de 18 a 44: 69,5% y 57,4%; de 45 y más: 76,9% y 65,3%.

La gente puede hacer lo que quiera, pero yo solo me relaciono con gente parecida a mí: 42,6% (hombres 46,0%; mujeres 39,3%) de 12 a 17 años; 35,9% (hombres 37,9%; mujeres 34,4%) de 18 a 44; 49,0% (hombres 51,9%; mujeres 47,1%) de

45 y más. Comparando el conjunto de personas en condición de pobreza con el que no presenta esta condición según los grupos de edad, se encuentra: de 12 a 17 años: 46,7% y 41,4%; de 18 a 44: 50,2% y 33,5%; de 45 y más: 55,6% y 48,2%. Por región para los grupos etarios las diferencias apreciables se dan entre la Pacífica: 38,5% y Bogotá: 32,5% (18 a 44 años).

Las únicas personas que me interesan son las de mi familia: 37,2% (hombres 39,6%; mujeres 34,9%) de 12 a 17 años; 27,3% (hombres 29,0%; mujeres 26,1%) de 18 a 44; 31,7% (hombres 34,6%; mujeres 29,8%) de 45 y más. Comparando el conjunto de personas en condición de pobreza con el que no presenta esta condición según los grupos de edad, se encuentra: de 12 a 17 años: 47,7% y 34,0%; de 18 a 44: 42,4% y 24,8%; de 45 y más: 42,6% y 30,4%. Por región para los grupos etarios las diferencias apreciables se dan entre la Atlántica: 31,1% y Bogotá 22,4% (18 a 44 años); Atlántica: 37,1% y Bogotá: 27,4% (45 y más años).

La vida me ha vuelto tan duro que a mí ya no me duele nada: 16,1% (hombres 17,1%; mujeres 15,2%) de 12 a 17 años; 20,5% (hombres 22,0%; mujeres 19,4%) de 18 a 44; 27,7% (hombres 32,2%; mujeres 24,7%) de 45 y más. Comparando el conjunto de personas en condición de pobreza con el que no presenta esta condición según los grupos de edad, se encuentra: de 12 a 17 años: 21,6% y 14,5%; de 18 a 44: 32,1% y 18,6%; de 45 y más: 37,8% y 26,5%. Por región para los grupos etarios las diferencias apreciables se dan entre la Atlántica: 23,7% y Bogotá: 17,8% y la Central: 17,0% (18 a 44 años).

Si alguien busca pelea conmigo, la encuentra: 30,0% (hombres 32,7%; mujeres 27,4%) de 12 a 17 años; 23,0% (hombres 24,5%; mujeres 21,9%) de 18 a 44; 20,4% (IC95%: 19,2-21,8) de 45 y más. Comparando el conjunto de personas en condición de pobreza con el que no presenta esta condición según los grupos de edad, se encuentra: de 12 a 17 años: 33,6% y 28,9%; de 18 a 44: 27,6% y 22,2%; de 45 y más: 22,6% y 20,2%. Por región para los grupos etarios las diferencias apreciables se dan entre la Central: 34,3% y la Pacífica: 25,0% (12 a 17 años); la Oriental: 24,0% y la Pacífica: 21,9% y Bogotá: 21,8% (18 a 44 años).

Ahora bien, dando continuidad al tema de las relaciones humanas, la paz está asociada para la mayoría de los adultos encuestados con la posibilidad de convivencia social (68,3%, en los de 18 a 44 años; 69,2% en los de 45 y más); seguida por el desarrollo social y humano (47,4% y 47,7%); y por la ausencia de violencia (33,7% y 36,5%) (tabla 5.17).

Tabla 5.17. Afirmaciones asociadas con la definición de paz para la población colombiana de 18 años en adelante

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44 años						
Ausencia de violencia	32,2	30,1-34,3	32,4	30,6-34,2	32,3	30,9-33,7
Poder vivir y compartir juntos dentro de la sociedad	65,5	63,3-67,7	68,0	66,2-69,8	67,0	65,6-68,3
Desarrollo social y humano en aspectos de educación, salud, economía, entre otros	47,9	45,6-50,2	44,6	42,7-46,5	46,0	44,5-47,4
45 años en adelante						
Ausencia de violencia	33,9	31,5-36,3	35,6	33,7-37,7	34,9	33,4-36,5
Poder vivir y compartir juntos dentro de la sociedad	66,1	63,6-68,4	68,8	66,9-70,7	67,7	66,2-69,2
Desarrollo social y humano en aspectos de educación, salud, economía, entre otros	48,1	45,5-50,6	44,8	42,7-46,8	46,1	44,5-47,7

2.1.5. Cognición social y reconocimiento de los otros

Aun cuando para los seres humanos y muchas especies animales la supervivencia dependió de una efectiva actividad social, como la de facilitar la protección, el sustento y la comprensión de las criaturas de su propia especie, entre otros, la interacción social de los seres humanos evolucionó de manera más compleja: orientó comportamientos que se tornaron automáticos evolutivamente y requirieron procesos cognitivos que modularon la conducta humana social. La memoria inmediata, la atención, la planeación y organización de la información para tomar decisiones y la motivación son algunas de las funciones cognitivas actualmente llamadas *funciones ejecutivas*, que sirvieron para fortalecer evolutivamente la cognición social. Así, estas habilidades cognitivas facilitaron el poder percibir las emociones de los otros, los estados mentales de los otros y ponernos en el lugar del otro, habilidades cognitivas aparentemente exclusivas al ser humano, que orquesta cuidadosamente lo requerido para organizar los estímulos sociales relevantes que particularizan el comportamiento del ser humano.

La cognición social es entonces la disciplina que se estudia cómo comprendemos, recordamos y predecimos la conducta de otras personas; cómo elaboramos juicios e inferencias a partir de lo que percibimos en los demás, y cómo tomamos decisiones con base en esa información. Además, permite identificar cómo son influenciados dichos procesos por la presencia de los otros (de forma implícita o explícita), nues-

tra motivación y nuestro estado emocional en cada situación concreta (19).

El concepto de *función ejecutiva*, por otro lado, es relativamente reciente dentro del campo de estudio de las funciones cerebrales y el término, ya sugerido por Lezak (20), lo comienza a utilizar Fuster desde 1985 (21,22); pero probablemente es el propio Luria (23) quien lo menciona en su libro *Higher Cortical Functions in Man* (1966). Luria fue el primer autor que, sin nombrar el término, conceptualizó las funciones ejecutivas, al referirse a un grupo de funciones reguladoras del comportamiento humano y al señalar que “cada actividad humana comienza con una intención definida, dirigida a una meta y regulada por un programa específico que necesita de un tono cortical constante”. Pero es a Lezak, como ya hemos comentado, a quien se debe el concepto de función ejecutiva del cerebro: planificación, programación, regulación y verificación de la conducta intencional: “las funciones ejecutivas comprenden las capacidades mentales necesarias para formular metas, planificar la manera de lograrla y llevar adelante ese plan de manera eficaz”. A su vez, Sholberg y Mateer consideran que las funciones ejecutivas abarcan una serie de procesos cognitivos entre los que destacan la anticipación, la elección de objetivos, la planificación, la selección de la conducta, la autorregulación, el autocontrol y el uso de retroalimentación.

Las funciones ejecutivas hacen, entonces, referencia a una constelación de facultades de la cognición necesarias para formular metas, diseñar planes o facultades implicadas en la

planificación de los procesos y las estrategias para lograr los objetivos (24). Así mismo, poder reconocer el logro o el fracaso; la necesidad de modificar una actividad, detenerla y generar nuevos planes de acción o inhibir cuando sea necesario respuestas inadecuadas y seleccionar correctamente conductas apropiadas por la integración, no solo sensorial, sino de aquello que conjuga lo sensorial con lo que sucede en el entorno.

Por lo tanto, esas funciones permiten generar estrategias, supervisar conductas en función de estados motivacionales y afectivos para poder llegar a la toma de decisiones. Estas funciones son primordiales en todos los comportamientos necesarios para mantener la autonomía personal. Así mismo, fundamentan la personalidad y el mantenimiento del comportamiento: la conciencia, la empatía y la sensibilidad social (25). Un adecuado funcionamiento de todos estos procesos depende de la actividad de ciertas estructuras cerebrales como la corteza prefrontal-dorsolateral, cingulada, premotora ventral derecha, parietal inferior, orbitofrontal, insular y la amígdala (23,24).

2.1.5.1. Factores asociados

La conducta social puede estar influenciada por la impronta genética, por las experiencias tempranas de cada individuo y la propia cultura que modelan la estructura y el funcionamiento cerebral durante su desarrollo, y ello condiciona la forma en que este responde al entorno posteriormente. La conducta social, a su vez, puede verse afectada por daños cerebrales causados por traumatismos, enfermedades degenerativas, autoinmunes, carenciales, infecciosas, metabólicas o tóxicas, así como por enfermedades psiquiátricas (26,27).

Modelos actuales del estudio de la personalidad reconocen la importancia de los factores innatos y biológicos, y resaltan cómo esta depende de todas formas del contexto cultural y social en el cual el sujeto va creciendo. En suma, enfoques evolutivos y de desarrollo de la comprensión de la cognición social resaltan que los seres humanos desarrollan habilidades cognitivas que no existen en otras especies donde, alrededor de los 3 o 4 años de edad, el niño ya puede adoptar el punto de vista de otra persona cuando ningún otro primate parece poder ser capaz de tal proceder. Tal capacidad, incluso, tiene sus fundamentos en la capacidad del recién nacido para imitar algunos gestos faciales, destreza que a su vez puede ser catalizadora de la misma cultura.

2.1.5.2. Impacto

El estudio de la cognición social aporta amplios conocimientos sobre la conducta humana y permite lograr avances importantes en prácticamente todas las áreas que tienen como objeto de estudio al ser humano y sus relaciones (28). La vida social implica la puesta en marcha de una serie de procesos que permiten la organización de diversas observaciones e inferencias para proporcionar de forma coherente un modelo predictivo de los otros y así poder formar relaciones estables, evitar enemigos, alcanzar objetivos, crear leyes y culturas, entre otros (29).

La disciplina de las neurociencias sociales se fundamenta en la explicación de diferentes niveles (neurales, hormonales, moleculares y genéticos) de la cognición social en psiquiatría. En particular, desarrolla la investigación científica evaluando a) la cognición social comportamental sensible a la discapacidad psiquiátrica, b) las redes neuronales implicadas en los comportamientos sociales, c) los fundamentos genéticos de los fenómenos sociales y d) la influencia del entorno social en los procesos biológicos (30).

Las alteraciones en cualquiera de estos procesos pueden resultar en dificultades personales y problemas interpersonales, que entorpecen la vida en comunidad o que pueden aparecer como manifestaciones de varios trastornos mentales; por ejemplo, los trastornos del espectro autista, la esquizofrenia y los trastornos afectivos, así como el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno esquizotípico y el trastorno limítrofe de personalidad (31). Por otro lado, existen condiciones neurológicas que presentan un grave deterioro de la cognición social como en la variante comportamental del trastorno neurocognitivo mayor, debido a degeneración lobar frontotemporal (32,33).

2.1.5.3. Estudios previos

Tal y como se anotó, las funciones ejecutivas supervisan, por decirlo de alguna forma, los procesos que coordinan las funciones cognitivas, conductuales y emocionales que optimizan el desarrollo y la ejecución de metas particulares. Abarcan habilidades cruciales como la planificación, el recuerdo inmediato de información que permiten mantener una flexibilidad cognitiva e inhibir elementos irrelevantes, por ejemplo. Teniendo en cuenta que en una encuesta poblacional la evaluación de funciones tan complejas tomaría mucho tiempo, la disponibilidad de herramientas con fines de tamizaje que

involucren estas funciones es limitada. Una adaptación del Test de Tamizaje de Funciones Frontales (Ineco), desarrollado en Argentina, forma parte de lo evaluado en la presente Encuesta de Salud Mental. Torralva y colaboradores (30) desarrollaron un instrumento con fines de tamizaje en el Instituto de Neurología Cognitiva, con el objetivo de disponer de una medida más sensible para describir alteraciones disejecutivas, o alteraciones en las funciones ejecutivas, especialmente en las enfermedades neurodegenerativas o en trastornos neuropsiquiátricos.

La administración de la prueba no tarda más de 10 minutos y en la adaptación para esta encuesta tarda incluso menos. En general, abarca tres dominios cognitivos: 1) capacidad de inhibir respuestas automáticas y cambios reversibles de conducta, 2) abstracción y 3) memoria de trabajo.

Este instrumento ha sido utilizado en varios estudios en los cuales su especificidad y sensibilidad ha sido ampliamente definida en poblaciones con enfermedades neurodegenerativas y neuropsiquiátricas (30,32,34). Hasta el momento no hay un estudio poblacional que incluya medida alguna en relación con la cognición de funciones ejecutivas, dado que en general la evaluación de la cognición en los estudios poblacionales se limitan al examen mental mínimo (35) o al Examen Cognitivo de Montreal (MOCA) (36). Adicional al estudio de estas complejas funciones cognitivas, la ENSM incluye a su vez tareas de cognición social donde se evalúa el reconocimiento facial de varios estados emocionales (adaptación del TASIT [37]) y una tarea de empatía por dolor en el contexto de un daño intencional y accidental a otro, tareas ampliamente estudiadas en patologías que implican dificultades tempranas en estas áreas, como el síndrome de Asperger, la esquizofrenia, los trastornos bipolares y las enfermedades neurodegenerativas, principalmente corticales.

Los estudios realizados con este tipo de instrumentos señalan la necesidad de poder contar con instrumentos breves y más ecológicos en relación con situaciones contextuales asociados a escenarios sociales de la vida real. La investigación ha estado encaminada a definir cómo se afecta la cognición social en patologías neuropsiquiátricas que comparten, independientemente de la etiología de dichos trastornos, no solo las disfunciones sociales, sino alteraciones neuronales selectivas. Por ejemplo, el estudio de estas funciones en pacientes con el síndrome de Asperger ha sugerido que podría tratarse de una fenocopia de una demencia degenerativa frontotemporal, por cuanto sin ser progresivo el funcionamiento de es-

tos sujetos, imita una afectación similar en relación con las funciones ejecutivas, reconocimiento de emociones y habilidades empáticas. Los hallazgos, a su vez, evidencian, mediante estudios de imágenes cerebrales, funciones anormales en áreas comunes cerebrales que incluyen las estructuras anteriores cerebrales en ambas patologías.

Hasta el momento, la interpretación de dichos estudios puede extenderse a otras patologías; pero el control de ciertas variables contextuales deberán estudiarse en poblaciones no necesariamente enfermas. La ENSM prevé definir la carga que representan muchas de las variables que pueden influir en el momento de interpretar emociones y situaciones empáticas contextuales o planear, abstraer, recordar o inhibir situaciones automáticas, como la educación y condición sociodemográfica, entre otras.

2.1.5.4. Resultados

2.1.5.4.1. Funciones ejecutivas

Los dominios valorados en relación con la cognición social incluyeron, en primer lugar, habilidades o funciones ejecutivas de un instrumento de tamizaje de funciones frontales (IFS-Ineco). Se presentan los resultados de cada dominio examinado dado que la prueba agrupa varias funciones ejecutivas, por lo que está dividida en diversas subpruebas (tabla 5.18).

Respuestas de Inhibición, y posibilidad de cambio de procesamiento de respuestas. Los resultados indican que para la población colombiana mayor de 18 años las funciones de coordinación y secuenciación de respuestas motoras simples (series motoras) fueron la instrucción con mayor dificultad (repita esta serie de movimientos), pues el 19,1% (IC95%: 17,1-21,4) obtuvo una puntuación de cero. No obstante, seguir instrucciones conflictivas motoras (si doy dos golpes golpee uno, si golpeo uno dé dos golpes), se realizó sin dificultades (todas las series) por el 71,8% (IC95%: 69,7-73,9) y más de la mitad de la serie (2 puntos) fue completado por el 21,1% (IC95%: 19,3-23). Realizar una inhibición motora (si doy dos golpes absténgase de golpear y si doy un golpe o golpee conmigo) fue realizado por el 63,2% (IC95%: 60,9-65,6) y 24,9% (IC95%: 22,9-27), respectivamente. En suma, la ejecución motora basada en órdenes de simples y de moderada complejidad se completó en la mayoría de casos.

Estas habilidades se presentan diferente en relación con la edad y situación de pobreza; para las series motoras el 69,2% (IC95%: 65,8-72,5) de las personas entre 18 y 44 años

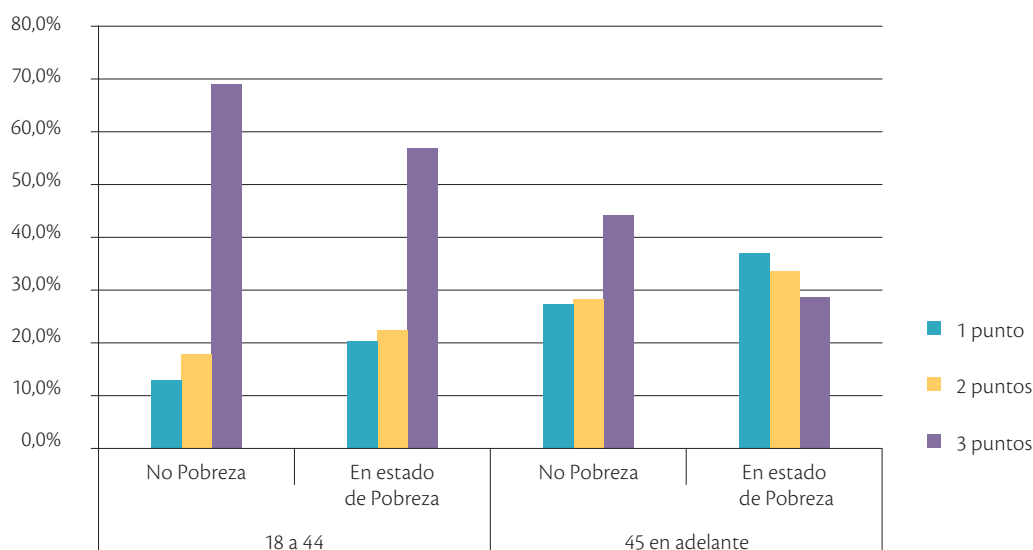
que no se encuentran en esta condición tienen el mejor puntaje y solo el 12,6% (IC95 %: 10,1-15,7) tienen el peor, relación que se va invirtiendo y para las personas de 45 años en adelante en situación de pobreza ocurre lo opuesto: el 28,7% (IC95 %: 20,9-37,9) tienen el mejor puntaje, y el 37,5% (IC95 %: 27,5-48,7), el peor (gráfica 5.10). Se presenta el mismo fenómeno para las respuestas de instrucciones conflictivas, donde el 81,6% (IC95 %: 79,1-83,9) de las personas entre 18 y 44 años no pobres tienen el mejor puntaje y solo el 2,58% (IC95 %: 1,88-3,54) tienen el peor; entre tanto, para las personas pobres de 45 años en adelante el 48,1% (IC95 %: 37,7-58,7)

tienen el mejor puntaje, y el 24,0% (IC95 %: 16-34,3), el peor (gráfica 5.11). Y el mismo cambio de un mejor puntaje para las personas más jóvenes que no están en situación de pobreza y el peor para las personas mayores en esta condición también se mantiene para control inhibitorio motor; el 76,4% (IC95 %: 73,6-79) de las personas entre 18 y 44 años tienen el mejor puntaje, y el 5,09% (IC95 %: 3,91-6,61), el peor; mientras que el 36,4% (IC95 %: 27,3-46,6) de las personas de 45 años en adelante en situación de pobreza tienen el mayor puntaje, y el 27,6% (IC95 %: 19,4-37,5), el peor (gráfica 5.12).

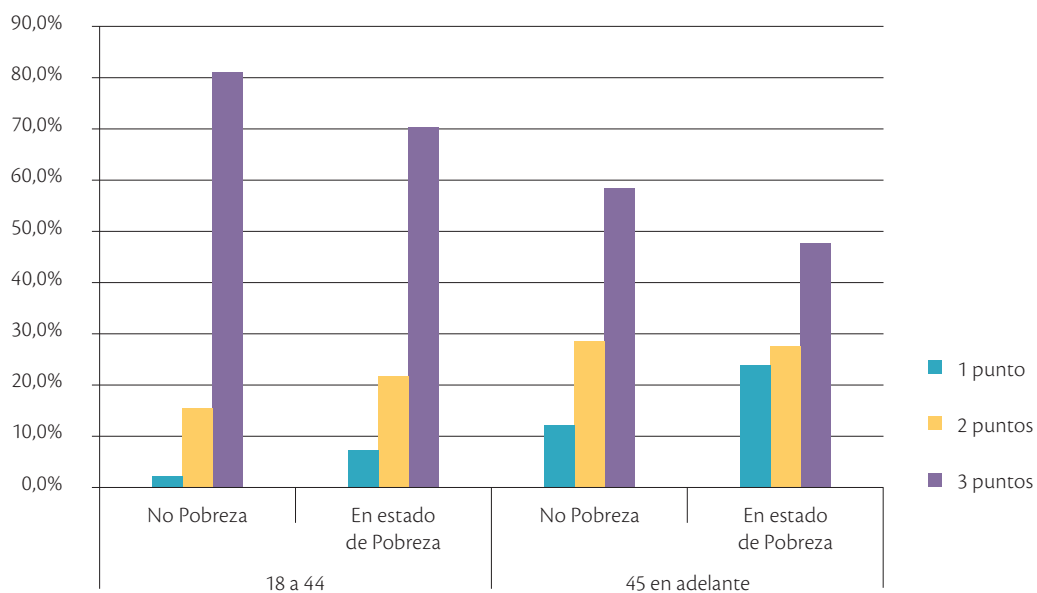
Tabla 5.18. Subpruebas agrupadas en las diferentes funciones evaluadas en el IFS-Ineco

Funciones ejecutivas	Subpruebas (nombre en la base de datos)
Respuestas de inhibición y posibilidad de cambio de procesamiento de respuestas (<i>set-shifting</i> *)	<ul style="list-style-type: none"> • Programación motora (series motoras) • Instrucciones conflictivas • Control inhibitorio motor • Control inhibitorio verbal
Abstracción	Interpretaciones refranes (refrán)
Memoria de trabajo	Recuerdo de dígitos en orden inverso (repetición de dígitos hacia atrás)

**Set-shifting*, expresión a menudo utilizada en inglés, y se refiere a una habilidad para cambiar procesamientos durante tareas cognitivas particulares: por ejemplo invertir instrucciones u operaciones mentales en respuesta a la necesidad de un cambio de metas o experiencias del entorno.

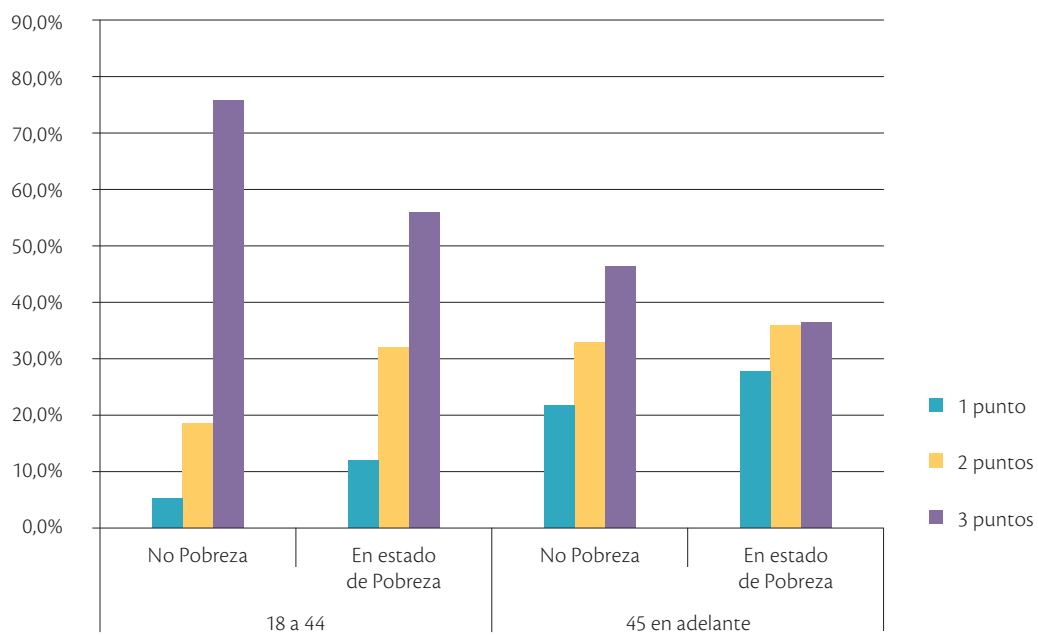


Gráfica 5.10. Series motoras en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y situación de pobreza



Gráfica 5.11. Instrucciones conflictivas en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y situación de pobreza

Nota: el estimador para instrucciones conflictivas de un punto en personas pobres entre 18 y 44 años es impreciso, dado que tiene un CVE mayor a 20.

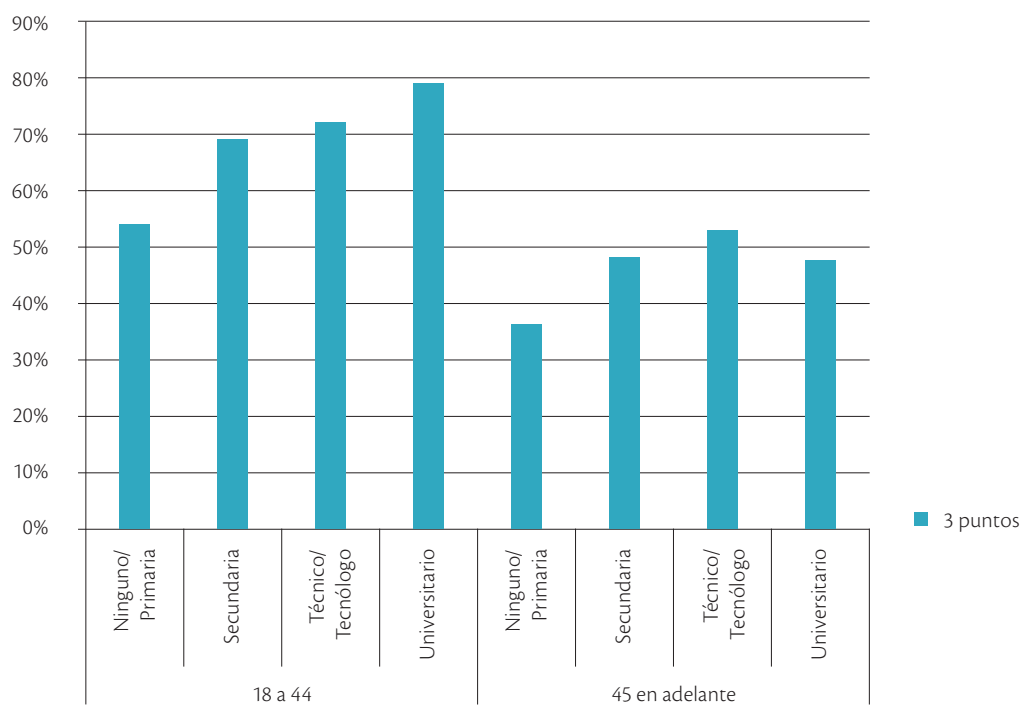


Gráfica 5.12. Control inhibitorio motor en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y situación de pobreza

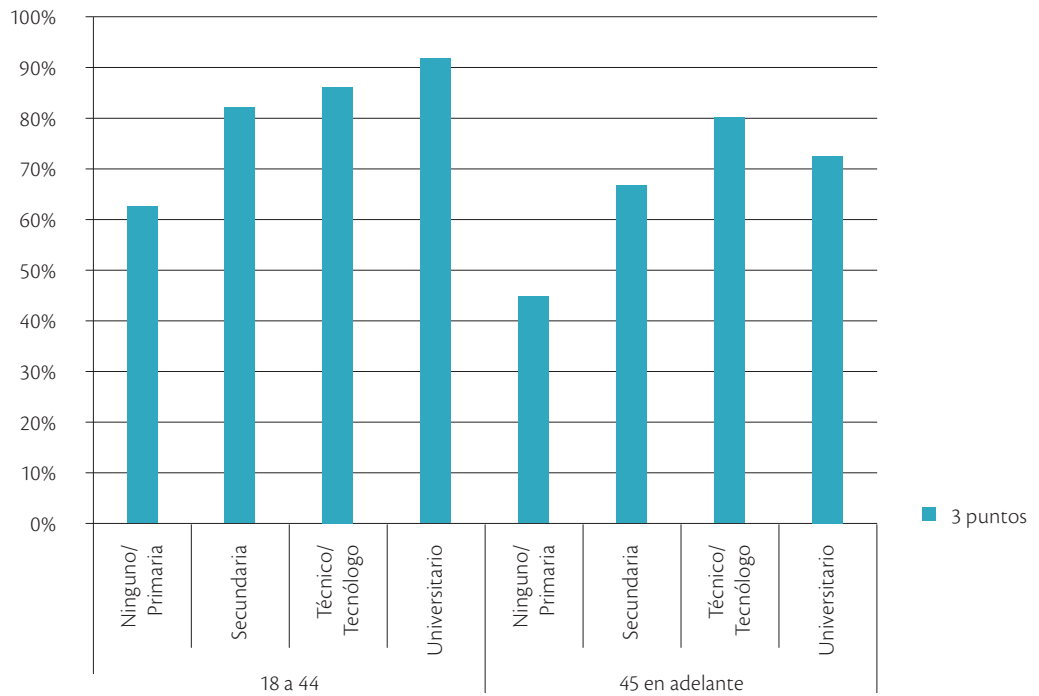
Nota: el estimador para instrucciones conflictivas de un punto en personas pobres entre 18 y 44 años es impreciso, dado que tiene un CVE mayor a 20.

Al analizar de acuerdo con el nivel educativo, estas mismas habilidades son diferentes según la edad y la escolaridad. Las personas entre 18 y 44 años tienen una mejor puntuación que las personas de 45 años en adelante y es mejor en aquellas con una escolarización de por lo menos bachillerato comparado con las que no tienen ninguna o solo primaria. Para series motoras el mejor puntaje lo presentan el 78,9% (IC95%: 68,8-86,4) de las personas entre 18 y 44 años que han alcanzado un título universitario que es menor al compararlo con el 35,6% (IC95%: 30,9-40,6) de las personas de 45 años en adelante que máximo tienen primaria completa (gráfica 5.13).

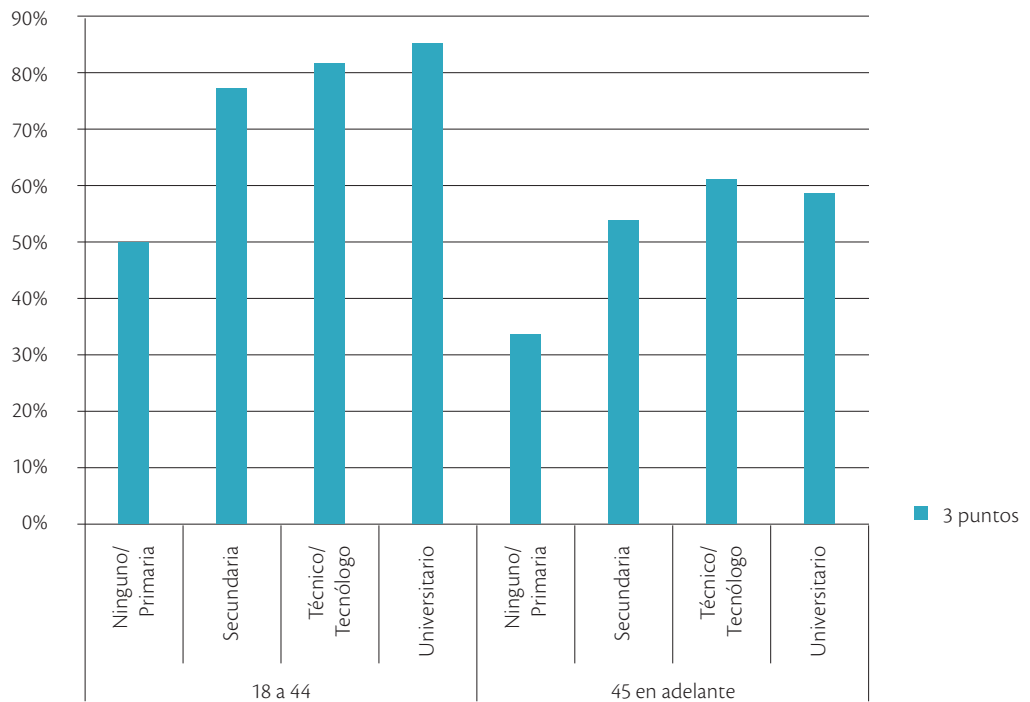
En relación con las instrucciones conflictivas, el mejor puntaje lo obtiene el 91,6% (IC95%: 84,4-95,7) de las personas entre 18 y 44 años que han culminado estudios universitarios que también es menor al 45,1% (IC95%: 39,9-50,4) de las personas de 45 años en adelante que han máximo han terminado primaria (gráfica 5.14). Y se observa el mismo fenómeno para el control inhibitorio motor, donde el 85,4% (IC95%: 77,5-90,9) de las personas entre 18 y 44 años tienen el mejor puntaje, pero solo el 34% (IC95%: 29,1-39,4) de las personas de 45 años en adelante que han terminado primaria (gráfica 5.15).



Gráfica 5.13. Series motoras en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y escolarización



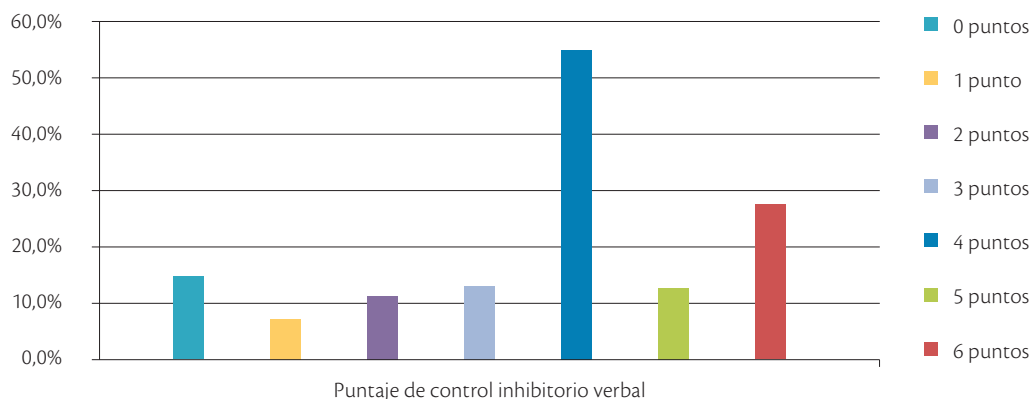
Gráfica 5.14. Instrucciones conflictivas en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y escolarización



Gráfica 5.15. Control inhibitorio en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y escolarización

Los resultados referidos a la inhibición verbal (controlar la emisión correcta de una palabra que completa una frase, al tener que reemplazarla por una palabra incorrecta: si digo, *el bebé no paró de llorar toda la...* complete la frase con una palabra sin sentido, por ejemplo *grises*) sugieren una mayor dificultad (gráfica 5.16). En la encuesta primero se dan 3 frases para que digan la correcta y después 3 donde deben dar una palabra incorrecta, para estas se califican 2 puntos por

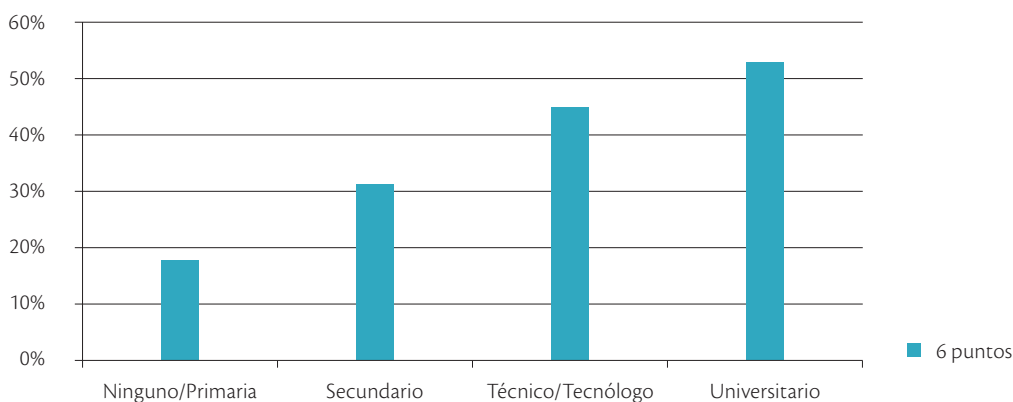
cada palabra completamente incorrecta y un punto si la palabra era moderadamente cercana a la automática (por ejemplo, *ojo por ojo, diente por... cabeza*, es incorrecta pero cercana semánticamente a la frase). A pesar de que un poco más de la mitad de los encuestados pudo realizar al menos dos inhibiciones (15,2% [IC95%: 13,5-17]: 4 puntos; 12,6% [IC95%: 11,1-14,2]: 5 puntos; 27,2% [IC95%: 24,9-29,7]: 6 puntos).



Gráfica 5.16. Control inhibitorio verbal en la población colombiana de 18 años en adelante

En relación con la escolaridad para el grupo de 18 a 44 años obtienen 6 puntos (52,8%; IC95%: 41,6-63,7) una mayor proporción de las personas que han completado estudios universitarios, y esta descienda a menor escolaridad siendo

de 18,0% (IC95%: 13,3-23,8) para los que no tienen ninguna escolarización o solo hasta primaria (gráfica 5.17). No se presentan los datos para la población de 45 años en adelante por ser imprecisos.



Gráfica 5.17. Control inhibitorio en la población colombiana entre 18 y 44 años según escolarización

En relación con el estado de pobreza el 33,6% (IC95%: 30,3-37,1) de las personas que no están en estado de pobreza entre 18 y 44 años obtienen 6 puntos y el 25,8% (IC95%: 17,6-36,1) en los que están en este estado, para el grupo de 45 años en adelante los estimadores son imprecisos, por lo que no se presentan.

Al analizar el tiempo que la población colombiana de 18 a 44 años emplea para emitir la palabra incongruente, no hay diferencias en el análisis por regiones para las respuestas correctas, ni para el tiempo de respuesta en cada frase (tabla 5.19).

Tabla 5.19. Procesamiento-inhibición verbal. “No diga la palabra que complete la frase, sino genere una palabra inapropiada” en población entre 18 y 44 años según región

	Central		Atlántica		Bogotá		Oriental		Pacífica	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Mayores puntajes										
4 puntos	14,8	10,4-20,6	13,5	10,1-17,8	16,0	10,8-23,1	13,0	9,2-18,0	18,2	13,7-23,7
5 puntos	18,4	13,8-24,1	10,8	7,9-14,6	*	*	18,2	13,2-24,7	10,0	6,9-14,2
6 puntos	28,5	22,7-35,1	32,0	26,9-37,5	34,4	25,6-44,5	35,3	28,7-42,6	33,6	26,9-41,1
Tiempo de respuesta menor a 3 segundos										
Frase 1	72,6	63,2-80,3	64,3	56,4-71,5	64,6	50,3-76,7	59,4	48,9-69,2	65,1	55,4-73,8
Frase 2	77,4	68,6-84,3	75,3	68,5-81,1	70,9	56,2-82,2	67,0	57,7-75,1	73,5	64,6-80,8
Frase 3	65,3	58,4-71,5	61,8	56,3-67,1	61,5	50,9-71,1	57,5	50,5-64,2	68,1	61,7-73,8
Frase 4	58,1	47,9-67,6	61,5	53,5-68,9	68,2	55,4-78,6	51,7	42,5-60,8	61,6	52,3-70,1
Frase 5	67,3	57,0-76,1	68,4	60,9-75,1	70,4	57,0-81,0	58,6	49,3-67,3	69,9	61,3-77,3

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por tener un CVE mayor al 20%.

2.1.5.4.2. Abstracción

Los refranes permiten evaluar la capacidad de interpretar el significado del proverbio a partir de una frase simple con alto contenido cultural. La abstracción lleva a pensar cómo un refrán puede aplicarse a diferentes situaciones cotidianas y se calificó si podía realizar una interpretación global (general 2 puntos) o parcial (1 punto) que califica el entender al menos la mitad del refrán; pero con dificultades para explicar la otra mitad. Por ejemplo *a mal tiempo buena cara: que en las adversidades, hay que tener buena cara*, sería una interpretación parcial. Así, 49,9% (IC95%: 47,4-52,5) realiza una abstracción global.

Dado que no siempre es posible que una persona llegue a la abstracción general, se concede que puede entender parcialmente el concepto como ocurre en el 25% del total de encuestados quienes logran una abstracción parcial el 25,4% (IC95%: 23,4-27,7) abstracción parcial y el 24,6% (IC95%: 22,5-26,9) repite el refrán o da una explicación errada.

Cuando se analiza la capacidad de abstracción según la escolaridad se observa que a mayor escolaridad se tiene un mejor puntaje si se compara con las personas con menor escolaridad. Esto sucede en los dos grupos etarios: el 64,5% de las personas de 18 a 44 años y el 59,9% de las de 45 en adelante que han completado estudios universitarios hacen abstracción global que es mayor comparada con el 29,9% de las personas de 18 a 44 y 38,5% de las de 45 en adelante que no tienen ninguna escolaridad o han completado la primaria y logran hacer este mismo tipo de abstracción (tabla 5.20).

Al hacer la discriminación según pobreza se encuentra el mismo fenómeno en el que el 50,7% (IC95%: 47,1-54,3) de las personas entre 18 y 44 años y el 53,8% (IC95%: 49,7-57,8) de las personas de 45 años en adelante hacen una abstracción global del refrán que tiende a ser menor al compararse con las personas en estado de pobreza donde lo hacen el 40,2% (IC95%: 31,5-49,7) de las personas entre 18 y 44 años y el 30,7% (IC95%: 21,9-41) de las personas de 45 años en adelan-

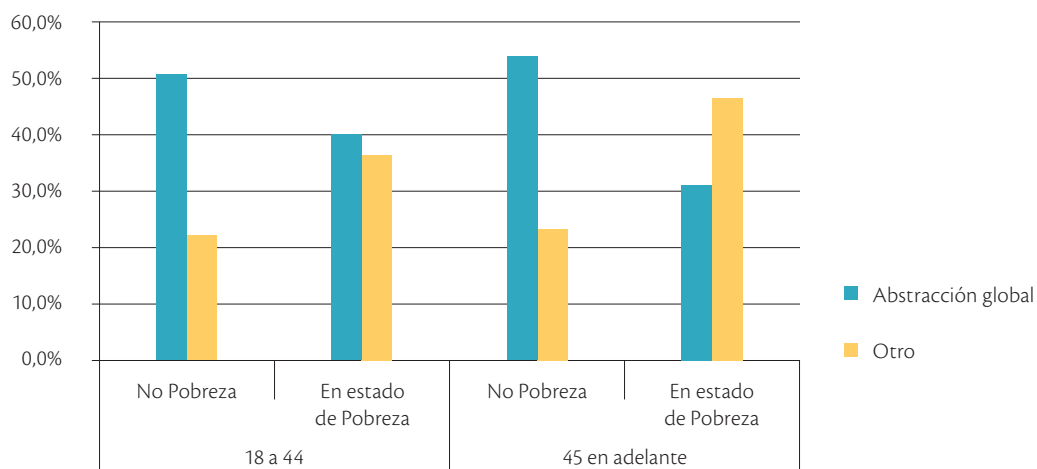
te. Y de las personas que no están en estado de pobreza solo el 21,9 % (IC95 %: 19,1-25,0) de los de 18 a 44 y el 23,2 % (IC95 %: 19,8-27,0) de los de 45 en adelante repiten el refrán o dan una explicación errada, que es menor si se compara

con el 36,5 % (IC95 %: 28,7-45,1) de las personas entre 18 y 44 años y el 46,4 % (IC95 %: 36,1-57,0) de las personas de 45 años en adelante que hacen este tipo de interpretaciones (gráfica 5.18).

Tabla 5.20. Abstracción en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y situación de pobreza

	Ninguno/Primaria		Secundaria		Técnico/Tecnólogo		Universitario	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44 años								
Abstracción global	29,9	24,5-35,9	51,4	47,1-55,8	56,5	45,9-66,4	64,5	53,5-74,2
Abstracción parcial	24,2	19,1-30,2	26,5	23,0-30,2	29,7	21,1-40,0	27,9	19,2-38,8
Otro	45,9	39,4-52,6	22,1	18,7-26,0	*	*	*	*
45 años en adelante								
Abstracción global	38,5	33,7-43,6	62,1	55,7-68,0	70,8	54,7-82,9	59,9	43,7-74,1
Abstracción parcial	22,5	18,6-26,9	24,4	19,6-30,0	*	*	*	*_*
Otro	39,0	33,9-44,3	13,5	10,1-17,9	*	*	*	*

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por tener un CVE mayor al 20 %.



Gráfica 5.18. Abstracción en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y situación de pobreza

Nota: las columnas no suman el 100 %, porque no se presentan los datos de abstracción parcial.

2.1.5.4.3. Memoria de trabajo

Los resultados de las capacidades que demandan una atención más compleja, como la memoria de trabajo o la habilidad de mantener el orden mentalmente, se evalúa haciendo que las personas recuerden y digan en orden inverso de 2 hasta 4 dígitos. El 42,9% (IC95 %: 40,4-45,5) de la población colombiana de 18 años en adelante los dice de la forma indicada; el 21,3% (IC95 %: 19,3-23,5) dice 3 dígitos; el 29,3% (IC95 %: 27,1-31,6) solo 2, y el 6,41% (IC95 %: 5,46-7,51) no dice ninguno.

Al analizar según escolaridad se observa que a mayor escolaridad se tiene un mejor puntaje si se compara con las personas con menor escolaridad; esto sucede en los dos grupos etarios: el 66,0% de las personas entre 18 y 44 años y el 51,8%

de las personas de 45 en adelante obtienen 4 puntos mientras solo el 32,5% y el 24,6% de las personas que máximo han alcanzado la primaria para los mismos grupos (tabla 5.21).

En relación con el nivel educativo para los dos grupos etario es mayor la proporción de personas que han completado estudios universitarios y realizan los 4 dígitos 66,0% de 18 a 44 y 51,8% de 45 en adelante que las que lo hacen en las que han completado la primaria, 32,5% para la personas de 18 a 44 y 24,6% para las de 45 en adelante. Igualmente hay una tendencia a que las personas menores tengan mejores respuestas y también a medida que aumenta la escolaridad (tabla 5.22).

Tabla 5.21. Repetición de dígitos en orden inverso en la población colombiana de 18 años en adelante según edad y escolaridad

	Ninguno/Primaria		Secundaria		Técnico/Tecnólogo		Universitario	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44 años								
Ningún dígito hacia atrás	14,6	10,7-19,6	*	*	*	*	*	*
Solo 2 dígitos bien	36,6	30,6-43,1	24,5	21,3-28,1	*	*	*	*
3 dígitos bien	16,3	12,4-21,0	23,3	19,6-27,4	25,6	18,4-34,5	*	*
4 dígitos bien	32,5	26,3-39,4	49,4	45,0-53,8	57,9	47,6-67,5	66,0	55,7-75,0
45 años en adelante								
Ningún dígito hacia atrás	16,0	12,8-19,8	*	*	*	*	*	*
Solo 2 dígitos bien	41,0	35,9-46,4	35,1	28,7-42,2	38,5	25,9-52,8	*	*
3 dígitos bien	18,4	14,8-22,6	25,0	19,6-31,4	*	*	*	*
4 dígitos bien	24,6	20,6-29,1	35,1	29,3-41,3	42,7	29,5-57,0	51,8	36,8-66,6

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por tener un CVE mayor al 20%.

Tabla 5.22. Repetición de dígitos en orden inverso en la población colombiana de 18 años en adelante

	Ninguno/Primaria		Secundaria		Técnico/Tecnólogo		Universitario	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44 años								
Ningún dígito hacia atrás	14,6	10,7-19,6	*	*	*	*	*	*
Solo 2 dígitos bien	36,6	30,6-43,1	24,5	21,3-28,1	*	*	*	*
3 dígitos bien	16,3	12,4-21,0	23,3	19,6-27,4	25,6	18,4-34,5	*	*
4 dígitos bien	32,5	26,3-39,4	49,4	45,0-53,8	57,9	47,6-67,5	66,0	55,7-75,0
45 en adelante								
Ningún dígito hacia atrás	16,0	12,8-19,8	*	*	*	*	*	*
Solo 2 dígitos bien	41,0	35,9-46,4	35,1	28,7-42,2	38,5	25,9-52,8	*	*
3 dígitos bien	18,4	14,8-22,6	25,0	19,6-31,4	*	*	*	*
4 dígitos bien	24,6	20,6-29,1	35,1	29,3-41,3	42,7	29,5-57,0	51,8	36,8-66,6

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por tener un CVE mayor al 20%.

2.1.5.4.4. Empatía

Para el segundo dominio evaluado dentro de la cognición social se presentaron cinco situaciones: hay dos acciones intencionales; dos accidentales y una situación que no implica nada o situación neutra. El encuestado debe observar la acción, en la que no se ve la expresión facial, pero se espera que la expresión corporal y las posturas indiquen la intención de quien la realiza. Se evalúa si las personas reconocen la intencionalidad de la acción, además sobre aspectos afectivos, morales y empáticos de estas.

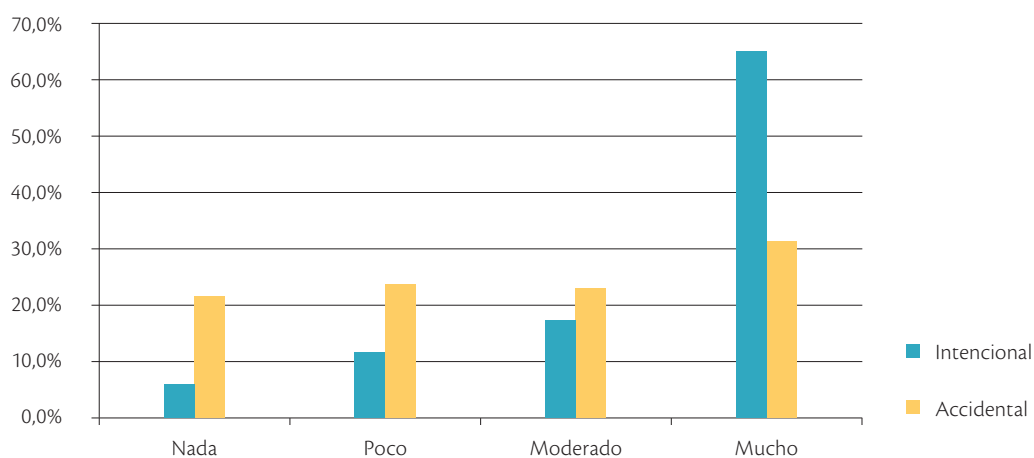
El 75,1 % (IC95 %: 73-77,1) de la población colombiana de 18 años en adelante reconocen la acción intencional como tal; el 64,4 % (IC95 %: 62-66,7), la accidental, y el 73,2 % (IC95 %: 71,1-75,3) de las neutras como corresponden. En relación con los aspectos afectivos se encuentra que las personas tienden

a sentirse más tristes por la persona cuando a esta se le lastima intencionalmente (el 24,5 % se siente muy triste) que cuando es accidentalmente (el 17,1 % se sienten muy triste); de igual forma, mucha más gente se molesta mucho (el 28,2 %) cuando la acción es intencional, que cuando es accidental (el 16,2 %) (tabla 5.23).

Al analizar qué tan *incorrecta* es la acción para la secuencia accidental el 21,6 % (IC95 %: 18,9-24,5) no la consideran; el 23,8 % (IC95 %: 21-26,9), poco; el 23,2 % (IC95 %: 20,5-26,1), moderado, y el 31,4 % (IC95 %: 28,4-34,5), muy incorrecta. Esto es diferente a la acción donde hay intención de daño, en la cual el 65,2 % (IC95 %: 62,1-68,2) la consideran muy incorrecta; el 17,3 % (IC95 %: 15,1-19,7), moderadamente; el 11,6 % (IC95 %: 9,9-13,4), poco, y solo el 5,96 % (IC95 %: 4,05-8,7), nada (gráfica 5.19).

Tabla 5.23. Aspectos afectivos percibidos por la población colombiana de 18 años en adelante

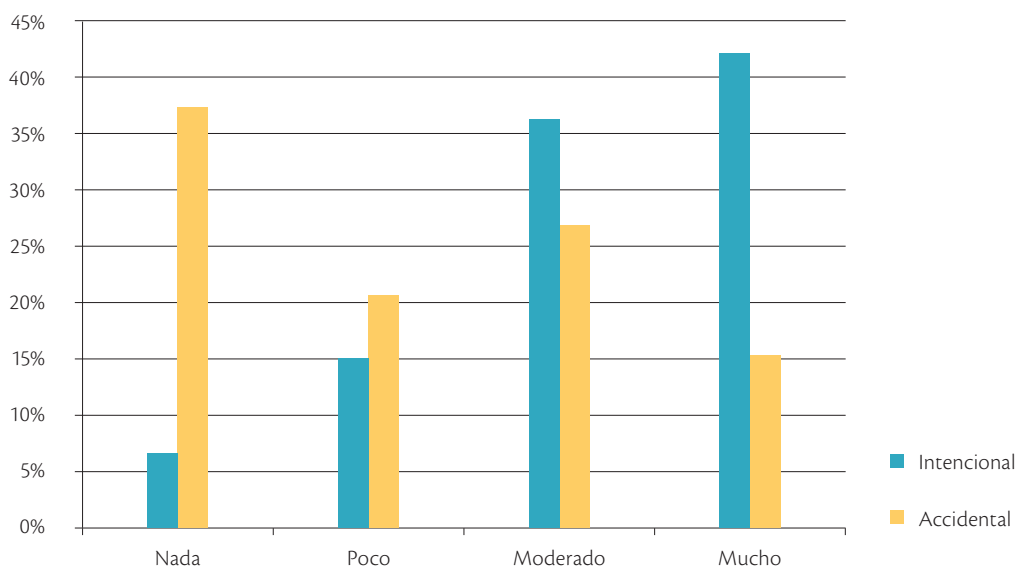
	Tristeza sentida hacia el lastimado				Malestar generado por la situación			
	Intencional		Accidental		Intencional		Accidental	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Nada	17,0	14,7-19,5	17,9	15,4-20,6	15,1	12,9-17,6	20,0	17,4-22,9
Poco	28,9	26,1-31,9	31,5	28,6-34,6	27,6	24,8-30,7	29,6	26,5-32,9
Moderado	29,7	26,9-32,6	33,5	30,3-36,9	29,1	26,4-31,8	34,1	31,1-37,3
Mucho	24,5	22,0-27,0	17,1	15,0-19,5	28,2	25,5-31,0	16,2	14,1-18,6



Gráfica 5.19. Juicio moral percepción de rectitud en la población colombiana de 18 años en adelante

En relación con el castigo que debieran recibir según la acción, para la accidental más de la mitad de las personas consideran que no debiera recibir nada o poco (37,2%; IC95 %: 34-40,6 y 20,7%; IC95 %: 18,1-23,6, respectivamente) y para la acción de daño intencional más de la mitad consideran que debe recibir mucho o un castigo moderado (42%; IC95 %: 39-45,1 y 36,3%; IC95 %: 33,3-39,4, respectivamente) (gráfica 5.20). Al reflexionar sobre qué tan mala es la persona que co-

mete la acción, en la intencional más del 70% la consideran muy o moderadamente mala (58,3%; IC95 %: 55,2-61,3 y 19,8%; IC95 %: 17,3-22,5 respectivamente), y en la secuencia accidental llama la atención que un poco más del 40% consideran muy o moderadamente mala a la persona que la comete (21,8%; IC95 %: 19,2-24,5 y 22,6%; IC95 %: 19,9-25,4, respectivamente).



Gráfica 5.20. Juicio moral, castigo que debe recibir la persona que realiza la acción según la población colombiana de 18 años en adelante

2.1.5.4.5. Reconocimiento de emociones

El último componente de la cognición es el reconocimiento de emociones, que se indaga mostrando 2 rostros de cada emoción. Se encuentra que para la población colombiana de 18 años en adelante el 91,5% puede identificar la emoción de alegría; un 65% identifica rostros neutros o ninguna emoción y un 55% la emoción de sorpresa. En relación con las emociones negativas, solo el 19,7% reconoce los rostros de miedo, el 21,8% de asco y 27,4% de tristeza (tabla 5.24).

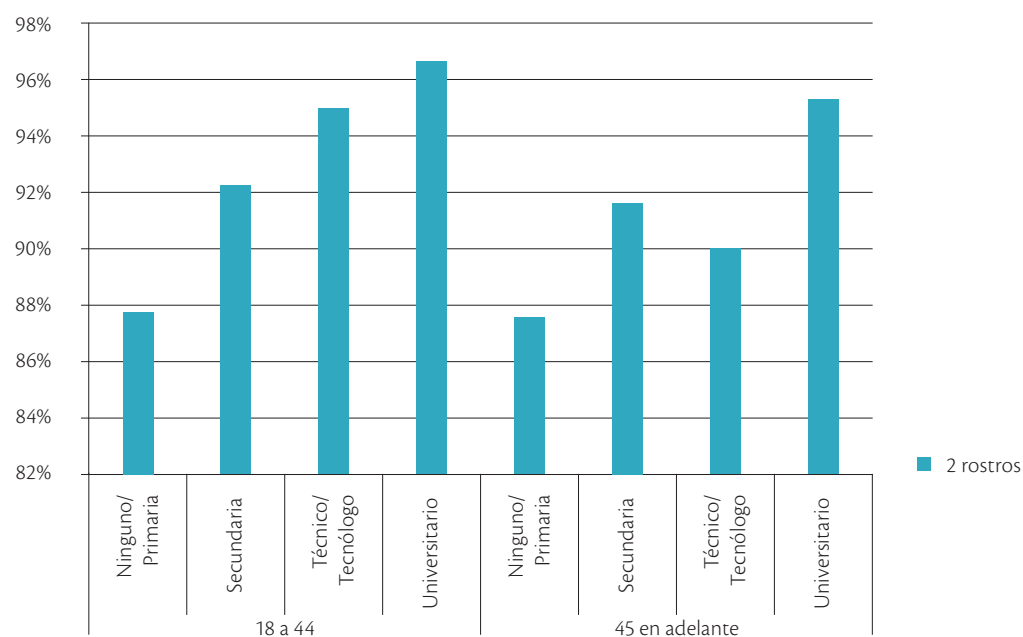
Al analizar el reconocimiento de rostros según la escolaridad, el mejor sigue siendo para alegría, rostros neutros y sor-

presa; además, tiende a haber un mejor reconocimiento de la alegría en las personas con mayores años de estudio: el 96,6% (IC95 %: 92,5-98,5) de las que están entre 18 y 44 años y el 95,3% (IC95 %: 88,0-98,3) de 45 en adelante con estudios universitarios lo hacen, con una disminución progresiva a menor escolaridad hasta que el 87,9% (IC95 %: 83,5-91,3) de las personas entre 18 y 44 años y el 87,6% (IC95 %: 83,9-90,5) de 45 en adelante lo hace (gráfica 5.21). Esta misma tendencia se observa para los rostros neutros y la sorpresa. En relación con las emociones negativas (miedo, asco y tristeza) las estimaciones son imprecisas y no se observa una tendencia particular.

Tabla 5.24. Identificación de emociones en la población colombiana de 18 años en adelante

Identifica	%	IC95 %
Rostros de tristeza		
2 rostros	27,4	25,3-29,5
1 rostro	52,9	50,4-55,5
Ningún rostro	19,7	17,6-22,0
Rostros de miedo		
2 rostros	19,7	17,7-21,8
1 rostro	40,0	37,5-42,5
Ningún rostro	40,4	37,8-42,9
Rostros de alegría		
2 rostros	91,5	89,6-93,0
1 rostro	6,6	5,1-8,4
Ningún rostro	2,0	1,5-2,6

Identifica	%	IC95 %
Rostros de asco		
2 rostros	21,8	19,8-23,8
1 rostro	42,0	39,4-44,6
Ningún rostro	36,3	33,9-38,7
Rostros neutros		
2 rostros	65,9	63,6-68,1
1 rostro	21,2	19,4-23,1
Ningún rostro	12,9	11,5-14,5
Rostros de sorpresa		
2 rostros	55,2	52,7-57,7
1 rostro	31,3	29,1-33,6
Ningún rostro	13,5	12,0-15,1



Gráfica 5.21. Reconocimiento de los rostros de alegría en población colombiana de 18 años en adelante según nivel educativo alcanzado

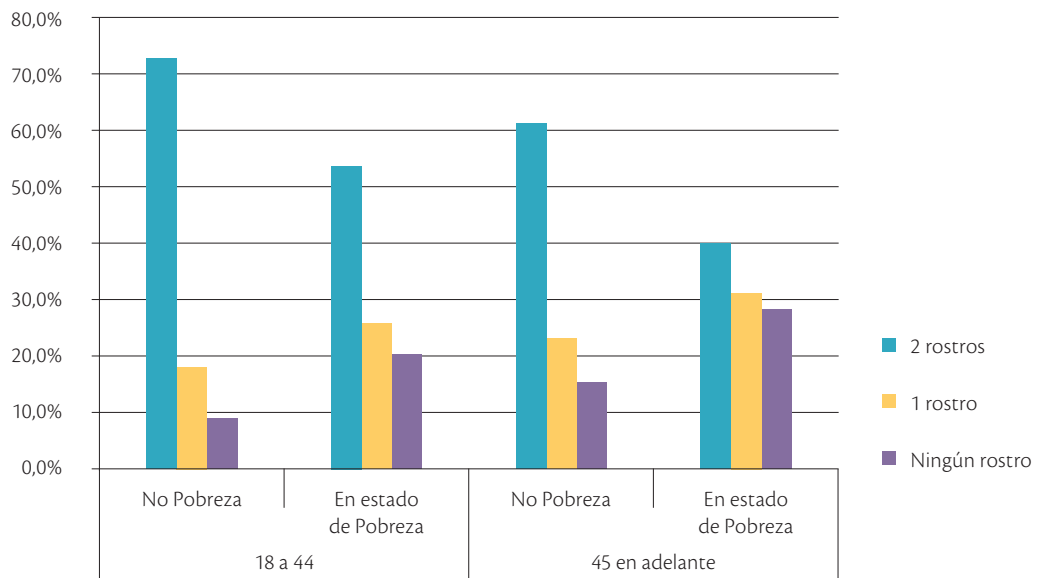
Según si las personas se encuentran en situación de pobreza o no, el reconocimiento de la alegría tiende a ser similar para ambos; no obstante, hay una tendencia a un mejor reconocimiento de los rostros de neutros, donde el 72,7% (IC95%: 69,7-75,5) de las que tienen entre 18 y 44 años y el 61,1% (IC95%: 57,1-64,8) de las de 45 en adelante que no están en condición de pobreza reconocen los rostros comparados con el 53,6% (IC95%: 44,8-62,2) y el 40,1% (IC95%: 30,2-51) de los mismos grupos etarios que sí están en esta condición. Y en relación con los rostros de sorpresa se encuentra la misma tendencia. En cuanto a las emociones negativas (miedo, asco y tristeza) no se observa una tendencia particular (gráfica 5.22).

2.1.6. Apoyos, familia y capital social

El apoyo social se refiere a los intercambios entre los miembros de una red o entramado de relaciones. Lo que se entrega en las transacciones se denomina *transferencias* o *apoyos*, y pueden ser de diversos tipos: materiales (dinero, alojamiento, comida, ropa y pago de servicios), instrumentales (cuidado, transporte y labores del hogar), emocionales (afectos, compañía, reconocimiento y escucha) y cognoscitivos (expe-

riencias, información y consejos) (38). Al conjunto de quienes participan en este flujo bidireccional se le denomina *red de apoyo social*, para diferenciarla de la red social, mucho más amplia, pues está conformada por todos los contactos de cada persona.

La noción de *capital social* suele utilizarse con distintas acepciones que se mueven en dos extremos: una centrada en el individuo, sus nexos de parentesco, vecindad y con la organización comunitaria y social, que pueden brindarle ayuda básica. Otra más amplia la ubica en el marco de la acción colectiva, particularmente en el abordaje de problemas de interés para las políticas públicas (39). En esta misma línea, se habla de las relaciones entre personas y de estas con las instituciones sociales, del flujo de recursos materiales o psicosociales, considerándolo un bien público e inmaterial, que contempla la solidaridad, así como los comportamientos prosociales y cívicos que reflejan cohesión social (40). En el otro extremo se incluye en el concepto, además de la familia, “las redes sociales, las asociaciones locales, las ‘redes de redes’, las formas de relación entre el Estado y la sociedad, el marco institucional formal (Constitución, leyes, regulación, políticas), las normas sociales y los valores” (41).



Gráfica 5.22. Reconocimiento de rostros neutros en población colombiana de 18 años en adelante según pobreza

La definición de familia atañe a dos grupos: la familia consanguínea, que es el conjunto de miembros unidos por vínculos de parentesco y que comparten un apellido, y la familia de residencia, en la que el conjunto de personas con un vínculo de amistad, parentesco o afinidad comparten un espacio llamado hogar. La familia se configura alrededor de dos funciones básicas que definen su estructura y le dan continuidad: la conyugalidad y la reproducción de la especie. De acuerdo con esto se organizan las dos tipologías existentes, según parentesco y según funciones. La primera incluye ser unipersonal, nuclear y extendida; la segunda se basa en las funciones de conyugalidad, reproducción y supervivencia.

En el país, los fenómenos sociales han generado cambios en las formas convencionales de organización familiar, roles y organizaciones de poder. La familia nuclear ha disminuido gradualmente; mientras ha aumentado la organización unipersonal y las familias extendidas. Adicionalmente, la familia nuclear completa ha disminuido y han aumentado los hogares con un solo progenitor a causa de separaciones más frecuentes, viudez y madres solteras. La gran mayoría de las familias colombianas están construidas sobre las funciones de conyugalidad y reproducción; sin embargo, ahora hay una diferencia entre estas dos, dado que hay hogares con un solo progenitor y parejas que conviven sin hijos (38).

La familia es un sistema relacional con características propias. Al mismo tiempo, este subsistema social se encuentra en permanente relación coevolutiva con otros sistemas sociales (país, economía, medios de producción y comunicación, políticas estatales y mundiales, etc.) (38); incluye lazos de parentesco con convivencia o sin esta, con conexiones que incluyen compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva, consejos, regulación social, ayuda material y de servicios, acceso a nuevos contactos, entre otros (38,39). Adicionalmente, incluye también ser red de apoyo en situaciones tan complejas como la enfermedad mental, el filicidio (40) o el secuestro (41).

2.1.6.1. Factores asociados

Altruismo, solidaridad, cooperación, complementariedad de papeles y funciones y reciprocidad están en la base de estas conductas. Esto es especialmente cierto para las familias y las redes informales en las cuales se da y se recibe ayuda en el marco de un sistema compartido por grupos, comunidades y culturas, de obligaciones y derechos, referido a múltiples formas de apoyo. Entre tanto, en las redes formales el apoyo

es especializado, está sujeto a normas y procedimientos, su dispensa supone criterios de selección y trámites y se realizan seguimientos y evaluaciones de su utilización y efectos (42). El capital social está directamente asociado con la estructura de la red social, que consta de un núcleo fuerte compuesto por un grupo reducido de personas con quienes se da un trato frecuente, y otra serie de integrantes, los conocidos, con lazos más débiles, encuentros ocasionales y relaciones específicas (43).

“El apoyo familiar definido como proceso psicosocial implica considerar que las formas en las que este se dé y los significados y valores que se le atribuyan, solo podrán ser comprendidos a la luz de un contexto sociohistórico específico” (39). Una constante en distintos estudios es que la función del cuidado, como apoyo directo, está en manos femeninas, por ejemplo, la atención continua y permanente de las personas con trastornos de larga duración y discapacidad lo realizan generalmente los propios familiares, con gran predominio de las mujeres, quienes asumen esas tareas durante su transcurso vital. Así, se ha planteado que las redes sociales pueden constituir en ocasiones una fuente de exigencias para las mujeres.

2.1.6.2. Impacto

En el ámbito de la salud y de la salud mental es frecuente aludir a las bondades del apoyo social. En lo que concierne al vínculo entre capital social y salud mental, se afirma que está más sustentado teóricamente que por resultados concretos, pues señala una mayor asociación con el componente estructural de participación que con el cognoscitivo de confianza y reciprocidad (44). El capital social asociado con la organización formal de los vecinos o con la organización informal en tiempos de crisis mejora la calidad de vida de la población y la salud mental, al igual que propicia el desarrollo individual, el crecimiento personal y el acceso a oportunidades (44). La investigación sobre el apoyo social sostiene que su presencia o ausencia afecta diferencialmente la salud de los individuos, porque favorece a aquellos con relaciones de sostén, debido a los beneficios en términos de recursos que estas les brindan (45). Algunas investigaciones con personas mayores resaltan esa función, asociando la red, el apoyo social y la salud mental (46); también vinculan el bienestar psicológico con el apoyo social percibido, particularmente en las personas casadas o con pareja estable (47). Debe destacarse para las personas mayores la reciprocidad de los apoyos, lo cual desvirtúa las ideas

de dependencia e incapacidad ligadas al envejecimiento. De la misma manera, reconocer que el provecho emocional vinculado al apoyo funciona igualmente para quien lo brinda.

En el nivel macro, las relaciones estables de confianza, reciprocidad y cooperación pueden contribuir a tres tipos de beneficios: reducir los costos de transacción, producir bienes públicos y facilitar la constitución de organizaciones de gestión de base efectivas, de actores sociales y de sociedades civiles saludables (48). Si bien se ha discutido el impacto del capital social en la superación de la pobreza, se plantea que este permite destacar variables socioculturales en los procesos de desarrollo y los aportes del patrimonio cultural de las comunidades a los programas e intervenciones estatales (49). En el terreno público, el capital social es un factor relevante para alcanzar *cohesión social*, concepto más amplio que supone ausencia de conflicto social latente y presencia de fuertes lazos sociales, confianza y normas de reciprocidad (como capital social), las asociaciones que superan las divisiones sociales (sociedad civil) y las instituciones dedicadas a manejar los conflictos (respuesta democrática, poder judicial independiente y otros) (50). Sin embargo, algunos autores han señalado un lado oscuro del capital social, debido a las posibilidades de exclusión y marginación, fomento de rivalidades y conflictos intragrupal, explotación y dominación por mafias y sistemas autoritarios (48). En el país, a esta faceta se le ha denominado *capital social perverso*. Se refiere a las prácticas corruptas de redes, contactos, relaciones de poder y a las pautas informales de comportamiento que aprueban actividades ilegales (51).

En el mismo sentido, la familia es promotora de salud mental, pero también de inseguridades, tensiones, vulnerabilidad y trastornos psiquiátricos (38). Ante las crisis, las familias pueden fragmentarse (39). Se debe anotar que hay sistemas directos e indirectos, establecidos por quienes participan de una acción determinada (43): la comprensión del problema, la evaluación y la terapia específica, que se dirigirán posiblemente a los subsistemas implicados. La disfunción familiar se asocia con resultados negativos durante la adolescencia, como embarazos no planeados, consumo de sustancias, enfermedades de transmisión sexual y trastornos depresivos (44). Cerca de un 40% de cuidadores familiares de personas con demencia tienen depresión o ansiedad clínicamente significativas (45). Se han diseñado estrategias de intervención con efectividad clínica para los cuidadores en el corto plazo, aunque se necesitan estudios de seguimiento

posterior en aspectos como calidad de vida, afecto y maltrato, además de intervenciones que sean costoefectivas (45). En situaciones sociales, como el secuestro, se aprecia un impacto familiar transgeneracional, cuyos efectos pueden permanecer incluso después del desenlace (41).

2.1.6.3. Estudios previos

El Estudio Nacional de Salud Mental de 1993 reportó “mucho apoyo” de jefes o maestros, en el 43,9%; de compañeros de trabajo y de amigos, en el 38%; de vecinos, en el 23%; preocupación y apoyo a otros en las dificultades, en el 95%; tolerancia ante las ideas de los demás, en el 93%; no ser indiferente ante los problemas del país, en el 90%, y considerar seguro el entorno, en el 87%. Los mayores porcentajes en el ítem de “mucho confianza” en autoridades los obtuvieron médicos (73,2%), educadores (70,3%) y religiosos (50,4%); desciende progresivamente ante el Ejército, la Policía, los funcionarios públicos y los políticos (8).

En 1997, interpretados a la luz de factores de riesgo específicos, se plantearon, verbigracia, desintegración familiar, deterioro de las relaciones de apoyo social, marcada insatisfacción por la situación del país y desconfianza hacia las autoridades políticas, lo cual señala la alta probabilidad de buena parte de la población colombiana de sufrir algún tipo de alteración mental y riesgo exponencial en la población infantil (52). En 2003, las preguntas por el apoyo de familiares y amigos, al igual que la religión profesada y su incidencia en las decisiones, se relacionaron con cada una de las patologías (10).

Además, se han realizado tres mediciones globales del capital social colombiano (en 1997, 2005 y 2011), basadas en la metodología del barómetro de capital social con tres dimensiones desplegadas en variables así: 1) *Ksocial*: solidaridad y mutualidad; relaciones horizontales; jerarquía o articulación vertical. 2) *Confíe*: participación cívica, participación política, confianza institucional control social; control indirecto de la sociedad al Estado; tejido social que mide la relación con la institucionalidad. Y 3) *Fenoval* (fuentes de información no validada): información y transparencia, republicanismo cívico y medios de comunicación. Sus resultados señalan una disminución del capital social entre 2005 y 2011, particularmente por reducción de la mutualidad y solidaridad, debido a la atomización y el oportunismo, pérdida de la confianza interpersonal, mengua de los aportes entre vecinos y del trabajo conjunto para, más bien, buscar soluciones en agentes externos. Por otro lado, aumentó la percepción de corrupción y

descendió la participación en organizaciones voluntarias y el trabajo voluntario. Se identifica una sociedad civil cada vez más débil, posiblemente por la pérdida del sentido de comunidad e incremento de la necesidad de logro (40).

En el estudio poblacional de Medellín, dentro de las variables demográficas estuvieron las de sexo, edad, estrato social, lugar de residencia, presencia de figuras paternas en la niñez y otra información sobre los padres. Se incluyó la escala de eventos vitales, diversos aspectos sobre sexualidad, pareja, finanzas, red de apoyo, situación laboral, funcionamiento en los 30 días previos y resiliencia, además de la utilización de servicios de salud, el régimen de afiliación a la seguridad social en salud y otras del campo psicosocial (11). En el Estudio Nacional de Salud Mental de los Adolescentes, el 52,7% valoró la calidad de las relaciones con los hermanos de excelente y muy buena; el 30,9%, como buena y se destacó en las conclusiones la excelente cohesión familiar. Además, el 78% le concede importancia a las creencias religiosas (12).

Por su parte, en la composición de los hogares en Colombia, se ha observado con cifras crecientes la feminización de la jefatura del hogar, que corresponde a un 34%, tanto en zonas rurales como en zonas urbanas y con mayor porcentaje en las zonas de Quindío y Casanare, seguidos por San Andrés y Providencia, Caldas, Antioquia y Chocó: mientras que el menor porcentaje es en Amazonas y Vichada, Guainía, Córdoba y Atlántico. Los hogares de 5 y más personas han disminuido y han aumentado los de 1, 2, 3 y 4 personas; los de mayor tamaño están en la región Caribe. En el país, el 10% corresponde a hogares unipersonales; el 35%, a nucleares completos; el 12%, a nucleares incompletos (sin alguno de

los padres); el 8%, a parejas sin hijos; el 14%, a familias extensas, y el 4%, a compuestas. Por regiones, los hogares unipersonales se presentan más en Amazonía, Orinoquía, regiones Pacífica y Central; los nucleares son menos frecuentes en regiones costeras, y los extensos son los que más se presentan en región Caribe. En zonas urbanas predominan familias incompletas, y Bogotá es donde más se encuentran familias nucleares incompletas (53).

2.1.6.4. Resultados Apoyos, familia y capital social

2.1.6.4.1. Apoyos

Al contemplar globalmente todas las respuestas que suponen encontrar algún grado de apoyo en caso de dificultades o problemas, se observa un descenso porcentual sostenido acorde con la edad: de 12 a 17 años: *siempre* 36,0%, *casi siempre* 18,1%, *algunas veces* 37,0%; de 18 a 44 años: *siempre* 26,7%, *casi siempre* 14,9%, *algunas veces* 44,7%; de 45 a 59: *siempre* 26,3%, *casi siempre* 14,7%, *algunas veces* 42,9%; y, de 60 y más: *siempre* 26,4%, *casi siempre* 12,7%, *algunas veces* 38,8%. Así mismo, se evidencia que la categoría más frecuentemente señalada es la de *algunas veces*. El ítem de *siempre* en la población en pobreza de 18 a 44 años alcanza un porcentaje de 33,7% frente a un 25,5% de quienes no lo están.

Para todos, en los grupos de los extremos (12 a 17 y de 60 y más años), las mujeres afirman recibir apoyo *siempre* y *casi siempre* en mayor porcentaje que los hombres. En el caso de *gastos imprevistos o catástrofe*, la certeza de recibir apoyo se incrementa observada globalmente con respecto a los resultados anteriores, para todos los grupos de edad (tabla 5.25).

Tabla 5.25. Percepción de apoyo por edad y sexo

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Población entre 12 y 17 años						
Apoyo con dificultades o problemas						
Siempre	34,8	30,4-39,5	37,1	32,5-42,0	36,0	32,8-39,4
Casi siempre	15,1	12,2-18,5	21,0	17,5-25,0	18,1	15,7-20,7
Algunas veces	40,3	35,9-45,0	33,8	29,6-38,2	37,0	33,9-40,2
Nunca	9,7	7,5-12,5	8,1	5,9-10,9	8,9	7,3-10,8

Continúa

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Apoyo con gastos en imprevisto o catástrofe						
Siempre	41,3	36,7-46,0	44,6	40,0-49,4	43,0	39,7-46,3
Casi siempre	16,4	13,3-20,0	18,2	14,4-22,6	17,3	14,8-20,1
Algunas veces	35,4	31,2-39,9	30,4	26,3-34,8	32,9	29,9-36,0
Nunca	6,9	5,2-9,2	6,8	4,9-9,4	6,8	5,5-8,5
Personas a quienes pide ayuda						
Miembros de su familia	93,3	90,3-95,4	95,4	93,5-96,8	94,4	92,7-95,7
Amigos	21,1	17,3-25,5	17,1	13,9-20,7	19,1	16,5-21,9
Población entre 18 y 44 años						
Apoyo con dificultades o problemas						
Siempre	26,9	24,2-29,8	26,5	24,3-28,8	26,7	25,0-28,5
Casi siempre	15,6	13,7-17,8	14,2	12,5-16,2	14,9	13,6-16,4
Algunas veces	43,2	40,3-46,3	46,2	43,7-48,7	44,7	42,8-46,7
Nunca	14,2	12,1-16,7	13,0	11,4-14,9	13,6	12,2-15,1
Apoyo con gastos en imprevisto o catástrofe						
Siempre	24,6	22,0-27,4	23,8	21,8-25,9	24,2	22,5-25,9
Casi siempre	17,7	15,6-20,0	15,6	13,8-17,6	16,6	15,2-18,1
Algunas veces	47,8	44,7-50,8	51,0	48,5-53,5	49,4	47,4-51,4
Nunca	9,9	8,4-11,7	9,6	8,3-11,1	9,8	8,7-10,9
Personas a quienes pide ayuda						
Miembros de su familia	82,2	80,0-84,3	80,6	78,6-82,5	81,4	79,9-82,8
Amigos	24,6	21,9-27,5	17,9	15,9-20,1	21,2	19,5-23,0
Vecinos	6,2	5,0-7,8	6,5	5,3-7,9	6,4	5,5-7,4
Pareja	28,2	25,6-31,1	35,8	33,3-38,3	32,1	30,2-34,0
Compañero de trabajo o estudio	7,7	6,2-9,6	3,7	2,8-5,1	5,7	4,8-6,8
Población entre 45 y 59 años						
Apoyo con dificultades o problemas						
Siempre	26,8	22,5-31,6	25,9	22,8-29,1	26,3	23,7-29,2
Casi siempre	14,4	10,7-18,9	15,0	12,2-18,2	14,7	12,3-17,3
Algunas veces	42,6	38,0-47,3	43,2	39,6-46,9	42,9	40,0-45,8
Nunca	16,3	13,3-19,8	16,0	13,7-18,6	16,1	14,2-18,2
Apoyo con gastos en imprevisto o catástrofe						
Siempre	26,6	22,3-31,4	26,1	23,0-29,4	26,4	23,7-29,2
Casi siempre	14,4	10,8-18,9	12,9	10,7-15,5	13,6	11,5-16,1
Algunas veces	44,0	39,4-48,7	47,5	43,8-51,1	45,8	42,8-48,8
Nunca	15,0	12,0-18,6	13,6	11,4-16,0	14,3	12,4-16,4
Personas a quienes pide ayuda						
Miembros de su familia	75,6	71,4-79,3	78,6	75,0-81,7	77,1	74,5-79,6
Amigos	19,4	16,0-23,2	14,3	12,1-17,0	16,8	14,7-19,0
Pareja	37,0	32,3-42,0	30,3	26,8-34,0	33,5	30,6-36,6
Compañero de trabajo o estudio	6,3	4,5-8,8	3,0	2,1-4,3	4,6	3,6-5,9

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Población mayor de 60 años						
Apoyo con dificultades o problemas						
Siempre	24,4	20,2-29,2	28,5	25,0-32,3	26,4	23,6-29,4
Casi siempre	12,4	9,3-16,5	13,0	10,7-15,7	12,7	10,7-15,1
Algunas veces	41,5	36,3-47,0	36,1	32,2-40,1	38,8	35,5-42,2
Nunca	21,6	17,9-25,9	22,4	18,9-26,4	22,0	19,4-24,9
Apoyo con gastos en imprevisto o catástrofe						
Siempre	20,8	17,1-25,1	30,5	26,8-34,4	25,6	22,9-28,5
Casi siempre	13,0	10,2-16,3	14,3	12,0-17,0	13,6	11,8-15,7
Algunas veces	47,9	42,6-53,3	37,7	33,8-41,7	42,8	39,5-46,3
Nunca	18,3	14,6-22,7	17,5	14,2-21,4	17,9	15,4-20,8
Personas a quienes pide ayuda						
Miembros de su familia	80,7	75,1-85,3	87,5	84,6-90,0	84,1	80,9-86,8
Amigos	19,8	14,9-25,8	13,8	11,1-17,0	16,9	13,9-20,2
Vecinos	8,8	6,2-12,3	10,1	7,8-13,0	9,5	7,6-11,7
Pareja	30,1	24,9-35,8	16,7	13,8-20,1	23,5	20,4-26,9

Nota: la información correspondiente a personas a quienes acude el ítem de "vecinos", "pareja", "compañeros de trabajo" y "otro" fue suprimida en el grupo de edad de 12 a 17 años dado, que contenía información imprecisa y, por lo mismo, no comparable. Igualmente, se retiró información de las personas a quienes se les pedía ayuda en los diferentes grupos de edad por dicha imprecisión de información.

Son de resaltar los porcentajes relativos a la afirmación de que *nunca* se contaría con un apoyo en caso de dificultades o problemas, y que estos aumentan con la edad: 8,9% (12 a 17 años); 13,6% (18 a 44 años); 16,1% (45 a 59 años) y 22,0% (60 años y más). La contrastación entre las personas en situación de pobreza y quienes no lo están, da como resultado en el grupo de 18 a 44 años, un 17,7% para las primeras y un 12,9% para las segundas.

A los miembros de la familia a quienes mayoritariamente se les solicitaría la ayuda, hasta en un 94,4% para el grupo de

12 a 17 años, seguido por el de los amigos. Ese porcentaje disminuye gradualmente para los siguientes grupos de edad, al distribuirse las solicitudes de ayuda entre la pareja, los vecinos y compañeros.

Dado el papel que se le reconoce a la religión como apoyo, se solicitó estimar la *importancia en su vida*, la respuesta al ítem de *mucha*, es más frecuente en las mujeres y se eleva para todos con la edad, como se expone en la tabla 2.26.

Tabla 5.26. Mucha importancia de la religión en la vida por edad y sexo

Edad (años)	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
12 a 17	60,7	56,1-65,1	66,6	62,1-70,8	63,7	60,5-66,7
18 a 44	61,4	58,3-64,4	74,4	72,0-76,6	68,0	66,0-69,9
45 a 59	70,8	65,8-75,4	83,5	80,6-86,1	77,4	74,5-80,1
60 y más	72,5	67,0-77,5	86,7	83,6-89,4	79,5	76,2-82,5

2.1.6.4.2. Funcionalidad familiar

Para la evaluación de funcionalidad familiar se utilizó el Apgar familiar, instrumento que ha sido traducido y validado en Colombia, incluye las dimensiones de adaptabilidad, coope-

ración, desarrollo, afectividad, capacidad de resolución y compromiso. En la tabla 2.27 se muestran los resultados de funcionalidad familiar en población colombiana según edad, sexo y región.

Tabla 5.27. Disfunción familiar según edad y sexo-Apgar familiar

APGAR	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
12 a 17 años						
Algún grado de disfunción	33,8	29,1-39,0	28,6	24,3-33,3	31,1	27,9-34,6
Disfunción leve	22,6	18,5-27,3	17,3	13,9-21,5	19,9	17,2-23,0
Disfunción moderada	7,7	5,3-11,0	6,8	4,7-9,6	7,2	5,6-9,3
18 a 44 años						
Algún grado de disfunción	33,7	30,8-36,6	34,0	31,6-36,4	33,8	32,0-35,7
Disfunción leve	19,9	17,5-22,4	19,0	17,0-21,1	19,3	17,8-21,0
Disfunción moderada	8,8	7,2-10,7	9,8	8,4-11,4	9,4	8,3-10,6
Disfunción severa	5,0	3,8-6,6	5,2	4,2-6,4	5,1	4,3-6,1
45 años en adelante						
Algún grado de disfunción	32,5	29,4-35,8	35,1	32,4-37,8	34,1	32,0-36,2
Disfunción leve	17,4	15,0-20,2	18,0	15,9-20,2	17,8	16,2-19,5
Disfunción moderada	7,9	6,3-9,9	10,3	8,7-12,1	9,3	8,1-10,7
Disfunción severa	7,2	5,6-9,2	6,8	5,5-8,4	7,0	5,9-8,2

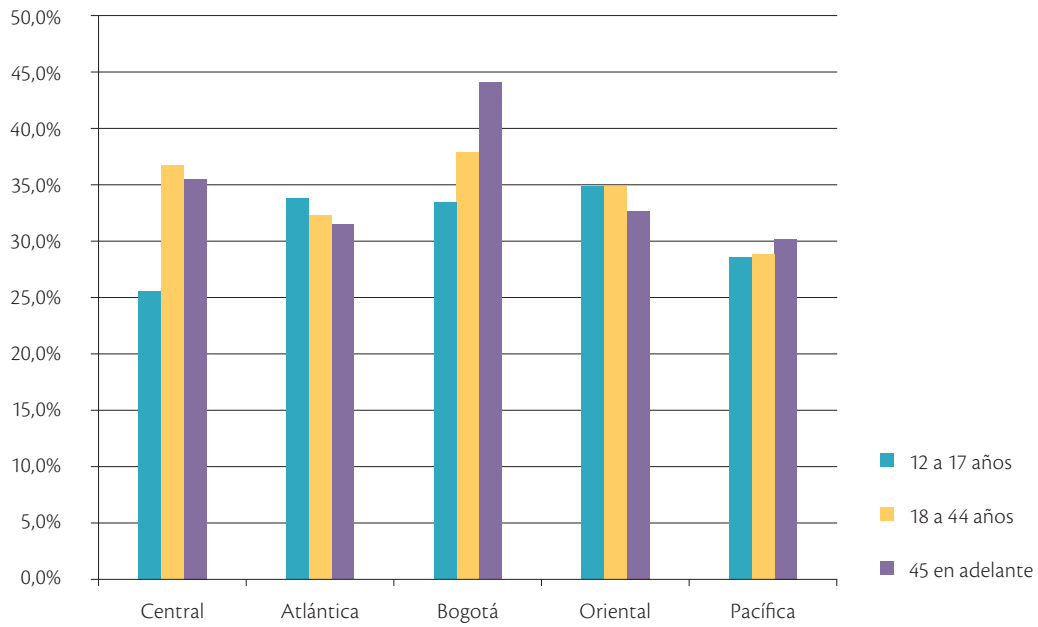
Nota: no se presenta el estimador de disfunción severa para adolescentes por ser impreciso.

Se encuentra algún grado de disfunción en un tercio de la población, siendo del 31,1% para los que tienen entre 12 y 17 años, del 33,8% para los de 18 a 44 años y de 34,1% para los de 45 años en adelante. De los anteriores en adolescentes el 19,9% presentan disfunción leve y el 7,22% moderada; el estimador de severa es impreciso por lo que no se presenta. El 19,3% de la población entre 18 y 44 años presenta leve, el 9,4% moderada y el 5,1% severa. Para las personas de 45 años en adelante son 17,8%, 9,3% y 7,0%, respectivamente. No hay diferencias según el sexo para los grados de disfunción familiar.

Al analizar algún grado de disfunción familiar es similar para todas las regiones; en adolescentes varía entre el 34,8% (IC95 %: 28,3-41,8) en la región Oriental y el 25,4% (IC95 %: 19,3-32,8) de la región Central, para las personas entre 18 y 44 años entre 37,8% (IC95 %: 31,7-44,3) para Bogotá y 28,9% (IC95 %: 25,1-33,1) para la Pacífica y para las personas de 45

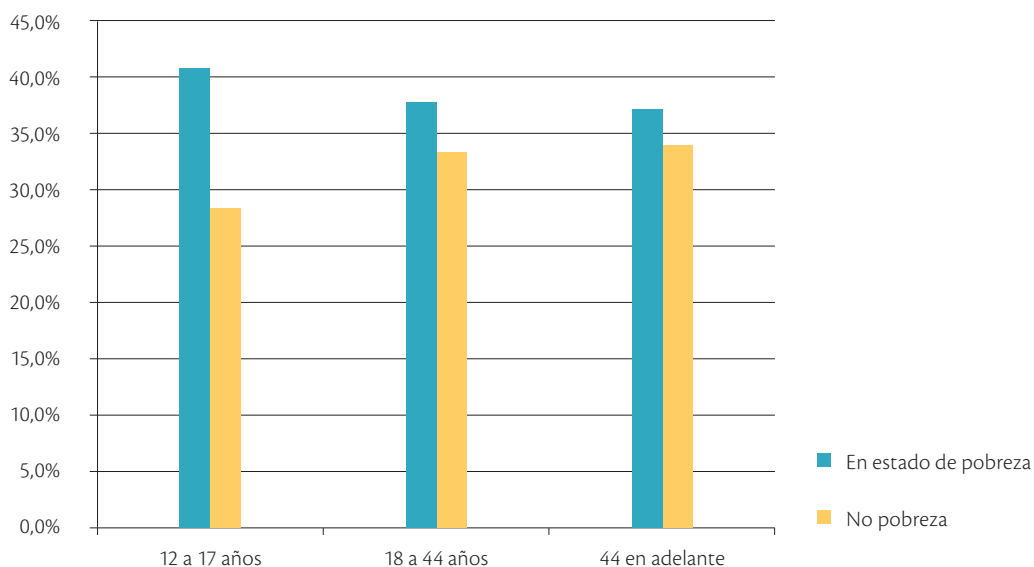
años en adelante es de 44,0% (IC95 %: 37,8-50,4) en Bogotá y un poco menor, de 30,2% (IC95 %: 26,0-34,8) para la región Pacífica (gráfica 5.23).

Al analizar según la escolarización de los adolescentes, el 30,4% (IC95 %: 26,9-34,1) de los que están estudiando describen algún grado de disfunción familiar, que es similar al 35,1% (IC95 %: 26,7-44,4) de los que no lo están haciendo. Y según el máximo grado alcanzado se ve una tendencia a reportar menor grado de disfunción a mayor escolarización, donde el 39,6% (IC95 %: 35,6-43,8) de las personas entre 18 y 44 años y el 36,8% (IC95 %: 34,0-39,6) de las de 45 años en adelante sin ninguna escolaridad o con primaria completa reportan algún grado de disfunción familiar que es mayor al 23,1% (IC95 %: 17,4-30,0) y el 24,3% (IC95 %: 17-33,5) de la reportada para los mismos grupos etarios en quienes completaron estudios universitarios (gráfica 5.24).



Respecto a la disfunción familiar según el estado de pobreza se encuentra que el 40,6% (IC95%: 33,5-48,0) de los adolescentes en esta situación refieren algún grado de disfunción familiar mientras que el 28,2% (IC95%: 24,6-32,0) de los que no están la presentan. Esta tendencia se mantiene

para las personas de 18 a 44 años, 37,6% (IC95%: 32,6-42,8) comparado con 33,2% (IC95%: 31,3-35,3) de los que no están en esta condición, y en los de 45 en adelante el 36,9% (IC95%: 31-43,2) y el 33,7% (IC95%: 31,5-35,9) de los que no (gráfica 5.25).



Gráfica 5.25. Algún grado de disfunción familiar según situación de pobreza

2.1.6.4.3. Participación y confianza

Mucho más de la mitad de los colombianos no participa en grupos de ningún tipo, no lo hace el 53,7% de las personas de 12 a 17 años; el 65,3% de las de 18 a 44 años; el 60,5% de las de 45 a 59 años y el 60,0% de las de 60 y más años. Las mujeres participan menos que los hombres en los dos primeros grupos, y más que ellos en los segundos (tabla 5.28). El porcentaje de no participación en todas las edades es mayor en las personas en condición de pobreza respecto a las que no lo están: 64,3% a 50,2% (12 a 17 años); 71,9% a 64,2% (18 a 44 años); 65,8% a 59,7% (45 años y más).

En todos los grupos de edad se observa un incremento de la participación concomitante con la escolaridad, en el de 12 a 17 años la no participación es de 68,7% en los desescolarizados, y de 51,3% en los escolarizados; en el de 18 a 44 es de 71,1% en las personas con ninguna escolaridad o primaria, y de 47,5% en los de grado universitario. Diferencias parecidas se dan para esas dos categorizaciones en el de 45 a 59

años, de 62,8% a 45,9%, y en el de 60 y más años, de 64,1% a 49,6%.

La participación frecuente del encuestado o de alguien de su hogar en alguna actividad en beneficio de la comunidad, es admitida por el 39,5% entre 12 y 17 años; el 39,6% entre 18 y 44; el 43,6% entre 45 y 59, y el 43,7% de 60 y más.

La confianza en la mayoría de sus vecinos es afirmativa para el 52,4% del grupo de 12 a 17 años; 49,9% para el de 18 a 44; 59,9% para el de 45 a 59, y 66,8% para el de 60 años y más. En la región Atlántica se encuentra el mayor porcentaje de personas que expresan este tipo de confianza, especialmente en los grupos de 60 y más años (81,3%), y de 18 a 44 años (68,2%). Las personas en condición de pobreza superan porcentualmente a quienes no lo están: 59,8% a 50,0% (12 a 17 años); 57,8% a 48,6% (18 a 44 años); y de 67,1% a 58,8% para las personas de 45 a 59 años.

Menores que los anteriores son los porcentajes de quienes piensan que les devolverían la billetera si la perdieran fuera

de su casa: 27,6% (12 a 17 años); 30,4% (18 a 44 años); 29,4% (45 a 59 años); 28,3% (60 y más años).

También en esta afirmación las personas en condición de pobreza arrojan porcentajes mayores que quienes no lo están: 35,8% a 25,0% (12 a 17 años); 39,3% a 28,9% (18 a 44 años); 38,5% a 28,1% (de 45 a 59 años).

La discriminación o rechazo ha sido percibida por los padres o cuidadores para el 14,8% del grupo entre 7 y 11 años, en gran medida en la escuela y debido a la condición física o de discapacidad no mental; la exclusión la refiere un 12,1% de los encuestados, entre 12 y 17 años, también en la escuela; un 19,8% del grupo de 18 a 44 años, señala su acaecer pri-

mordialmente en los ámbitos familiares, laborales, escolares, en la calle y en los servicios de salud, ligada a la condición socioeconómica, la condición física o de discapacidad no mental y la etnia. Ese porcentaje es de 21,3% para las personas de 45 a 59 años, ubicada la segregación en los espacios laborales, familiares, en la calle y en los servicios de salud, por razones socioeconómicas y de condición de discapacidad. Para los de 60 años y más, disminuye con respecto al anterior (14,6%), y ocurre, en orden decreciente, en la familia, el trabajo y la calle, asociándolo con la edad y la condición socioeconómica. En todos los grupos de edad son las mujeres tienden a sentirse más discriminadas (tabla 5.29).

Tabla 5.28. Participación de grupos por edad y sexo

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Población entre 12 y 17 años						
Ninguno	49,1	44,5-53,7	58,2	53,4-62,8	53,7	50,4-57,0
1 grupo	42,2	37,7-46,8	34,5	30,0-39,2	38,3	35,1-41,6
2 grupos	7,2	5,2-9,9	5,0	3,4-7,11	6,1	4,7-7,7
Población entre 18 y 44 años						
Ninguno	63,5	60,6-66,4	67,1	64,6-69,5	65,3	63,4-67,2
1 grupo	30,2	27,5-33,0	27,4	25,2-29,8	28,8	27,0-30,6
2 grupos	4,7	3,5-6,4	3,7	2,8-4,9	4,2	3,4-5,2
Población entre 45 y 59 años						
Ninguno	63,0	58,1-67,6	58,2	54,5-61,8	60,5	57,5-63,4
1 grupo	30,5	26,2-35,2	35,4	31,9-39,0	33,0	30,2-36,0
Población mayor de 60 años						
Ninguno	63,6	58,3-68,6	56,2	52,1-60,2	60,0	56,6-63,2
1 grupo	32,0	27,1-37,3	37,9	34,1-41,9	34,9	31,7-38,2

Nota: la información correspondiente al número de grupos "más de 3 grupos" se retiró en los grupos de edad de 12 a 17 años, así como de 18 a 44 años, dado que contenían información imprecisa y, por lo mismo, no comparable. Igualmente, en los casos de la información de "2 grupos" y "más de 3 grupos" en los otros grupos de edad.

Tabla 5.29. Percepción de discriminación por edad y sexo

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Población de 12 a 17 años						
Se ha sentido discriminado o rechazado	11,7	9,0-15,2	12,5	9,8-15,8	12,1	10,1-14,4
En donde ha sido discriminado o rechazado						
<i>En la escuela</i>	63,5	49,3-75,7	71,3	58,7-81,3	67,6	58,2-75,7
Por qué lo han discriminado o rechazado						
<i>Otro motivo</i>	43,7	30,3-58,0	45,5	33,3-58,3	44,6	35,4-54,2
Población entre 18 y 44 años						
Se ha sentido discriminado o rechazado	18,7	16,4-21,1	21,0	19,0-23,2	19,8	18,3-21,5
En donde ha sido discriminado o rechazado						
<i>En la familia</i>	20,0	15,2-26,0	30,4	25,6-35,7	25,6	22,1-29,5
<i>En la escuela</i>	25,0	18,7-32,5	26,3	21,6-31,7	25,7	21,7-30,1
<i>En el trabajo</i>	25,7	19,9-32,4	23,4	18,6-29,0	24,5	20,7-28,7
<i>En la calle</i>	29,5	23,5-36,2	20,4	16,8-24,6	24,6	21,1-28,5
<i>En el vecindario</i>	9,7	6,5-14,1	10,1	7,0-14,4	9,9	7,6-12,9
Por qué lo han discriminado o rechazado						
<i>Etnia o raza</i>	13,6	9,29-19,5	8,54	6,09-11,8	10,9	8,37-14,1
<i>Su Estrato socio-económico</i>	24,7	19,2-31,2	18,0	14,6-22,0	21,1	17,9-24,8
<i>Otro motivo</i>	38,2	31,7-45,2	41,5	35,9-47,3	40,0	35,7-44,4
Población entre 45 y 59 años						
Se ha sentido discriminado o rechazado	20,0	16,2-24,3	22,6	19,7-25,7	21,3	18,9-23,9
En donde ha sido discriminado o rechazado						
<i>En el trabajo</i>	37,5	27,5-48,6	30,3	23,6-38,0	33,6	27,7-40,0
<i>En la calle</i>	22,9	15,4-32,6	15,1	11,3-19,8	18,6	14,5-23,6
Por qué lo han discriminado o rechazado						
<i>Su Estrato socio-económico</i>	34,0	23,0-47,1	21,2	16,2-27,3	27,0	20,9-34,1
<i>Otro motivo</i>	34,2	24,4-45,5	34,2	27,9-41,2	34,2	28,4-40,5
Población mayor de 60 años						
Se ha sentido discriminado o rechazado	12,9	10,1-16,3	16,4	13,7-19,4	14,6	12,6-16,9
En donde ha sido discriminado o rechazado						
<i>En el trabajo</i>	44,3	32,4-56,8	19,8	13,3-28,5	30,7	24,0-38,3
Por qué lo han discriminado o rechazado						
<i>Otro motivo</i>	25,6	17,0-36,7	37,4	28,7-46,9	32,1	25,6-39,4

Nota: la información correspondiente a si ha sido discriminado “en la familia”, “en el trabajo”, “en la calle”, “en servicios de salud”, “en el vecindario” y “otro” fue suprimida en el grupo de edad de 12 a 17 años, dado que contenía información imprecisa y, por lo mismo, no comparable. Igualmente, se retiró la información de los lugares y las causas de discriminación los respectivos grupos de edad donde se manifestó dicha imprecisión de información.

A su vez, a los encuestados *no les gustaría tener como vecinos* en primer lugar a personas con *problemas de adicción a drogas o alcohol*, en un porcentaje que va de 65,9% en el grupo de 12 a 17 años a 59,6% en los de 60 y más años; luego, a personas desmovilizadas de grupos armados, señaladas en mayor porcentaje (22,2%) en el grupo de 18 a 44 años y en menor (18,5%) por el grupo de 12 a 17; seguidas de personas con enfermedades infectocontagiosas (de 20,7%; del grupo de 12 a 17 años, a 17,5%; del de 60 y más años); y de personas con trastornos mentales (de 17,6%; de los grupos de 12 a 17, el 17,6%; de 18 a 44 años, a el 13,8%; de 60 y más años). Por otra parte, las diferencias relacionadas con religión, idioma, orientación sexual, condición de víctimas, entre otras, generan poca exclusión.

2.2. Salud mental y sufrimiento emocional

La vida humana está sujeta a distintas situaciones que generan sufrimiento y tensión emocional; algunas comunes a todas las personas y que se inscriben como sucesos esperados o normativos, otras que trascienden esta característica y llegan a condiciones extremas o traumáticas, tanto por las características del evento como por la imposibilidad de los sujetos y grupos para asimilarlas y elaborarlas. Sin embargo, la angustia o el sufrimiento no constituyen en sí trastornos psicológicos (54). Ante hechos traumáticos graves son más las personas que los superan de manera espontánea y con sus propios recursos, e incluso relatan aprendizajes positivos y fortalecimiento personal (55), lo que da muestras de lo que se ha denominado *resiliencia*, es decir, la capacidad de adaptarse y sobrellevar los eventos negativos de la vida. Las bases psicológicas de esta son: apego seguro, experiencia de emociones positivas, propósitos de vida y gratificaciones (56).

Lo anterior no supone olvidar que la guerra, la violencia, el despojo y la persecución trastocan las formas de convivencia, los recursos de pensamiento y simbolización y el cuidado de sí mismo, de los demás y del entorno. La pérdida de las relaciones significativas, de los vínculos sociales y culturales, de las redes de apoyo y del reconocimiento puede conducir a mecanismos de sobrevivencia, contrarios a los valores y principios culturales y éticos presentes en las condiciones de estabilidad y armonía.

2.2.1. Eventos críticos y curso de vida

Durante todo el curso vital, los seres humanos estamos expuestos a demandas y sucesos provenientes de fuentes varia-

das que causan inquietud malestar, dolor, incomodidad o sufrimiento, ante las cuales son necesarios ajustes para paliarlas o superarlas. Son eventos que, en su mayoría, giran alrededor de las pérdidas, del duelo consecutivo y de los padecimientos para enfrentar tales circunstancias. Estos incidentes no son solo individuales, pueden involucrar a grupos o a poblaciones (por ejemplo, desastres, guerras y persecuciones, conflicto armado o desplazamiento forzoso).

A estas situaciones se les ha calificado como *eventos vitales estresantes, perturbadores, críticos o generadores de tensión y sufrimiento emocional*, algunos frecuentes o esperados en la cotidianidad, asociados con las características del ambiente y de las interacciones con los demás, otros sorprendivos y generalmente devastadores, entre estos el abandono, el maltrato y el abuso sexual; así mismo, las condiciones menesterosas de carencias continuadas.

En este contexto, se han planteado las crisis en términos de hechos que alteran las condiciones establecidas y requieren ajustes para adaptarse a los cambios ocurridos; a las vinculadas con el curso de vida se les llama *evolutivas*, y a las restantes, *inesperadas o accidentales*. Por la importancia para la salud mental, los acontecimientos derivados de conductas de daño intencional directo, se exponen en el apartado siguiente correspondiente a violencias.

2.2.1.1. Factores asociados

En las crisis evolutivas se conjugan demandas ambientales y personales más o menos comunes. Entre estas se pueden considerar, por ejemplo, la separación formal entre el niño y su madre o cuidadores para ser ubicado en instituciones o para empezar la escuela, lo que determina la forma en que afronta los compañeros, el aprendizaje, los profesores, la institución, las dificultades, las frustraciones y los temores ante el aprendizaje. Posteriormente, conflictos con los padres y con los pares fuentes de exigencia y de crítica en la juventud y adultez, igualmente decisiones y condiciones académicas o laborales, de pareja, cambios de residencia, embarazo...

Pero no se contemplan dentro de lo usual la muerte o el abandono temprano de los padres o cuidadores, el maltrato y abuso en la infancia, el trabajo y la explotación infantil, el desempleo prolongado en la vida adulta o la violencia de pareja. Tampoco las situaciones de padecimiento extremo derivadas de la guerra o los desastres ya mencionadas.

También deben tenerse en cuenta dentro de los factores relacionados, la repetición y el mantenimiento de las condi-

ciones; entre estas precariedad económica, discapacidad o enfermedad crónica no transmisible, situación permanente de maltrato o amenazas y la exposición a eventos de manera sucesiva o revictimización. Por otra parte, acontecimientos que para la mayoría de las personas serían o indiferentes o levemente dañinos, se vuelven desequilibrantes cuando les ocurren a personas con una estructura constitucional ansiosa.

2.2.1.2. *Impacto*

Aun cuando se han listado más de 60 experiencias vitales generadoras de estrés o tensión emocional y varían según el contexto sociocultural, el sexo y la edad, en general, se reconoce un impacto mayor a las que se producen fundamentalmente en el ámbito familiar, junto con las cuestiones personales (particularmente las propias de la relación de pareja); con pérdidas (muerte, abandono, separación y las que reconfiguran los papeles, relaciones y tareas: matrimonio, embarazo, etc.) (57).

La ausencia de los padres es un factor para considerar, pues el cuidado de los padres desempeña un papel fundamental en la salud mental del hijo, ya que regula la mayoría de las interacciones con el ambiente, ayuda en el proceso de adaptación, en la configuración de redes neuronales, comportamiento y habilidades académicas, e incluso en el mercado laboral posteriormente (42). Eventos como la muerte de un familiar se asocian con desenlaces en la salud como la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH (44).

Los sucesos vitales negativos tienen una influencia temporal mayor que la de los positivos, pues en la afectividad refuerzan, sobre todo, el bienestar psicológico y la integración social. Esta relación se mantiene aun controlando por edad y sexo (58). El hecho de ser mujer y haber vivido algún suceso vital estresante se asocia con un mayor puntaje de síntomas de depresión, por ejemplo; pero también en el campo de la salud se han vinculado las circunstancias de sufrimiento emocional temprano y severo con problemas y patologías diversas psiquiátricas y no psiquiátricas, algunas graves como las psicosis. Los eventos vitales reportados por los propios niños y por sus padres predijeron confiablemente la frecuencia con la que los niños sufrieron diferentes síntomas físicos y psicológicos. Este resultado es similar a los de investigaciones anteriores (59).

Las respuestas ante los eventos críticos dependen de la situación y la interpretación que se haga de esta, la fuerza del evento, el estado de salud, el apoyo familiar y comunitario y las formas usuales de relacionarse. El momento vital, los re-

cursos, la posibilidad de modificar la situación y el significado atribuido a la vivencia pueden agravar estas reacciones (60). Las situaciones anotadas trascienden el impacto individual para reflejarse o compartirse con las personas cercanas y, en general, con la familia y la red de apoyo social

2.2.1.3. *Estudios previos*

En el Estudio Nacional de 2003, experiencias como haber tenido que cuidar a otra persona, antecedentes personales de una situación grave o conflictos en la infancia con las personas que lo criaron se analizaron para cada una de las patologías evaluadas (10). En el Estudio Poblacional de Medellín 2011-2012 se encontró que las figuras parentales durante la mayor parte de la niñez correspondieron en el 91,9% a la madre biológica y el 69,6% al padre biológico, diferencia destacable en lo que respecta a la figura parental masculina. Además, un alto porcentaje de los encuestados (88,9%) aludió a la estabilidad económica del hogar en el cual creció. En ese mismo estudio se valoraron los eventos vitales actuales con los resultados que se exponen en la tabla 5.30, distribuidos según sexo (11).

En el mismo estudio, otro aspecto de especial importancia abordado fue el de la negligencia por parte de padres o cuidadores, cuya expresión más frecuente fue la de encomendarle a los niños responsabilidades superiores a sus posibilidades. Destaca que en todas las situaciones presentadas fueron las niñas quienes más las sufrieron, según se aprecia en la tabla 5.31.

2.2.1.4. *Resultados: eventos críticos y curso de vida*

Se presentan enseguida los resultados correspondientes a situaciones generadoras de estrés y sufrimiento emocional, ocurridas en los últimos doce meses (eventos críticos actuales) indagadas para todos los grupos etarios, o sucedidas antes de los doce años de edad (eventos críticos sufridos en la infancia), para los de 18 y más años.

2.2.1.4.1. *Eventos críticos actuales*

En lo que respecta a los niños, el 51,5% (IC95%: 49,3-53,7) entre los 7 y 11 años vive con sus padres biológicos; por regiones se distribuyen así: 57,1% en la región Atlántica; 48,0% en la Central; 54,8% en la Oriental; 46,4% en la Pacífica, y 47,4% en Bogotá. De los niños que viven con sus padres, 52,2% habitan en hogares en situación de pobreza, y 51,4%, no.

Tabla 5.30. Eventos vitales según sexo. Estudio Salud mental Medellín 2011-2012

Evento vital	Total (%)	F (%)	M (%)
La muerte de un amigo cercano o de un familiar de segundo grado (tíos, primos o abuelos)	14,8	14,3	15,5
Crisis financiera grave o problemas económicos importantes	14,7	14,6	14,8
Ha estado desempleado o buscando trabajo durante más de un mes, sin éxito	14,4	12,7	16,7
Alguna enfermedad o herida grave en algún familiar cercano	11,1	11,9	10,1
Alguna enfermedad, herida o agresión grave	7,1	5,2	9,7
La ruptura de una relación muy estrecha con alguien muy cercano	5,4	5,7	5,0
La muerte de un familiar de primer grado (pareja, padres, hermanos o hijos)	5,1	5,7	4,2
Problemas serios en su relación con un amigo cercano, vecino o familiar	4,9	5,3	4,3
El divorcio o separación de su pareja por problemas de convivencia	4,1	3,7	4,5
Pérdida o robo de algo que considera de mucho valor	4,1	3,3	5,2
Ha sido despedido de su trabajo	2,5	2,3	2,9
Problemas con la policía o legales de otro tipo	1,3	0,6	2,3
Alguna otra circunstancia que le haya sucedido	0,9	0,9	0,8

Fuente: a partir de Galvis Y, editor. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín 2011-2012. Medellín: Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad CES, Secretaría de Salud de Medellín; 2012.

Tabla 5.31. Negligencia padres o cuidadores según género hijo(a). Estudio Salud Mental Medellín 2011-2012

Ítem: sus padres o cuidadores	Respuestas: siempre y algunas veces (%)	
	F	M
Le asignaban tareas difíciles o peligrosas	14,0	8,5
Lo dejaban solo o sin supervisión	8,5	4,2
Lo privaban de elementos necesarios	4,9	4,2
Le hacían pasar hambre o no le preparaban alimentos	3,6	2,9
No le daban tratamiento médico a enfermedad o lastimaduras	6,7	6,8

Fuente: datos tomados de Torres de Galvis Y, editor. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín 2011-2012. Medellín: Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad CES, Secretaría de Salud de Medellín; 2012.

Para los que no viven con ambos padres, en el 59,8% de los casos el progenitor ausente es solo el padre biológico, en el 27,4% es solo la madre biológica, y en el 12,4% ambos padres. El 31,0% de los niños ha vivido con otro adulto que ha actuado como un padre o una madre. El 68,5% mantiene comunicación con el padre biológico y 92,8% con la madre biológica; el 58,1% de los padres biológicos contribuye con los gastos del niño, y el 79,7% de las madres lo hace. Es en la región Atlántica donde está el menor porcentaje de padres (50,7%) y madres (71,1%) biológicos que colabora con los

gastos del hijo, y el mayor para ambos (66,6% y 89,8%) en la Pacífica. Este comportamiento ocurre diferencialmente al comparar según condición de pobreza o no, para la primera el 43,6% de los padres biológicos lo asume, y 61,7% de las segundas; para las madres biológicas los porcentajes son estos: 74,7% y 80,9%.

Para todos los restantes grupos de edad, los eventos críticos sufridos en los últimos doce meses, y no relacionados con situaciones de violencias directas, se distribuyen así:

- De 12 a 17 años: *un cambio importante en la vida*: 29,8% (26,5% hombres, 33,1% mujeres); *enfermedad o muerte de un familiar o alguien muy cercano*: 25,2%; *problema grave de la familia*: 12,8% (11,5% hombres, 14,2% mujeres); *problema serio de salud o un accidente*: 6,4% (tabla 5.32).
- De 18 a 44 años: *un cambio importante en la vida*: 32,2% (30,3% hombres, 33,6% mujeres); *problemas económicos graves*: 24,7%; *enfermedad o muerte de un familiar o alguien muy cercano*: 24,0% (21,1% hombres, 26,1% mujeres); *problema grave de la familia*: 13,5% (tabla 5.32).
- De 45 años y más: *enfermedad o muerte de un familiar o alguien muy cercano*: 26,0%; *problemas económicos graves*: 24,5%; *un cambio importante en la vida*: 16,3%; *problema serio de salud o un accidente*: 14,5% (15,4% hombres, 13,8% mujeres) (tabla 5.32).

Tabla 5.32. Eventos críticos en los últimos 12 meses

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
12 a 17 años						
Su familia ha tenido algún problema grave en los últimos 12 meses	11,5	9,2-14,2	14,2	11,7-17,1	12,8	11,1-14,8
Ha tenido algún problema serio de salud o un accidente	6,6	4,9-8,9	6,1	4,5-8,2	6,4	5,2-7,8
Se ha enfermado o muerto algún miembro de su familia o alguien muy cercano a usted	25,2	21,9-28,7	25,2	22,1-28,6	25,2	22,9-27,6
Ha tenido un cambio importante en su vida	26,5	23,3-30,0	33,1	29,6-36,8	29,8	27,4-32,4
Adultos (18 a 44 años)						
Se ha divorciado o separado	7,9	6,8-9,3	12,3	11,0-13,6	10,5	9,6-11,4
Ha perdido el trabajo o se ha jubilado	11,8	10,4-13,4	7,4	6,5-8,5	9,3	8,5-10,2
Ha tenido problemas económicos graves	24,8	22,8-26,8	24,7	23,1-26,4	24,7	23,5-26,0
Su familia ha tenido algún problema grave en los últimos 12 meses	13,1	11,6-14,7	13,8	12,5-15,2	13,5	12,5-14,5
Ha tenido algún problema serio de salud o un accidente	7,9	6,8-9,2	7,9	6,9-9,0	7,9	7,2-8,8
Se ha enfermado o muerto algún miembro de su familia o alguien muy cercano a usted	21,1	19,3-23,0	26,1	24,4-27,8	24,0	22,8-25,3
Ha tenido un cambio importante en su vida	30,3	28,2-32,4	33,6	31,8-35,4	32,2	30,9-33,6
45 años en adelante						
Se ha divorciado o separado	10,7	9,2-12,4	8,6	7,5-9,9	9,4	8,5-10,4
Ha perdido el trabajo o se ha jubilado	9,9	8,5-11,6	5,1	4,3-6,1	7,0	6,2-7,9
Ha tenido problemas económicos graves	24,8	22,7-27,1	24,4	22,6-26,2	24,5	23,2-26,0
Su familia ha tenido algún problema grave en los últimos 12 meses	10,3	8,9-11,9	12,9	11,6-14,4	11,9	10,9-13,0
Ha tenido algún problema serio de salud o un accidente	15,4	13,6-17,4	13,8	12,5-15,3	14,5	13,4-15,6
Se ha muerto su esposo(a), su pareja o su compañero(a) sentimental	1,8	1,2-2,6	2,4	1,8-3,1	2,1	1,7-2,7
Se ha enfermado o muerto algún miembro de su familia o alguien muy cercano a usted	25,9	23,7-28,2	26,0	24,3-27,9	26,0	24,6-27,4
Ha tenido un cambio importante en su vida	16,0	14,2-18,0	16,5	15,0-18,1	16,3	15,2-17,5

Nota: no se presenta la información "Se ha muerto su esposo(a), su pareja o su compañero(a) sentimental", porque los estimadores son imprecisos.

2.2.1.4.2. Eventos críticos sufridos en la infancia

Las respuestas a continuación corresponden a situaciones acaecidas antes de los 12 años de edad de las personas encuestadas (gráficas 5.26 a 5.28). Vivió con sus dos padres:

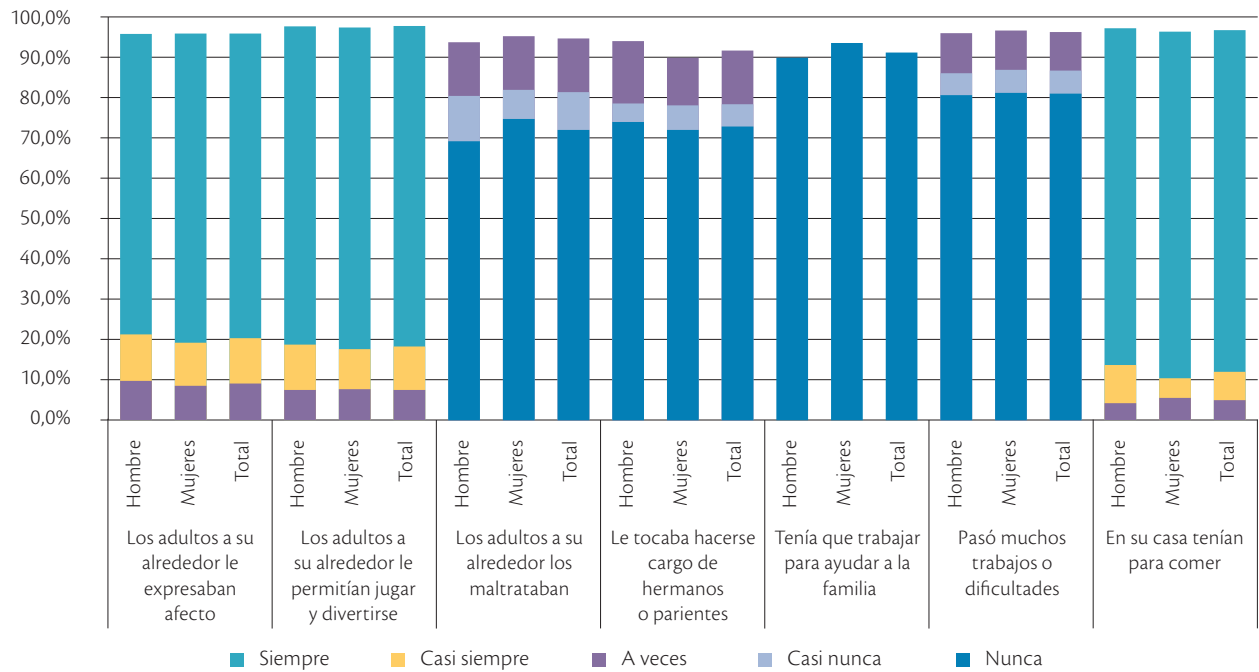
54,4% (IC95%: 51,6-57) (55,5% hombres, 53,2% mujeres) de las personas de 12 a 17 años; 59,5% (IC95%: 58-60,9) (63,0% hombres, 57,0% mujeres), de las de 18 a 44, y 62,7% (IC95%: 61,1-64,3) (66,6% hombres, 60,2% mujeres) de las de 45 y más

años. Para quienes no vivieron con ambos padres, lo hicieron *con papá o mamá más otros* 31,2% (IC95 %: 28,7-33,7) de los adolescentes; 26,9% (IC95 %: 25,6-28,2) del grupo de 18 a 44 años, y 24,0% (IC95 %: 22,7-25,4) del de 45 y más años.

La expresión afectiva continuada por parte de los adultos es reconocida por porcentajes mayores en los dos primeros grupos de edad, y menor en el grupo restante: de 12 a 17 años: *siempre* 75,8% (IC95 %: 73,4-78), *casi siempre* 11,2% (IC95 %: 9,63-13,1); de 18 a 44 años: *siempre* 69,3% (IC95 %: 68-70,7), *casi siempre* 12,6% (IC95 %: 11,7-13,7); y de 45 y más: *siempre* 61,7% (IC95 %: 60,1-63,2), *casi siempre* 12,2% (IC95 %: 11,2-13,3). Lo ocasional de esta conducta por parte de los adultos presenta un resultado inverso: *a veces* 9,2% (IC95 %: 7,71-10,8) (12 a 17 años); 10,9% (IC95 %: 10,0-11,9) (18 a 44 años); 14,1% (IC95 %: 13,0-15,2) (45 y más). Para estos dos últimos grupos, se encuentran datos con incremento para los mayores, en los ítems de *casi nunca* 3,8% (IC95 %: 3,25-4,38) (18 a 44) y 5,8% (IC95 %: 5,08-6,59) (45 y más), y de *nunca* 3,3% (IC95 %: 2,86-3,9) (de 18 a 44) y 6,2% (IC95 %: 5,49-7,07) (45 y más).

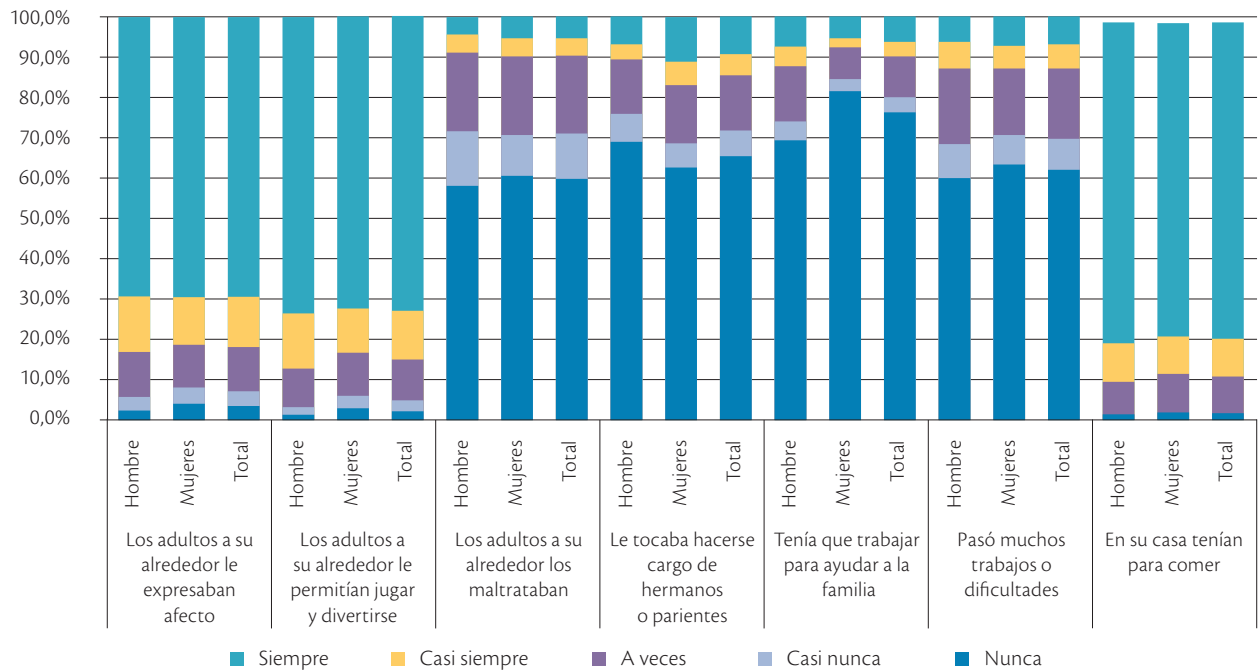
También la autorización *para jugar y divertirse* ofrece respuestas afirmativas que decrecen con la edad; por ejemplo, el ítem de *siempre* alcanza un porcentaje de 79,5% (IC95 %: 77,2-81,6) (12 a 17 años); 72,7% (IC95 %: 71,4-74) (18 a 44 años); 60,5% (IC95 %: 58,9-62,1) (45 y más años). Para estos dos últimos grupos también aquí se encuentran datos en los ítems de *casi nunca* 2,7% (IC95 %: 2,28-3,25) (18 a 44) y 6,6% (IC95 %: 5,82-7,44) (45 y más), y de *nunca* 2,1% (IC95 %: 1,76-2,6) (de 18 a 44) y 5,8% (IC95 %: 5,07-6,59) (45 y más), con incremento para los mayores. Exhiben un comportamiento parecido los datos relativos a:

- La identificación del maltrato sufrido, pues si se observa el ítem de *nunca* lo escoge el 72,2% (IC95 %: 69,6-74,5) de los de 12 a 17 años, el 59,8% (IC95 %: 58,4-61,3), de los de 18 a 44 años, y el 48,4% (IC95 %: 46,8-50), de los de 45 y más. Los porcentajes de *casi siempre* y *siempre* para estos dos últimos grupos son: 4,5% (IC95 %: 3,9-5,2) y 7,6% (IC95 %: 6,8-8,5); 4,7 (IC95 %: 4,1-5,3) % y 7,8% (IC95 %: 6,9-8,7).
- El hacerse cargo de hermanos o parientes, *nunca* lo escoge el 73,1% (IC95 %: 70,7-75,5) de los de 12 a 17 años, el 65,6% (IC95 %: 64,2-67) de los de 18 a 44 años, y el 54,0% (IC95 %: 52,4-55,6), de los de 45 y más. Y *siempre*, de 18 a 44: 8,8% (IC95 %: 7,98-9,67) (6,3% hombres, 10,6% mujeres); de 45 y más: 14,8% (IC95 %: 13,7-15,9) (10,3% hombres, 17,6% mujeres).
- *Tener que trabajar para ayudar a la familia: nunca* lo escoge el 91,9% (IC95 %: 90,3-93,3) de los de 12 a 17 años; el 76,8% (IC95 %: 75,5-78) de los de 18 a 44 años; y el 59,0% (IC95 %: 57,4-60,6), de los de 45 y más. Y *siempre*, de 18 a 44: 5,8% (IC95 %: 5,13-6,5) (6,9% hombres, 5,0% mujeres); de 45 y más: 14,2% (IC95 %: 13,1-15,4) (16,9% hombres, 12,4% mujeres). Entre las personas en condición de pobreza y los que no lo están, el ítem *nunca* obtiene los porcentajes de: 82,4% (IC95 %: 77,7-86,4) para las primeras y 94,8% (IC95 %: 93,2-96) para las segundas (12 a 17 años); 58,6% (IC95 %: 54,6-62,4) y 79,8% (IC95 %: 78,5-81) (18 a 44 años); 34,6% (IC95 %: 30,1-39,5) y 62,0% (IC95 %: 60,3-63,6) (45 y más años).
- *Pasó muchos trabajos o dificultades: nunca* 81,2% (IC95 %: 78,9-83,2) (12 a 17 años); 62,3% (IC95 %: 60,9-63,7) (18 a 44 años); 47,5% (IC95 %: 45,9-49,1) (45 y más).
- En el hogar tenían para comer, de 12 a 17 años: *siempre* 84,8% (IC95 %: 82,8-86,7), *casi siempre* 7,2% (IC95 %: 5,9-8,66), *a veces* 5,0% (IC95 %: 3,9-6,3), *nunca* 2,1% (IC95 %: 1,45-3,01); de 18 a 44 años: *siempre* 78,9% (IC95 %: 77,6-80), *casi siempre* 9,5% (IC95 %: 8,63-10,4), *a veces* 8,8% (IC95 %: 7,97-9,62), *casi nunca* 1,1% (IC95 %: 0,8-1,39), *nunca* 1,9% (IC95 %: 1,49-2,3); de 45 y más: *siempre* 72,0% (IC95 %: 70,5-73,4), *casi siempre* 12,5% (IC95 %: 11,5-13,6), *a veces* 11,9% (IC95 %: 10,9-13), *casi nunca* 1,3% (IC95 %: 0,97-1,69), y *nunca* 2,3% (IC95 %: 1,89-2,89). Entre las personas en condición de pobreza y los que no lo están, el ítem *siempre* se encuentran los datos siguientes: 73,8% para las primeras y 88,2% para las segundas (12 a 17 años); 65,5% (IC95 %: 79,8-82,3) y 81,0% (IC95 %: 79,8-82,3) (18 a 44 años); 58,4% (IC95 %: 53,5-63,2) y 73,6% (IC95 %: 72,1-75,1) (45 y más años).
- Vivir temporalmente en la calle o pedir limosna, es reportado por un 2,5% (IC95 %: 2,11-3,06) de las personas entre 18 y 44 años, y por un 3,1% (IC95 %: 2,56-3,68) (4,0% hombres y 2,5% mujeres) de los de 45 y más años.
- Por último, *sufrió un accidente o enfermedad grave*: de 12 a 17 años 16,7% (IC95 %: 14,7-18,8), (19,8% hombres; 13,5% mujeres); de 18 a 44 años 15,9% (IC95 %: 14,9-17), (18,8% hombres, 13,8% mujeres); de 45 y más años 14,2% (IC95 %: 13,1-15,3), (16,5% hombres; 14,7% mujeres). *Murió alguno de sus padres o persona muy cercana*: obtiene un resultado alrededor del 37,0% para todos los grupos de edad.



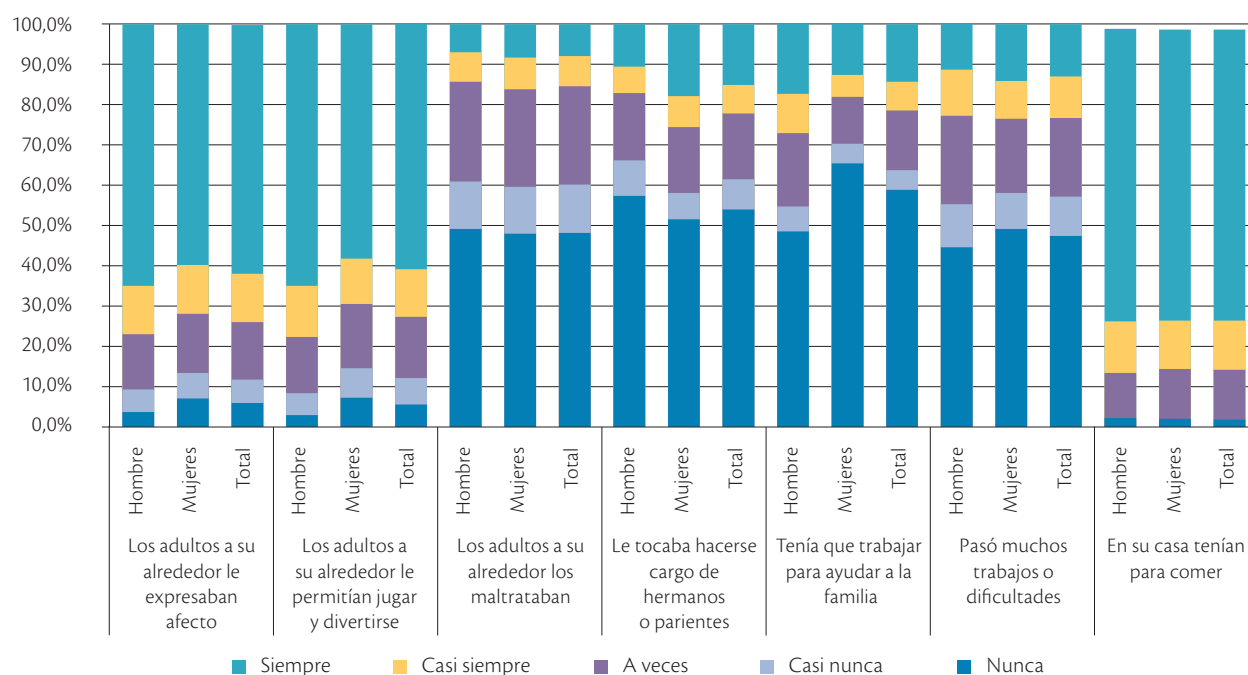
Gráfica 5.26. Eventos críticos en la infancia en población colombiana de 12 a 17 años

Nota: las barras no suman el 100% dado que no se presentan las frecuencias con CVE > 20.



Gráfica 5.27. Eventos críticos en la infancia en población colombiana de 18 a 44 años

Nota: algunas de las barras que no suman el 100% dado que no se presentan las frecuencias con CVE > 20.



Gráfica 5.28. Eventos críticos en la infancia en población colombiana de 45 años en adelante

Nota: algunas de las barras que no suman el 100% dado que no se presentan las frecuencias con CVE > 20.

2.2.2. Violencias

De acuerdo con el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia es “el uso intencional de la fuerza física o el poder, real o por amenaza, contra la persona misma, contra otra persona, o contra un grupo o comunidad que puede resultar en o tiene alta probabilidad de resultar en muerte, lesión, daño psicológico, problemas de desarrollo o privaciones” (61). A su vez, en la Declaración sobre los Principios Básicos de Justicia para las Víctimas del Crimen y Abuso de Poder, la ONU define víctima de un acto violento como “toda persona que individual o colectivamente ha sufrido daño físico, mental, emocional, pérdida económica o sustancias desmejora de sus derechos fundamentales, a través de actos u omisiones que son violatorios de las leyes que operan en ese Estado” (62).

La OMS, en su Asamblea de Salud Mundial en 1996, tipificó la violencia en tres grupos generales: autoinflingida, interpersonal y colectiva. La primera está dividida en conducta suicida y maltrato autoinflingido sin fines suicidas como las conductas automutilatorias. La violencia interpersonal comprende las subcategorías de violencia intrafamiliar y la violencia

ejercida por otra persona de la comunidad, que puede ser conocida o extraña para la víctima. Finalmente, la violencia colectiva, que incluye violencia social (acciones del crimen organizado, pandillas, racismo), violencia política (asociada con guerras o conflictos armados) y violencia económica (imposibilidad de acceso a servicios esenciales, alteración de la actividad económica, etc.) (63). Así mismo, cada acto violento dentro de cualquiera de estas categorías y subcategorías puede clasificarse de acuerdo con su naturaleza en físico, sexual, psicológico, o que involucra privación o negligencia (64). Es importante tener en cuenta que en la presente sección no se incluirá el análisis de la violencia autoinflingida, ya que este tipo de conductas se abordará de manera independiente en la sección de suicidio.

2.2.2.1. Factores asociados

La violencia se entiende universalmente como un fenómeno determinado por múltiples factores que podrían ser agrupados en distintos planos: social, económico, cultural, familiar e individual. En cuanto a lo social, se ha señalado la falta de controles para el porte y acceso a armas de fuego; la poca

eficacia o la corrupción institucional como en el sistema judicial o la policía, responsables estas de regular la convivencia ciudadana, alto nivel de impunidad y la pérdida de la confianza de los ciudadanos; la ausencia y funcionamiento del Estado; la presencia de actores armados y el narcotráfico (63,65).

En lo que respecta a los factores económicos, no es directa la relación entre pobreza y niveles de violencia, pero sí con la desigualdad (63). El incremento de un punto en el coeficiente de Gini, medida que refleja la desigualdad social, se correlaciona con un aumento del 1,5 % en las tasas de homicidio y del 2,6 % en las tasas de robos, llegando hasta 3,7 % y 4,3 % los homicidios y el robo, respectivamente, si esta desigualdad social es mantenida en el tiempo (66). Además, debe considerarse la falta de oportunidades de trabajo y educación, la rápida urbanización sin planificación y los acelerados cambios en la distribución demográfica de la población (desplazamiento o urbanización) (63). Dentro de los factores culturales se aprecian las creencias acerca de la educación de los hijos que legitiman la violencia; igualmente, la observación y la imitación de la conducta violenta; los vacíos y desfases éticos y la doble moral, o moral múltiple, la cual se ha vinculado, por ejemplo, con las actitudes que se han asumido en el país ante el fenómeno del narcotráfico (63).

La familia también desempeña un papel fundamental, pues el tipo de educación impartida, el antecedente de violencia intrafamiliar, la victimización durante la niñez, el consumo de alcohol y drogas, el ejercicio de actividades delictivas por parte de los padres y la disponibilidad de apoyo emocional entre sus miembros determina de manera significativa la probabilidad de conductas violentas de las personas involucradas en un futuro (63,65,67). Por último, los factores individuales que aumentan el riesgo de una conducta violenta son: el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el poseer un arma, el ser varón, el tener un bajo nivel educativo, el haber sido víctima previamente de actos violentos, la zona de residencia y las creencias religiosas (64,65,68).

2.2.2.2. Impacto

Cada año en el mundo más de un millón de personas pierden su vida y muchos más sufren de heridas no fatales como resultado de violencia autoinflingida, interpersonal o colectiva. Así, la violencia mundial es la primera causa de muerte alrededor en personas entre los 15 y los 44 años de edad (64). Aunque el costo humano de los duelos y el dolor no puede ser valorado, se calcula que en América Latina el 14,2 %

(US\$168.000 millones) del producto interno bruto (PIB) se invierte en atender los costos directos, indirectos o por transferencia de la violencia (69).

En Colombia, distintas investigaciones muestran un aumento continuado sustancial de los costos del conflicto armado, que va del 1,5 % al 4 % del PIB en el periodo 1990-1998 hasta el 9 % en el de 2005-2006. Los costos directos son los generados por daños a la infraestructura física, secuestro, extorsión, abigeato, desplazamiento, minas antipersona, gastos en defensa y seguridad nacional. Y los costos indirectos son los derivados de las pérdidas en la productividad (de las tierras, fuga de capitales, disminución de la inversión, impacto en la distribución, aumentos de los costos de transacción, etc.) (68).

Por su parte, un 4 % del PIB se ha estimado para los costos anuales de la violencia intrafamiliar (69). Los costos globales de la violencia intrafamiliar remiten a cinco categorías: directos (bienes y servicios usados para su prevención y tratamiento), no monetarios (dolor, sufrimiento, morbilidad y mortalidad), efectos multiplicadores económicos (impacto en el mercado laboral y educativo en el caso de niños), efectos multiplicadores sociales (impacto en calidad de vida y relaciones interpersonales) y efectos de transmisión intergeneracional (70).

Aunque estar expuesto a cualquier tipo de violencia aumenta el riesgo que un individuo presente trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo, consumo de sustancias psicoactivas y deterioro de su salud general (70,71), lo más dramático en lo que respecta a la salud mental en relación con el conflicto armado es la vulneración psicológica de las víctimas y los victimarios, en términos del “encuentro con un horror psíquicamente no asimilable”, encuentro que no tiene solución de continuidad (72). Así mismo, los efectos se observan en toda la población, pues la guerra impulsa un proceso de deshumanización que empobrece las capacidades de pensar lucidamente; la voluntad y capacidad de comunicarse con veracidad y eficacia, la sensibilidad ante el sufrimiento y el sentido solidario y la esperanza (73). Se alude, igualmente, a una “banalidad del desplazamiento”, expresada en un acostumbramiento a la presencia constante y creciente de personas desplazadas, cuya presencia visual se hace cotidiana y normal (74). Un fenómeno similar es el de una progresiva desensibilización colectiva ante los hechos de la violencia.

Sin embargo, es importante destacar que, sin restarle importancia al impacto de estas dolorosas experiencias, algunos estudios realzan las posibilidades de individuos, familias y co-

lectivos para afrontarlas y para a pesar de estas, o debido a estas, fortalecerse. Así, la posición del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la atención a la salud mental en situaciones de conflictos, con énfasis en la población desplazada, deja en claro que si bien pueden presentarse algunos cuadros clínicos, lo prioritario es entender que comúnmente se encuentran manifestaciones provocadas por el contexto psicosocial y no procesos psicopatológicos; por lo tanto, deben evitarse las etiquetas diagnósticas, al igual que el uso de fármacos y las hospitalizaciones, acudiendo a estos solo en casos específicos previa evaluación cuidadosa (75).

Teniendo en cuenta la información anterior, la violencia es un problema de salud pública actualmente, pues: 1) produce alta carga de mortalidad y morbilidad evitable; 2) demanda un elevado valor humano y económico en la atención médica; 3) afecta no solo a la víctima, sino también a su familia y su entorno, ya que genera repercusiones negativas en la comunidad de tipo económico, social y psicológico; 4) influye de manera negativa el desarrollo social y económico del país, y 5) perturba la cotidianidad de la comunidad, el derecho a disfrutar, a movilizarse, a hacer uso de los bienes públicos, entre otros (65).

2.2.2.3. Estudios epidemiológicos

De acuerdo con el informe entregado por la OMS sobre el Proyecto de Carga Global de Enfermedad en 2000, un estimado de 1,6 millones de personas murieron ese año por causas violentas, con una tasa de mortalidad general de 28,8 por cada 100.000 habitantes. De estos eventos, el 91,1 % sucedió

en países de bajos ingresos, y sus causas en el 49,1 % fueron el suicidio; en el 31,1 %, homicidios, y en el 18,6 %, relacionados con guerras o conflictos armados (64). Por otro lado, los eventos violentos no fatales en el mundo tienen una alta variabilidad de acuerdo con cada país. Por ejemplo, las mujeres reportan haber sido víctimas de violencia física por parte de su compañero sentimental en un 10 % en Paraguay y las Filipinas, en un 22,1 % en Estados Unidos de América, en un 29 % en Canadá y en un 34,4 % en Egipto (72-74,76). Así mismo, el porcentaje de mujeres que reportan haber sido víctimas de violencia sexual alguna vez en su vida es del 15,3 % en Toronto, Canadá; en un 21,7 % en León, Nicaragua; en un 23 % en Londres, Inglaterra, y en un 25 % en una provincia de Zimbabue (74,75,77-79). Por otra parte, los adolescentes de sexo masculino reportan haber estado involucrados en agresiones físicas en el último año en un 22 % en Suecia y hasta un 76 % en Jerusalén, Israel (80,81).

En Colombia, las cifras recolectadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal sobre las distintas conductas violentas interpersonales en 2013 se registran en la tabla 5.33. Así mismo, se calcula que el conflicto armado en nuestro país ha causado la muerte de aproximadamente 220.000 personas desde 1958 hasta el 31 de diciembre de 2012, de los cuales el 81,5 % son pertenecientes a la población civil (82). Se estima, además, que para el 31 de marzo de 2013 habrían 25.007 desaparecidos, 1754 víctimas de violencia sexual, 6421 niños, niñas y adolescentes reclutados por grupos armados y 4.744.046 personas desplazadas, que nos convierte, después de Siria, en el país con mayor número de desplazados internos en el mundo (83).

Tabla 5.33. Incidencia de eventos violentos no interpersonales según Informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para el año 2013 (84)

Eventos violentos	Tasa × 100.000 habitantes
Homicidios	30,33
Violencia interpersonal física (persona de la comunidad distinta a la familia)	337,00
Violencia familiar	144,80
Violencia sexual	44,01

Violencia intrafamiliar. El fenómeno de la violencia intrafamiliar, como se conoce en la actualidad, se empezó a desarrollar temáticamente a partir de la década de los sesenta con

la reflexión sobre el maltrato infantil, seguido por el reconocimiento de la violencia contra las mujeres que realizó el movimiento feminista (85). A pesar de que en el pasado se

consideraba un fenómeno infrecuente y ligado a personas con trastornos psicopáticos, las estadísticas actuales señalan que cerca del 50 % de las familias lo experimentan (85). De hecho, el reporte del comportamiento de la violencia intrafamiliar en Colombia muestra que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 68.230 peritaciones por violencia intrafamiliar durante 2013 (86).

Según Corsi, la violencia familiar “alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia” (85). Para este autor, una relación de abuso corresponde a una interacción marcada por el desequilibrio del poder entre las partes, en la que la parte poderosa, ya sea por acción u omisión, genera daño físico o psicológico a la otra parte (85). Esta relación de abuso solo define la violencia intrafamiliar si se presenta de forma crónica, ya sea permanente o periódica (85).

La violencia intrafamiliar comprende: el maltrato infantil, la violencia conyugal y el maltrato a los ancianos. El reporte del comportamiento de la violencia intrafamiliar en Colombia señala que de los peritajes realizados durante 2013, el 14,2 % correspondía a maltrato contra niños, niñas y adolescentes; el 65,6 %, a violencia de pareja; el 2 %, a violencia contra el adulto mayor, y el 18,2 %, a violencia contra otros familiares (86). En el último caso, los responsables del hecho son en su mayoría parientes en segundo grado, bien sea de consanguinidad o afinidad, seguidos por familiares consan-

guíneos en primer grado (86). Las personas sometidas a relaciones de abuso intrafamiliar presenta mayores problemas de salud (somática y psicológica), además de una marcada disminución en el rendimiento laboral y escolar, así como mayor riesgo de presentar conductas delictivas (85).

La prevalencia de actos violentos contra la población mayor en los últimos doce meses se ha estimado entre el 16 % y el 30 % en algunos estudios (87,88). Adicionalmente, se ha observado que aun cuando en esta población los actos violentos de características físicas o sexuales tienden a disminuir en comparación con la población general, hay mayor tendencia a los actos violentos psicológicos, económicos y de negligencia (87).

2.2.2.4. Resultados

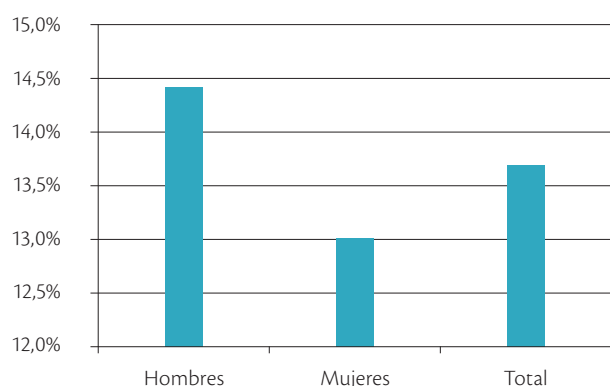
2.2.2.4.1. Niños y niñas (7-11 años)

En Colombia, el 13,7 % (IC95 %: 10,6-17,4) de la población en este grupo etario ha sido víctima alguna vez en su vida de desplazamiento forzado por violencia de cualquier tipo y el 10,9 % reporta que el último cambio se relacionado con el conflicto armado o inseguridad. Así mismo, el 40,7 % de los niños y el 29,8 % de las niñas entre 7 y años presentan comportamientos violentos, y el 30,8 % y 25,5 % comportamientos de retaliación violenta, respectivamente; igualmente, ellos presentan más juegos (17,4 vs. 10,5 en ellas) (tabla 5.34 y gráfica 5.29).

Tabla 5.34. Exposición y comportamientos asociados a la violencia en la población colombiana de 7 a 11 años según sexo

Indicadores	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Desplazamiento por conflicto armado o inseguridad						
La última vez	12,1	8,2-17,5	9,8	6,6-14,3	10,9	8,3-14,3
Comportamientos violentos	40,7	37,1-44,5	29,8	26,3-33,5	35,2	32,6-37,8
Comportamientos de retaliación violenta	30,8	27,5-34,3	25,5	22,2-29,1	28,1	25,8-30,6
Juego brusco	17,4	14,5-20,7	10,5	8,4-13,1	13,9	12,1-16,0
Juegos relacionados con arma o guerra	13,7	11,2-16,6	*	*	7,8	6,5-9,5

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por tener un CVE mayor al 20 %.



Gráfica 5.29. Desplazamiento debido al conflicto armado o inseguridad alguna vez en la vida en población Colombiana infantil de 7 a 11 años

Al comparar por regiones, los comportamientos relacionados con violencia varían en estas, la mayor prevalencia se encuentra en la Pacífica, donde el 38,9% (IC95%: 33,5-44,7) de la población infantil presenta comportamientos violentos,

y la menor, en Bogotá, donde el 27,6% (IC95%: 20,9-35,3) los presentan. Para comportamientos de retaliación violenta el 34,1% (IC95%: 29,5-38,9) de esta población en la región Atlántica, siendo el mayor y el menor en el 18,7% (IC95%: 13,3-25,8) en Bogotá, y para juego brusco va de 19,7% (IC95%: 14,8-25,8), en la región Central, al menor, reportado 7,76% (IC95%: 5,69-10,5) en la Atlántica.

2.2.2.4.2. Adolescencia (12-17 años)

El 29,3% de la población colombiana de 12 a 17 años ha tenido al menos una experiencia traumática a lo largo de su vida. La prevalencia de movilización forzada a lo largo de la vida en la población adolescente por cualquier tipo de violencia es del 18,3 y el 13,2% reportan haber sido movilizados la última vez por violencia relacionada con el conflicto armado o inseguridad (tabla 5.35). Y en la región Pacífica el 34,7% (IC95%: 24,4-46,5) de los adolescentes refieren haber cambiado de municipio debido al conflicto armado alguna vez en la vida y el 35,6% (IC95%: 29,7-41,9) describen haber experimentado por lo menos un evento traumático.

Tabla 5.35. Exposición y experiencias asociadas a la violencia en la población colombiana de 12 a 17 años según sexo

Indicadores	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Desplazamiento por conflicto armado o inseguridad						
Toda la vida	14,5	10,2-20,1	22,0	17,0-28,0	18,3	14,9-22,4
La última vez	*	*	16,5	12,1-22,0	13,2	10,3-16,9
Al menos una experiencia traumática	30,7	27,3-34,4	27,9	24,7-31,5	29,3	26,9-31,8

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por tener un CVE mayor al 20%.

2.2.2.4.3. Adultos (18-44 años)

El 10,7% de los adultos entre 18 y 44 años reportan haber tenido una experiencia traumática relacionada con delincuencia común, el 7,9% con conflicto armado, el 7,7% de violencia intrafamiliar (de las cuales el 57,6% corresponden a violencia

psicológica, el 69,5% a física y el 24,5% a sexual) y el 3,3% a violencia física no originada en el ámbito intrafamiliar. Además, el 18,7% de las personas han sido desplazadas por conflicto armado o inseguridad; el 13,5% corresponde al último cambio que hicieron (tabla 5.36).

Tabla 5.36. Exposición, comportamientos y experiencias asociadas a la violencia en la población colombiana de 18 a 44 años según sexo

Indicadores	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Experiencias traumáticas						
Experiencia traumática debida a violencia intrafamiliar	5,3	4,4-6,4	9,4	8,3-10,6	7,7	6,9-8,5
Violencia psicológica	61,9	41,0-79,1	56,7	47-66,0	57,6	48,8-65,9
Violencia física	64,7	43,5-81,3	70,5	61,2-78,3	69,5	61,1-76,8
Abuso sexual	*	*	26,5	19-35,7	24,5	17,9-32,6
Experiencia traumática debida a violencia física no originada en el ámbito intrafamiliar	3,7	2,9-4,7	3,0	2,4-3,7	3,3	2,8-3,8
Experiencia traumática debida a delincuencia común	11,6	10,2-13,1	10,1	9,0-11,3	10,7	9,8-11,6
Experiencia traumática debida a conflicto armado	8,4	7,2-9,8	7,5	6,6-8,6	7,9	7,1-8,7
Desplazamiento por conflicto armado o inseguridad						
Toda la vida	17	14,7-19,6	19,9	17,7-22,2	18,7	17,1-20,4
La última vez	12,2	10,2-14,5	14,5	12,6-16,6	13,5	12,1-15,1
Comportamientos						
Aceptación de la retaliación como método de crianza	11,2	9,9-12,8	10,5	9,3-11,7	10,8	9,9-11,7
Aceptación de la violencia como método de crianza	22,9	21,0-24,9	24,7	23,1-26,4	23,9	22,7-25,2
Aceptación de la violencia como método para obtener respeto o mediar problemas	4,7	3,8-5,7	3,4	2,8-4,2	4,0	3,4-4,6
Violencia física entre los padres durante la infancia	15,9	14,3-17,6	19,2	17,8-20,8	17,8	16,7-19,0
Aceptación de la agresión física entre compañeros en la escuela	24,1	22,2-26,1	13,7	12,4-15,1	18,1	17,0-19,2
Aceptación de agresión física de profesores en la escuela	7,8	6,7-9,1	6,2	5,3-7,1	6,8	6,1-7,6
Experiencia de violencia escolar	26,7	24,7-28,7	17,0	15,6-18,4	21,0	19,8-22,2

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por tener un CVE mayor al 20%.

El 21,0% de la población adulta en este rango de edad reporta haber experimentado algún tipo de violencia en el ámbito escolar, siendo más frecuente este tipo de experiencias entre los hombres (26,7% vs. 17,0%). El 17,8% presenció actos de violencia física entre los padres, el 18,1% ha sido víctima de agresión física por otros compañeros de la escuela y el 6,8% describe haber experimentado agresión física por parte de sus profesores durante su infancia; la retaliación o la violencia como métodos de crianza alcanza son aceptados por el 10,8% y el 23,9% respectivamente, mientras que el 4,0% de los adultos acepta la violencia como método para obtener respeto o mediar problemas (tabla 5.36).

Al realizar el análisis por regiones, para las personas que han tenido algún tipo de experiencia traumática, el 14,3% (IC95 %: 11,7-17,3) de las personas de Bogotá reportan que han estado expuestas a algún tipo de violencia intrafamiliar,

siendo el que más la presenta, y el 3,37% (IC95 %: 2,4-4,6) de las personas de la región Atlántica, siendo los que menos reportan. De este mismo grupo de personas, el 9,47% (IC95 %: 7,6-11,7) de la región Pacífica y el 9,4% (IC95 %: 7,5-11,6) de la región Central reportan que han estado expuestas a conflicto armado; este disminuye para las otras regiones y el menor es en la región Atlántica, siendo del 5,46% (IC95 %: 4,2-7,0) la población en este grupo etario.

2.2.2.4.4. Adultos (45 años en adelante)

El 10,4% de los adultos de 45 años en adelante reportan haber tenido una experiencia traumática relacionada con delincuencia común, el 7,9% a conflicto armado, el 6,11% a violencia intrafamiliar (de las cuales 69,8% corresponden a violencia psicológica, el 75,9% a física y el 25,7% a sexual) y el 3,2% a violencia física no originada en el ámbito intrafa-

miliar. Además, el 15,8% de las personas han sido desplazadas por conflicto armado o inseguridad; el 12% corresponde al último cambio que hicieron (tabla 5.37).

El 20,3% de la población adulta en este rango de edad reporta haber experimentado algún tipo de violencia en el ámbito escolar, siendo más frecuente este tipo de experiencias entre los hombres (24,0% vs. 17,8%). El 21,0% presenció actos de violencia física entre los padres, el 12,9% fue víctima

de agresión física por otros compañeros en la escuela y el 12,5% describe haber experimentado agresión física por parte de sus profesores durante su infancia; la retaliación o la violencia como métodos de crianza alcanza son aceptados por el 6,4% y el 22,0%, respectivamente, mientras que el 4,7% de los adultos acepta la violencia como método para obtener respeto o mediar problemas (tabla 5.37).

Tabla 5.37. Exposición, comportamientos y experiencias asociadas a la violencia en la población colombiana de 45 o más años según sexo

Indicadores	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Experiencias traumáticas						
Experiencia traumática debida a violencia intrafamiliar	4,5	3,54-5,71	7,15	6,16-8,29	6,11	5,38-6,93
Violencia psicológica	*	*_*	72,3	60,8-81,5	69,8	59,3-78,6
Violencia física	72,0	44,5-89,2	76,8	65,3-85,4	75,9	65,4-84
Abuso sexual	*	*_*	31,6	21,2-44,1	25,7	17,1-36,8
Experiencia traumática debida a violencia física no originada en el ámbito intrafamiliar	3,0	2,3-4,1	3,3	2,7-4,2	3,2	2,7-3,8
Experiencia traumática debida a delincuencia común	10,1	8,6-11,7	10,6	9,4-11,9	10,4	9,4-11,4
Experiencia traumática debida a conflicto armado	8,1	6,8-9,6	7,8	6,8-9,1	7,9	7,1-8,9
Desplazamiento por conflicto armado o inseguridad						
Toda la vida	14,3	12-16,9	16,8	14,7-19,1	15,8	14,2-17,5
La última vez	11,1	9,05-13,5	12,6	10,8-14,6	12	10,6-13,5
Comportamientos						
Aceptación de la retaliación como método de crianza	6,3	5,1-7,6	6,4	5,5-7,5	6,4	5,6-7,2
Aceptación de la violencia como método de crianza	21,2	19,1-23,3	22,6	20,9-24,4	22,0	20,7-23,4
Aceptación de la violencia como método para obtener respeto o mediar problemas	5,5	4,4-6,8	4,1	3,4-5,1	4,7	4,0-5,4
Violencia física entre los padres durante la infancia	19,3	17,4-21,4	22,1	20,4-23,9	21,0	19,7-22,4
Aceptación de la agresión física entre compañeros en la escuela	17,8	15,9-19,8	9,7	8,5-11,0	12,9	11,8-14,0
Aceptación de agresión física de profesores en la escuela	13,6	11,9-15,4	11,8	10,5-13,3	12,5	11,5-13,6
Experiencia de violencia escolar	24,0	21,9-26,3	17,8	16,3-19,5	20,3	19,0-21,6

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por tener un CVE mayor al 20%.

Al analizar por regiones, para las personas que han tenido algún tipo de experiencia traumática el 11,3% (IC95%: 9,01-14,1) de las personas de Bogotá reportan que han estado expuestas a algún tipo de violencia intrafamiliar, siendo el que más la presenta y el 4,3% (IC95%: 3,04-6,07) de las personas

de la región Pacífica, siendo el menor de los reportados. De este mismo grupo de personas, el 10,8% (IC95%: 8,88-13,1) de la región Oriental reportan que han estado expuestas a conflicto armado, este disminuye para las otras regiones y el menor es del 5,32% (IC95%: 3,7-7,5) en Bogotá.

2.3. Discusión

2.3.1. Estar bien individual y colectivo, asunto de relaciones

Los resultados obtenidos ofrecen información valiosa acerca de la categoría *subjetiva-relacional*, es decir, la experiencia tal y como es vivida por cada persona en relación con los otros y consigo misma, las interpretaciones y los valores que pueden o no emerger en el mundo personal-relacional, teniendo en cuenta la concepción y estimación que las personas hacen de su salud mental, la percepción de bienestar emocional vinculada con el sentimiento de felicidad y con la satisfacción derivada de las relaciones con los demás y con el medio, las opiniones acerca de sí mismas y de las formas de interactuar con otros, y los condicionantes para una convivencia pacífica en el país.

La salud mental para las personas adultas encuestadas se relaciona principalmente con buena salud física, dormir, descansar; sensación de paz y bienestar individuales, superación de obstáculos sin que éstos impidan avanzar, y ausencia de estrés y sufrimiento; las personas en condición de pobreza entre 18 y 44 años anotan dentro de las respuestas prioritarias el contar con todas las comodidades. Ser productivo trabajar y estudiar, llevarse bien con los demás, o pensar y aprender de la vida, son respuestas seleccionadas por porcentajes decrecientes con respecto a los anteriores.

La autovaloración de la salud mental es, por lo general, muy positiva para todos los grupos de edad. Los padres o los cuidadores perciben, a la casi totalidad de los niños, como muy saludables mentalmente (excelente: 49,8%; muy buena: 30,8%; y buena: 17,8%). En los adolescentes y adultos es un poco mayor para los de 12 a 17 años y de 18 a 45 años, que para los de 45 a 59 y de 60 y más años, particularmente al apreciar la calificación de *excelente*, que para los dos primeros grupos es de 36,6% y 35,8%, y para los dos últimos de 30,5% y 23,8%. Se observa un descenso en el mismo sentido para la calificación de *muy buena*. Por sexo las diferencias se dan por una estimación favorable más alta de los hombres de 45 a 59 años, y de las mujeres de 60 y más años.

La autovaloración positiva se incrementa con el mayor grado de escolaridad, particularmente en la calificación específica de *excelente*. La asociación con el estado conyugal varía según los grupos de edad, así mismo cuando se compara por regiones. La situación de pobreza no se asocia con diferencias en la estimación positiva global, mas sí con la disminución en el ítem *excelente*.

La situación de pobreza no parece modificar la valoración positiva de la salud mental propia con respecto a la población restante (teniendo en cuenta los porcentajes para *excelente*, *muy buena* y *buena*), pero sí lo hace para cada uno de esos ítems en todos los grupos etarios, especialmente en el de *excelente*: 30,3% (12 a 17 años) de las personas en pobreza, 38,5% de quienes no se encuentran en tal situación; 31,3% a 36,5%, (18 a 44 años); 18,3% a 32,2%, en el de (45 a 59); y, en el de *buena* 41,5% a 29,8% (12 a 17 años); 41,3% a 34,2% (18 a 44 años); 44,8% a 41,2%, (45 a 59).

Una investigación realizada en el país en salud mental, con una muestra de adolescentes, arrojó datos parecidos, pues el total de las categorías de *excelente* (38,2%), *muy buena* (21,1%), *buena* (34,8%), fue 94,1% (12). Otros estudios no son comparables debido a diferencias en el enfoque y en los instrumentos utilizados. Para los niños, el Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2002-2007, consigna el dato global de la percepción muy favorable de los cuidadores (17).

En cuanto al bienestar subjetivo, el porcentaje más bajo de las personas que se perciben felices (considerando los indicadores *muy feliz*, *bastante feliz* y *feliz*) corresponde al grupo de 60 años y más, el más alto al de 12 a 17 años, pero hay un decremento sostenido especialmente para los indicadores de *muy feliz* y *bastante feliz* asociado con la edad (menor felicidad extrema a mayor edad) y con el sexo (más evidente en las mujeres). También estos dos indicadores fueron seleccionados por porcentajes menores, en todos los grupos de edad, por las personas en situación de pobreza comparadas con aquellas que no presentan tal situación.

Ahora bien, la dominante apreciación de buena salud mental podría explicarse por su consistencia con las expresiones con las cuales se le asocia, dado que esta privilegia necesidades básicas individuales y la posibilidad de mantenerse animado a pesar de las dificultades; es decir, estaría más vinculada con conductas de sobrevivencia, lo que en un contexto real de precariedad y de violencias indiscriminadas para una buena parte de la población, mantenerse vivo día a día constituye una meta a lograr. Tendría que anotarse también, con respecto a estas formas de concebir la salud mental, el énfasis que versiones imperantes acerca de la salud o el bienestar depositan en el descanso, el ejercicio, la alimentación y la evitación del estrés o la incomodidad. Pero todas distarían de la definición planteada en la Ley 1616 de 2013, en cuanto esta asocia la salud mental con el despliegue de recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana.

En este mismo orden de ideas, puede analizarse el sentimiento de felicidad, que si bien globalmente es compartido por todos los encuestados, desciende en sus indicadores favorables extremos con el incremento la edad y con el género, y se distribuyen diferencialmente en todas las edades para las personas en situación de pobreza, dando cuenta de algún efecto generado por el transcurrir vital y por la inequidad.

En cuanto a las relaciones con los demás y el entorno, las de los adultos con los niños son descritas como muy buenas, pero así mismo se encuentran diferencias por menores porcentajes en el indicador más favorable para las personas en situación de pobreza, también para algunas de las conductas vinculadas con el cuidado: hablar con los niños, contarles cuentos. Estos comportamientos aumentan con la edad de los cuidadores y, manteniendo diferencias por sexo, son compartidas por porcentajes importantes de hombres. Aunque más de una cuarta parte de los cuidadores admite que ante los problemas con el niño tienden a actuar reactivamente.

Si bien no son comparables, vale la pena señalar que la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, se refiere a las actividades de jugar (89%), pasear (78%), cantar (74%) y leer cuentos (38%) de los cuidadores de los niños y las niñas (diferentes a los padres o madres) en sus tiempos libres (53).

Las relaciones de los adultos con los demás y con el medio son consideradas una fuente muy importante de satisfacción para la casi totalidad de los encuestados, especialmente las interacciones con la familia, que ocupan el primer lugar para los adolescentes; para los otros grupos lo obtienen la pareja o los compañeros de estudio o trabajo; en todos los casos son los vecinos la fuente más restringida de satisfacción. En Bogotá se presentan los porcentajes más bajos de agrado en las relaciones y en la región Atlántica los más altos. El ítem de *muy satisfecho* arroja diferencias para todas las relaciones cuestionadas, con porcentajes menores en las personas de 12 y más años en situación de pobreza, también para los de 18 y más años de las áreas rurales.

Con respecto al país, se obtienen en todos los grupos porcentajes parecidos indicando que más del 80% de las personas se considera entre *muy satisfecho* y *satisfecho*. Frente al indicador de *muy satisfecho* se repiten aquí disparidades como las mencionadas antes para la situación de pobreza y el área rural,

El análisis de los datos relativos a la autopercepción resulta iluminador para comprender los alcances de las perspectivas anteriores, así:

Se encuentran en este aspecto altos puntajes para ciertas conductas deseables, algunas similares a las del análisis secundario del Estudio Nacional de 1993, que señaló: *gusto por lo que hace* (80%), *disfrute de lo cotidiano* (82%), *agrado por la vida* (92%) (9). En la ENSM, las respuestas a *la vida es agradable, a pesar de tener tristezas y dificultades* es de 95,5% en el menor de los casos a *disfruto las cosas de todos los días* 94,7% (menor porcentaje). Afirmaciones que van en el mismo sentido anotado de la valoración de la salud mental y del sentimiento de felicidad. Sin embargo, ciertos señalamientos en otros resultados son necesarios.

Por ejemplo, un alto número de personas elige las afirmaciones siguientes (mayor y menor porcentajes): *Me siento igual de contento cuando recibo ayuda de los demás, que cuando les ofrezco mi ayuda* (90,6% de 45 y más años-88,5% de 12 a 17 años). *Cuando estoy en dificultades pido ayuda* (91,6% de 12 a 17-87,9% de 45 y más). *Me duele cuando alguien sufre y trato de ayudarlo* (94,2% 95,1% de 45 y más-90,0% de 12 a 17).

Pero, así mismo, son seleccionadas aseveraciones contrarias: *Pienso que cada cual tiene que solucionar sus propios problemas* (66,6% de 45 y más-59,1% de 18 a 44). *La gente puede hacer lo que quiera, pero yo solo me relaciono con gente parecida a mí* (49,0% de 45 y más-35,9% de 18 a 44). *Las únicas personas que me interesan son las de mi familia* (37,2% de 12 a 17-27,3% de 18 a 44)

O del tipo de *Cuando las cosas se ponen feas o tristes, prefiero hacer lo que sea para olvidarlas* (84,2% de 45 y más-78,6% de 18 a 44). *La vida me ha vuelto tan duro que a mí ya no me duele nada* (27,7% de 45 y más-16,1% de 12 a 17).

Aunada a la plausible afirmación de *No siempre se puede lograr lo que se busca, pero vale la pena intentarlo* (98,1% de 45 y más-97,8% de 12 a 17 y de 18 a 44), aparecen las de: *Si no logro lo que quiero, insisto. No importa el precio* (80,3% de 12 a 17-78,3% de 18 a 44), o *uno debe resignarse y aceptar las cosas como vienen* (66,6% de 12 a 17-55,0% de 18 a 44).

Así mismo, la mayoría de los encuestados elige para auto-definirse: *Prefiero pensar las cosas antes de actuar* (96,3% de 45 y más-92,0% de 18 a 44 años), pero un poco más de la cuarta parte de los padres y cuidadores aseveraba reaccionar *sin pensar* cuando tenían dificultades con el niño; así mismo, hasta un 30% de los encuestados de 12 a 17 años, sostiene estar dispuesto a pelear si alguien lo reta. Aunque la convivencia social, es la primera asociación que los entrevistados hacen con la paz.

Una primera explicación de la situación global delineada es la de un esfuerzo por responder “pensando con el deseo” para adecuarse a las características esperadas y deseables en las interacciones con los otros, alternativa que puede actuar también para acomodarse ante las realidades difíciles. Pero, esas representaciones ideales se resquebrajan por distintas vías, la primera con los intentos por transformar la situación y obtener lo que se pretende sin importar las consecuencias y a todo costo; la segunda, inmovilizando las posibilidades de cambiar el pensamiento y la acción, estableciendo una distancia emocional a través de la resignación, el olvido y la indiferencia. El desconocimiento de estas fracturas limita el examen crítico de las posibilidades y limitaciones propias, y de las transformaciones individuales y colectivas requeridas.

Una comprensión desde otros enfoques de lo planteado lo ofrecen las discusiones relativas a la cognición social y a los apoyos y el capital social, que aparecen enseguida.

2.3.1.1. Cognición social y reconocimiento de los otros

Las neurociencias sociales han logrado importantes avances en el estudio de la neurobiología del cerebro social (8-11). Se inicia a investigar su contribución a la psiquiatría (13,19) y se mantiene aún en espera el estudio en condiciones ambiguas: alteraciones de posibles cambios del comportamiento social que afectan la salud mental, aun cuando dichos cambios, en ocasiones graves, no son enfermedades mentales.

La cognición social (CS) incluye varios dominios cognitivos como la comprensión de las emociones propias y de otros, cómo se toman decisiones, qué lleva a otro poder asumir y entender estados emocionales e intenciones de otros o teoría de la mente (*ToM*). Incluye, adicionalmente, la empatía, los juicios morales y las normas sociales en contextos particulares, entre otros. Su demanda el uso de instrumentos complejos y observaciones clínicas cuidadosas que, en el trabajo clínico, permiten tempranas intervenciones y diagnósticos diferenciales oportunos. Para hacer más sencillo su evaluación para la ENSM 2015 se añade de manera abreviada una valoración que destaca:

En primer lugar, en relación con algunas funciones que facilitan poner en marcha el pensamiento, aquí descritas como ejecutivas, se concluye que siendo un área de cognición compleja, solo ciertas categorías estudiadas se afectan, dadas las condiciones educativas y de pobreza. En particular, recordar inmediatamente una información motora e inhibir

conductas motoras automáticas parece ser mejor en las personas con mayor escolaridad y en las que no están en condición de pobreza. En segundo lugar, los resultados asociados a la conceptualización y la autonomía para detener respuestas automáticas, funciones verbales, parecieran también relacionarse con la educación y pobreza. Finalmente, lo que corresponde a las funciones complejas ejecutivas, la conceptualización también parece relacionarse con la educación y situación de pobreza.

En relación con la empatía, por lo expuesto, alrededor de los resultados de los juicios morales, la preocupación empática y los castigos hipotéticos asociados a las acciones accidentales o intencionales, llama la atención aquellos que piensan cómo una acción accidental puede ser catalogada como intencional, que quien la realiza es malo y merece castigo, es necesario considerar que situaciones influyen en estas interpretaciones, que pudieran llegar a ser tendencias culturales donde hay una significativa dificultad para contextualizar las intenciones que deberían generar respuestas empáticas particulares.

Por último, el reconocimiento facial de distintas emociones primarias, ponen en evidencia la mayor dificultad en el reconocimiento del miedo, asco y tristeza. Mientras que la alegría puede reconocerse sin aparentes dificultades en todos los grupos, y considerando todas las variables, parecería que la sorpresa y los rostros neutros son mejor reconocidos. En relación con mayor escolaridad y no estar en condición de pobreza y habría que investigar si hay algún tipo de diferencia para las emociones negativas. En relación con estas condiciones.

2.3.1.2. Apoyos, familia y capital social

En este acápite se enfatizó en la búsqueda de información acerca de la categoría *social-colectiva*, teniendo en cuenta el contexto y las interacciones en término de emergencia de principios igualitarios, de consenso que no elimina la pluralidad y la posibilidad de inclusión, pero que construye formas de pertenencia y sentido para todos los que forman parte de este proceso.

La certeza de contar con apoyo en caso de dificultades o problemas exhibe diferencias importantes en relación con la edad, de 12 a 17 años: *siempre* (36,0%), *casi siempre* (18,1%), *algunas veces* (37,0%); de 18 a 44 años: *siempre* (26,7%), *casi siempre* (14,9%), *algunas veces* (44,7%); de 45 a 59: *siempre* (26,3%), *casi siempre* (14,7%), *algunas veces* (42,9%); y de 60 y más: *siempre* (26,4%), *casi siempre* (12,7%), *algunas veces*

(38,8%). Debe señalarse que dentro de esta categoría, el apoyo ocasional (*algunas veces*), arroja porcentajes destacados, es previsto desde por un 33,8% de las mujeres entre 12 y 17 años, hasta por un 46,2% de las mujeres entre 18 y 44 años.

Resulta de especial atención, la respuesta de *nunca* encontrar soporte en tales situaciones, esta se hace mayor con la edad, siendo escogida por el 22,0% de 60 años y más (26,9% en Bogotá, e incluso ante *gastos imprevistos o catástrofes*: 25,4%). Esto supone que el soporte no siempre es accesible cuando se requiere y, en algunos casos, no ocurre en ninguna circunstancia, especialmente para los adultos mayores, señalando que se ha asociado el apoyo social percibido y el bienestar psicológico; también con una afectación diferencial del mismo, según presencia o ausencia, en la salud de los individuos (45).

En todos los grupos la fuente primera de ayuda es la familia, de la cual se obtiene también, como se anotó antes, la satisfacción mayor en las relaciones, particularmente en el grupo de 12 a 17 años. Esto refuerza su papel de promotora de salud mental, pero no puede desconocerse, así mismo, su potencial de generadora de dificultades, por cuanto los datos muestran algún grado de disfunción familiar con incremento en función de la edad: 31,1% de 12 a 17 años; 33,8% de 18 a 44 años, y 34,1% de 45 y más años. Así mismo, la disfunción familiar moderada y severa, como grupo, aumentan de un 11,2% (12 a 18 años), a un 14,5% (18-44 años) y 16,3% (45 y más), anotando que a mayor escolaridad de los encuestados de 18 años y más, se asocia menos disfunción familiar. Las solicitudes de ayuda contemplan posteriormente a los amigos, pareja, vecinos y compañeros de trabajo.

Estos datos, por los instrumentos utilizados y otras razones, no son directamente comparables con los del Estudio Nacional de Salud Mental de 1993; por lo tanto, solo se anota que encontró *mucho apoyo* de jefes o maestros 43,9%; de compañeros de trabajo y de amigos, 38%; de vecinos, 23%. (8) De la misma forma puede citarse lo obtenido por el Estudio Nacional de Salud Mental de los Adolescentes, que destacó la excelente cohesión familiar, y la valoración de excelente y muy buena que hizo el 52,7% y, la de *buen*, del 30,9%. (12). En tanto que en la investigación nacional de 1997 se planteó la desintegración familiar como un factor de riesgo para problemas y trastornos mentales.

Tampoco es factible contrastar el 63,7% de los jóvenes de 12 a 17 años que considera importante la religión con el 78% de este último estudio (12). En 1997, interpretados a la luz de factores de riesgo específicos, deterioro de las relacio-

nes de apoyo social, marcada insatisfacción por la situación del país (52). El haber analizado en el estudio nacional de 2003, vinculado con cada una de las patologías, el auxilio de familiares y amigos y la incidencia de la religión en las decisiones, constituye otro impedimento para la contrastación con los resultados actuales (10). En la ENSM, la estimación significativa de la religión se incrementa con la edad y lo es más para las mujeres en todos los grupos etarios.

Mucho más de la mitad de las personas encuestadas no participa en grupos, los que menos lo hacen son los adultos de 18 a 44 años (65,3%), y las mujeres de 12 a 17 y de 18 a 44 años. La conducta de concurrencia tiende a hacerse más frecuente con el incremento de los grados de escolaridad. Resultados similares se encuentran para la participación frecuente en beneficio de la comunidad, con el menor porcentaje 39,5% en el grupo de 12 a 17 años y el mayor 43,7% en el de 60 y más. Y son las personas de este grupo de edad las que más confían en sus vecinos (66,8%); por regiones para todos los grupos de edad, es en la Atlántica donde los porcentajes de confianza son mayores: 81,3% en el de 60 y más años, y de 68,2% en el grupo de 18 a 44. Pero son los de 12 a 17 años quienes menos confiarían en que les devuelvan la billetera si la pierden fuera de la casa (27,6%).

Estos datos guardan consistencia con las evaluaciones globales del capital social colombiano (1997, 2005 y 2011), estableciendo su disminución entre 2005 y 2011, debida primordialmente, al descenso en la cooperación, en la solidaridad, en la confianza interpersonal. Esto supone un desmedro de los aportes entre vecinos y en la participación en organizaciones voluntarias. Da cuenta de una sociedad civil debilitada, que va perdiendo el sentido comunitario a merced de la necesidad individual de logro (40).

Lo anterior debe analizarse a la luz de las afirmaciones acerca de la contribución de las organizaciones de vecinos en la mejoría de la calidad de vida, de la salud mental y el acceso a oportunidades en tiempos de crisis (44), y de la función del capital social para lograr cohesión colectiva traducida en fuertes lazos sociales, confianza y reciprocidad (50).

En ese marco se inscribe el hecho de que 14,8% de los niños, según sus padres o cuidadores, ha sido discriminado primordialmente en la escuela. Lo ha sido también un 12,1% entre 12 y 17 años, un 19,8% del grupo de 18 a 44 años, 21,3% para las personas de 45 a 59 años y 14,6% los de 60 años y más. La condición socioeconómica, la discapacidad física o mental (no psiquiátrica) y la edad son algunas de las razones

para explicar la exclusión. En todos los grupos de edad son las mujeres las más discriminadas.

A su vez, las personas que más rechazan los encuestados son en su orden: las *adictas a drogas o alcohol* (el mayor porcentaje 65,9%, en el grupo de 12 a 17 años); *desmovilizadas de grupos armados* (el mayor porcentaje 22,2% en el grupo de 18 a 44 años); con *enfermedades infectocontagiosas* (20,7% del grupo de 12 a 17 años); y con *trastornos mentales* (el mayor porcentaje 17,6% en los adultos de 18 años y más). Todas las cuales constituyen poblaciones de interés en el campo de la salud mental.

En resumen, estos resultados contrastan con el PDSP, en cuanto la dimensión de salud mental la refiere a la convivencia, las relaciones interpersonales respetuosas, equitativas y solidarias, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia, la participación en el logro de acuerdos, el ejercicio de los derechos humanos que buscan el bien común, el desarrollo humano y social (5).

2.3.2. Salud mental y sufrimiento emocional

La discusión en este tema se concentra en los resultados vinculados con situaciones o eventos vitales estresantes, perturbadores, críticos, en todo caso, generadores de tensión y sufrimiento emocional, tanto en el momento vital actual (últimos 12 meses) como durante la infancia de los adolescentes y adultos encuestados; así mismo, en el marco de una experiencia individual o colectiva, asociada o no con la intención directa de daño.

2.3.2.1. Eventos críticos y curso de vida

2.3.2.1.1. Eventos críticos actuales

Solo un poco más de la mitad de los niños entre 7 y 11 años vive con sus padres biológicos; esta proporción es menor en las regiones Pacífica, Central y Bogotá, mayor en la Atlántica y Oriental. Así mismo, un poco más de la mitad de los hogares en los que crecen estos niños se encuentra en situación de pobreza.

Es el padre biológico la figura ausente, para las dos terceras partes de aquellos niños que no conviven con los dos progenitores, la madre lo es en menos de la tercera parte. También es mucho mayor el porcentaje de las madres que mantiene comunicación con los hijos sin convivir con ellos, que el de los padres que lo hace; y el de las que aportan a los gastos del niño en contraste con los padres. Estos compor-

tamientos, para ambas figuras se diferencian, así mismo, por regiones (porcentajes más bajos en la Atlántica y más altos en la Pacífica), y por situación de pobreza (porcentajes más bajos para ambos padres en condición de pobreza de los que no lo están, padres 43,6% frente 61,7%; madres 74,7% y 80,9%). Es importante señalar que un 31,0% de estos niños ha contado con un padre o madre sustituta.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) expone una situación similar al anotar que 56,1% de los niños menores de 15 años vive con ambos padres, 32,3% solamente con la madre, 3,1% con el padre y 7,1% con ninguno de los dos. 4,4% de los niños son huérfanos y el 7,1% de crianza (89).

Dos aspectos resultan de especial relevancia al analizar esos datos: el primero el hecho de que un poco menos de la mitad de los niños conviva con ambos padres, y aunque debe reconocerse el papel sucedáneo de otros adultos, no puede obviarse el desapego a las funciones de comunicación y soporte de los padres biológicos ausentes del hogar, con más peso esta anotación para los hombres. El segundo, es que la presencia de ambos progenitores coincide, también para la mitad de los niños, con situaciones de pobreza. Por tanto, se estarían planteando carencias afectivas y económicas para la población infantil, (señaladas ya por diversos estudios), pero cuyo impacto global en el curso de vida debe ser considerado.

Las personas de 12 años y mayores comparten entre los sucesos generadores de sufrimiento y tensión emocional más frecuentes, en el último año, los relacionados con enfermedad o muerte de alguien muy cercano, y con una modificación vital significativa. Las de 12 a 44, un problema familiar grave, los de 18 a 45 años dificultades económicas seria, y los de 12 a 17 y de 45 y más un inconveniente de salud o un accidente.

2.3.2.1.2. Eventos críticos sufridos en la infancia

En cuanto a eventos críticos ocurridos antes de los 12 años, el reporte de la muerte de alguno de los padres o una persona muy cercana obtiene un porcentaje más alto que el de las situaciones actuales, a pesar de que la afirmación en ese caso incluía la enfermedad de algunas de esas personas. Son también mayores los porcentajes de quienes aceptaron haber tenido un menoscabo en su salud o un accidente.

Haber vivido con ambos padres en su infancia (antes de los 12 años) es una proporción que se incrementa con la edad de los encuestados (54,4% de 12 a 17 años; 59,5% de 18 a 44 años; 62,7% de 45 y más años).

En todas las conductas de los padres o adultos cercanos, referidas a limitaciones en la expresión afectiva, en el cuidado, en la posibilidad de jugar, o de maltrato, delegación de responsabilidades no concordantes con la edad, o condiciones de precariedad, permiten observar diferencias asociadas con la edad, ya que son mucho más frecuentes en el grupo de 45 años y más que en el de 18 a 44, y más infrecuentes aún en los 12 a 17 años.

Algunas de esas varían además con el género, siendo más común para las mujeres el responder por el cuidado de hermanos y parientes, y en los hombres el apoyo a la familia derivado de su trabajo. Igualmente, la situación de pobreza incide en diversas restricciones, por ejemplo, en el acceso a los alimentos.

Las circunstancias descritas apuntan todas a la reiterada violación de los derechos de los niños, colocándolos en posición de gran vulnerabilidad, no necesariamente en términos del desarrollo de problemas o trastornos mentales, sino de sus modalidades de relación con los demás y con el entorno.

Si bien persisten las situaciones descritas para un porcentaje de la población, los datos obtenidos permiten inferir, también, modificaciones en las pautas de crianza, en el sentido de mayor cuidado de los niños, de favorecer su desarrollo psicológico y social, y de evitar condiciones adversas, vinculado seguramente con transformaciones en las condiciones globales de vida y del contexto y de las representaciones sociales, que lo facilitan, en contraste con las de décadas pasadas en las cuales vivieron su infancia las personas mayores.

2.3.2.2. Violencias

Este análisis de las violencias como parte de la salud mental tiene importantes fortalezas. Se indagó sobre la exposición a diferentes eventos violentos tanto interpersonales como colectivos, intrafamiliares, sociales, políticos y económicos. Dentro de la violencia intrafamiliar se evaluaron los eventos de violencia física, psicológica, sexual y de negligencia de forma independiente. Así mismo, se encuestó las personas sobre creencias y actitudes personales sobre la violencia, dado que las violencias tienen un importante componente de construcción social. A los cuidadores de niños entre los 7 y los 11 años se les preguntó, además sobre los comportamientos violentos que exhibían los niños tanto en la escuela como en sus hogares.

En cuanto a los resultados encontrados es importante mencionar que los tipos de violencias más experimentados por la población general son las relacionadas con el desplazamiento forzoso y la delincuencia común. Adicionalmente, en la actualidad un porcentaje muy alto de la población colombiana de todas las edades ha sufrido desplazamiento forzado por cualquier tipo de violencia, siendo este porcentaje uno de los más altos a nivel mundial. Paradójicamente, estas altas tasas de exposición a eventos violentos pueden estar relacionadas con el hecho de que la violencia sea aceptada por casi un cuarto de la población nacional como método de crianza o mediación de problemas. Es posible también que esta alta tolerancia hacia la violencia como método de crianza pueda estar relacionada con el bajo reporte de violencia intrafamiliar en los adultos mayores de 18 años al compararlo con la literatura internacional.

2.4. Conclusiones

2.4.1. Generales del componente de salud mental

La inclusión de este componente en la ENSM-2015 permitió recabar información y analizarla desde la óptica de lo saludable, 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.

La identificación de la necesidad de realizar nuevas investigaciones que permitan un análisis más minucioso de los resultados que aquí se han puntualizado y que llamaron la atención, que faciliten una comprensión más profunda y compleja de la que permite una encuesta poblacional.

La determinación de una brecha clara, que demarca un camino para la promoción de la salud mental, entre las realidades abordadas y las intenciones de convivencia social del PDSP, y de la Ley 1616 de 2013. El reconocimiento del efecto de lo social en la salud mental a través de la exploración de sus determinaciones, destacando diferencias de generación, género, condiciones socioeconómicas y de los contextos socioculturales.

2.4.1.1. Específicas acerca de los temas considerados

2.4.1.1.1. Estar bien individual y colectivo, asunto de relaciones

La vinculación mayoritaria de la salud mental con la satisfacción de necesidades individuales, particularmente de tipo corporal y con una dimensión temporal en la inmediatez, apuntando a conductas de sobrevivencia, podría estar en consistencia con el predominio de los altos porcentajes de respuestas que esbozan un panorama positivo en este campo: autovaloración muy favorable de la salud mental de los niños y de la propia, sentimiento global común de felicidad, armonía con los niños descrita por los cuidadores y satisfacción generalizada en las relaciones con los demás, particularmente con la familia, la pareja, amigos y compañeros, aunque son los vecinos una fuente menor de complacencia. Estas respuestas parecen afectarse por la edad, el género y la situación de pobreza, dando cuenta del efecto del transcurrir vital y de la inequidad, en la reducción de las apreciaciones anotadas.

En el mismo sentido, porcentajes altos de las personas encuestadas ofrecen una autopercepción deseable: aprecian la vida a pesar de las dificultades, piensan antes de actuar, disfrutan de lo cotidiano, ayudan a los que sufren, gozan igualmente de dar o recibir ayuda, pero esas representaciones ideales muestran fisuras al elegir, a la par, respuestas de obtener lo que se pretende sin importar las consecuencias y a todo costo; o vinculadas con la anulación de los sentimientos, la desconfianza y la distancia emocional.

A manera de comprensiones iniciales, puede plantearse que todo esto se debe a la necesidad general de ajustarse, de dar respuestas que se acomoden a lo esperado, a la forma de decirse o repeticiones automáticas de lo que se supone o se espera como formas de vivir y que facilitan acomodarse a ciertas situaciones. Puede hablarse, así mismo, de una limitación del examen crítico de las posibilidades y limitaciones propias, y por ende de las modificaciones individuales y sociales requeridas, favoreciendo la inmovilidad.

Pero cabe la hipótesis de que en principio se está hablando de una salud mental que se ancla en la sobrevivencia biológica de hoy, relegando el interés por asuntos de tipo simbólico, cultural, social, ambiental, por valores o consideración de los otros y, en este sentido, interrogaría las formas de producción de sociedades que se centran en la subsistencia, sobre todo cuando las condiciones de la mayoría son precarias.

En resumen, los resultados aparentemente favorables acerca de la salud mental, si bien son similares a los de otras encuestas que han indagado sobre bienestar y felicidad de los colombianos, deben mirarse con cuidado, y dan lugar a más preguntas al contrastarlos con otros aspectos indagados en el componente, como se aprecia a continuación.

2.4.1.1.2. Cognición social y reconocimiento de los otros

La capacidad de responder en las funciones ejecutivas evaluadas se presenta diferente en relación con la edad y situación de pobreza donde el mejor desempeño lo tiene el grupo etario más joven que no se encuentra en esta condición y el peor las personas del grupo etario mayor que se encuentran en condición de pobreza. En las series motoras para las personas entre 18 y 44 años que no están en condición de pobreza el 69,2 % (IC95 %: 65,8-72,5) obtienen el mejor puntaje y para las personas de 45 años en adelante en situación de pobreza solo el 28,7 % (IC95 %: 20,9-37,9) tienen el mejor puntaje. Se presenta el mismo fenómeno para las respuestas de instrucciones conflictivas donde el 81,6 % (IC95 %: 79,1-83,9) de las personas entre 18 y 44 años no pobres tienen el mejor puntaje, mientras que para las personas pobres de 45 años en adelante en situación de pobreza solo el 48,1 % (IC95 %: 37,7-58,7) tienen el mejor puntaje. E igualmente pasa para el control inhibitorio motor donde el 76,4 % (IC95 %: 73,6-79) de las personas entre 18 y 44 años que no están en situación de pobreza tienen el mejor puntaje, mientras el 36,4 % (IC95 %: 27,3-46,6) de las personas de 45 años en adelante en situación de pobreza tienen el mayor. La misma tendencia se observa para estas tres funciones según el grado de escolaridad, donde el mayor puntaje lo obtienen las personas más jóvenes que han completado estudios universitarios y el menor las personas del grupo etario mayor que no tienen ninguna escolaridad o han alcanzado primaria.

También tiende a haber una diferencia en la capacidad de abstracción en las personas con mayor escolaridad, donde el 64,5 % (IC95 %: 53,5-74,2) de las personas entre 18 y 44 años que han completado estudios universitarios lo hacen mientras el 38,5 % (IC95 %: 33,7-43,6) de las personas de 45 años en adelante que máximo han terminado la primaria. Ello parece estar también relacionada en el mismo sentido en las personas que no están y están en condición de pobreza.

En el ejercicio de memoria de trabajo se encuentra la misma tendencia a un mejor resultado en las personas más jóvenes que han completado estudios universitarios (66%; IC95 %: 55,7-75) comparado con las personas mayores que tienen la menor escolaridad (24,6%; IC95 %: 20,6-29,1).

En relación con la empatía el 75,1% (IC95 %: 73-77,1) de la población colombiana de 18 años en adelante reconocen una acción en la que hay intención de dañar como tal, el 64,4% (IC95 %: 62-66,7) reconoce una accidental y el 73,2% (IC95 %: 71,1-75,3) de las neutras cómo corresponden. Al considerar que tan mala es la persona que comete la acción, en la intencional más del 70% la consideran muy o moderadamente mala (58,3%; IC95 %: 55,2-61,3 y 19,8%; IC95 %: 17,3-22,5, respectivamente), y en la secuencia accidental llama la atención que un poco más del 40% consideran muy o moderadamente mala a la persona que la comete (21,8%; IC95 %: 19,2-24,5 y 22,6%; IC95 %: 19,9-25,4 respectivamente). Y en relación con el castigo que debieran recibir según la acción, para la accidental más de la mitad de las personas consideran que no debiera recibir nada o poco (37,2%; IC95 %: 34-40,6 y 20,7%; IC95 %: 18,1-23,6 respectivamente) y para la acción de daño intencional más de la mitad consideran que debe recibir mucho o un castigo moderado (42%; IC95 %: 39-45,1 y 36,3%; IC95 %: 33,3-39,4, respectivamente).

Los resultados vinculados al reconocimiento de emociones muestran que es más sencillo identificar ciertas emociones; el 91,5% (IC95 %: 89,6-93) de la población puede identificar la emoción de alegría; un 65,9% (IC95 %: 63,6-68,1) identifica rostros neutros o ninguna emoción y un 55,2% (IC95 %: 52,7-57,7) la emoción de sorpresa. Sin embargo, en las emociones negativas, solo el 19,7% (IC95 %: 17,7-21,8) reconoce los rostros de miedo, el 21,8% (IC95 %: 19,8-23,8) de asco y 27,4% (IC95 %: 25,3-29,5) de tristeza. Hay una tendencia a un mejor reconocimiento del primer grupo de emociones según la escolaridad y no pobreza; sin embargo, no es posible establecer algún tipo para las emociones negativas según estas condiciones dado que los datos son imprecisos.

Valorar los aspectos de CS en una encuesta poblacional resulta una tarea novedosa en el campo de la salud mental, más aún en una encuesta poblacional de esta magnitud. Más allá de la necesidad de profundizar variables que expliquen algunos de los resultados detallados, se resaltan los complejos dominios cognitivos aquí afrontados, que aproximan hipótesis generales contextuales en relación con el comportamiento social en el país.

2.4.1.1.3. *Apoyos de la familia y capital social*

El apoyo social ante dificultades o problemas se presume en menor proporción en la medida en que se avanza en edad, anotando que el ítem de *algunas veces* es seleccionado por porcentajes importantes de los encuestados y, que el de *nunca*, se hace mayor con la edad, siendo escogido hasta por el 22,0% (IC95 %: 19,4-24,9) de 60 años y más (26,1%; IC95 %: 18,3-35,7, en Bogotá, e incluso ante *gastos imprevisto o catástrofes*: 25,4%, IC: 17,1-36,1).

La fuente primera de ayuda es la familia, luego los amigos, la pareja, vecinos y compañeros de trabajo. Se reitera así la función del soporte familiar, destacado antes por la satisfacción en las relaciones de parentesco, pero a la par surgen indicios de elementos perturbadores, al observar algún grado de disfunción familiar con incremento en función de la edad. Así mismo, la disfunción familiar moderada y severa, como grupo, aumentan de un 11,2% (12 a 18 años), a un 14,5% (18-44 años) y 16,3% (45 y más). A mayor escolaridad de los encuestados de 18 años y más, se asocia menos disfunción familiar.

Es limitada la participación en grupos (no participa 53,7%; IC95 %: 50,4-57,0, de las personas de 12 a 17 años; 65,3%; IC95 %: 63,4-67,2 de las de 18 a 44 años; 60,5% IC95 %: 57,5-63,4 de las de 45 a 59 años, y 60,0%; IC95 %: 56,6-63,2, de las de 60 y más), o en actividades de beneficio comunitario (39,5% de 12 a 17 años; 39,6% de 18 a 44; 43,6% de 45 a 59, y 43,7% de 60 y más). Las personas en condición de pobreza de todas las edades participan menos aún que quienes no se encuentran en esa condición. Es igualmente escasa la confianza en los vecinos que va de 49,9% (IC95 %: 47,9-51,9) (18 a 44 años) a 66,8% (IC95 %: 63,4-70,1) (60 años y más), pero las proporciones de cordialidad aumentan en condición de pobreza. Resultados que dan cuenta de una restricción global de la solidaridad, la cooperación y el sentido comunitario, por ende de la cohesión social.

Hasta un 14,8% de los niños de 7 a 11 años, y un 21,3% de las personas de 45 a 59 años se han sentido discriminadas, siendo las mujeres las que perciben mayor exclusión. La segregación se da en orden decreciente, en la familia, el trabajo y la calle, asociándola con la edad, la condición socioeconómica y de discapacidad. Esta conducta es admitida frente a personas con *problemas de adicción a drogas o alcohol* hasta por un 65,9% (IC95 %: 62,7-69,0) del grupo de adolescentes, y que cobija, aunque con porcentajes menores, a desmovilizados de los grupos armados, personas con patología infecciosas, y con trastorno mental.

2.4.1.1.4. *Eventos críticos y curso vital*

Dentro de las situaciones actuales, 51,5 % de los niños entre los 7 y 11 años vive con sus padres biológicos (la mitad en hogares en condición de pobreza); cuando alguno de ellos está ausente, en el 59,8 % de las veces es el padre biológico; en el 27,4 %, la madre biológica, y en el 12,4 % ambos padres. El 31,0 % de estos niños ha contado con figuras sustitutas. La comunicación con el niño y el aporte para su sostenimiento es menor en los hombres que en las mujeres, y a su vez decrece con la situación de pobreza. Se perciben así carencias afectivas y económicas para la población infantil, cuyo impacto negativo debe ser considerado.

Para los de 12 años y más, los sucesos provocadores de sufrimiento emocional en los últimos 12 meses, han estado ligados con la enfermedad o muerte de alguien muy cercano, una modificación vital significativa, un problema familiar grave, dificultades económicas serias, y un inconveniente de salud o un accidente.

Los eventos críticos acaecidos antes de los 12 años de edad de los encuestados, relacionados con limitaciones por parte de los adultos en la expresión afectiva, en el cuidado, en la posibilidad de jugar o de maltrato, delegación de responsabilidades no concordantes con la edad, o condiciones de precariedad, arrojan diferencias asociadas con la edad, ya que son mucho más frecuentes en el grupo de 45 años y más que en el de 18 a 44, y más infrecuentes aún en los 12 a 17 años. Estas situaciones, que inciden en las posteriores modalidades de relación con los demás y con el entorno, parecen ser hoy menos frecuentes dados algunos cambios en los patrones de crianza, en las representaciones sociales de la infancia y en las condiciones globales de vida y del contexto.

2.4.1.1.5. *Violencias*

En relación con experiencias relacionadas con la violencia que experimentan más frecuentemente los adultos (población mayor de 18 años) a nivel nacional son el desplazamiento forzoso. El 13,7 % (IC95 %: 10,6-17,4) de la población infantil entre 7 y 11 años, el 18,3 % (IC95 %: 14,9-22,4) de los jóvenes entre 12 y 18 años y el 18,7 % (IC95 %: 17,1-20,4) de la población adulta entre 18 y 44 años ha sufrido desplazamiento forzado por algún tipo de violencia. Además, el 7,9 % (IC95 %: 7,1-8,7) de las que tienen entre 18 y 44 años y el 7,9 % (IC95 %: 7,1-8,9) de las de 45 años en adelante reportan eventos percibidos como traumáticos relacionados con el conflicto armado.

El 7,68 % (IC95 %: 6,93-8,51) de la población de 18 a 44 años y el 6,11 % (IC95 %: 5,38-6,93) de 45 en adelante han experimentado eventos consideren traumático de violencia intrafamiliar, y el 10,7 % (IC95 %: 9,8-11,6) de los de 18 a 44 años y el 10,4 % (IC95 %: 9,43-11,4) de 45 años en adelante reportan eventos de violencia organizada.

El 21,0 % (IC95 %: 19,8-22,2) de las personas de 18 a 44 años y el 20,3 % (IC95 %: 19-21,6) de la población de 45 años en adelante reportan haber experimentado algún tipo de violencia en el ámbito escolar, siendo en ambos casos mayor la frecuencia en hombres. El 17,8 % (IC95 %: 16,7-19) del grupo etario de menor edad y el 21 % (IC95 %: 19,7-22,4) de los de 45 presenciaron actos de violencia física entre los padres, el 12,9 % (IC95 %: 11,8-14,0) y fue víctima de agresión física por otros compañeros en la escuela; el 18,1 % (IC95 %: 17-19,2) de los adultos entre 18 y 44 años y el 12,5 % (IC95 %: 11,5-13,6) de los del grupo etario de mayor edad describen haber experimentado agresión física por parte de sus profesores durante su infancia; la retaliación o la violencia como métodos de crianza alcanza son aceptados por el 10,8 % (IC95 %: 9,9-11,7) y el 23,9 % (IC95 %: 22,7-25,2) de las personas menores y el 6,4 % (IC95 %: 5,6-7,2) y el 22,0 % (IC95 %: 20,7-23,4) de los de 45 años en adelante, mientras que el 4,0 % (IC95 %: 3,4-4,6) y el 4,7 % (IC95 %: 4,0-5,4) de los adultos en cada grupo etario acepta la violencia como método para obtener respeto o mediar problemas.

2.5. Recomendaciones

Las recomendaciones en este componente se orientan a reforzar y complementar objetivos, estrategias y acciones promocionales de la salud mental y la convivencia en la línea del PDSP y de la ley 1616 de 2013. Se encaminan a una transformación cultural de largo plazo con el concurso de todos haciendo válida la afirmación de que la salud mental es una tarea común.

Sin desconocer las necesidades derivadas de los problemas y trastornos mentales, se requiere un giro para brindarle un espacio efectivo conceptual y operativo a la salud mental, como una apuesta permanente que involucre a todos los agentes en su promoción, en la de los recursos psicosociales, el crecimiento emocional y ético de sujetos y colectivos, insistiendo en los vínculos recíprocos entre salud mental y derechos humanos.

Considerando que las formas de pensar inciden en la conformación de realidades e interacciones humanas, deben rea-

lizar propuestas contrastantes que hagan resistencia a las lógicas de exclusión, que promuevan un cambio hacia la consideración de los vínculos, del otro como semejante y digno de respeto basado en la valoración de las diferencias, con acento en el cuidado personal y colectivo.

La violencia es un asunto que le compete a la salud mental, no solo en la atención de sus víctimas, sino también en la prevención de esa conducta, requiere entonces de intervenciones dirigidas no solo a quienes la padecen o la han padecido, sino también a quienes las provocan, partiendo de develar la naturalización y aceptación social de la inequidad, la explotación y la discriminación.

En la misma línea: exposición pública permanente, en todos los ámbitos, de diversas posturas en el análisis de las situaciones cotidianas, subrayando su complejidad, para fomentar la crítica, la autocrítica y la reflexión ante las representaciones e imágenes estereotipadas, superando visiones parciales y prejuicios que impiden un acercamiento genuino a las realidades.

Esta primera aproximación al estudio de la cognición social sugiere la necesidad de profundizar en las variables posiblemente asociadas con los diferentes componentes de la empatía y las emociones. Solo con lo expuesto sería importante emprender acciones selectivas que faciliten reconocer, identificar y contextualizar situaciones emocionales, empáticas y punibles, entre estas, presentar contextualmente situaciones que a diario se interpretan de manera vertical (bueno, malo), pues la empatía y las emociones dependen de variables más complejas que trascienden las asociaciones sociodemográficas.

Por último, es imprescindible desarrollar, dentro de líneas de investigación claras derivadas de los hallazgos de la ENSM y otros, investigaciones nuevas y diversas que amplíen su comprensión y sustenten las intervenciones.

2.6. Acciones promocionales de la salud mental. Promoción de la salud mental, la convivencia ciudadana y la calidad de vida

Estas acciones se encaminan a una transformación cultural de largo plazo con el concurso de todos, haciendo válida la afirmación de que “la salud mental es una tarea común”. La contribución, primordial, del sector salud en esa tarea se concreta en las intervenciones individuales, familiares, sociales y comunitarias de promoción de la salud en todos los entornos, propuestas por el Modelo Integral de Atención en Salud y las

Rutas Integrales de Atención. Así mismo, en facilitar la participación intersectorial y de otros actores con propósitos comunes para el cumplimiento de las recomendaciones siguientes.

2.6.1. Estrategia: generación de espacio conceptual y operativo a la salud mental

- Brindar un espacio efectivo conceptual y operativo a la salud mental, como una apuesta permanente que involucre a todos los agentes en su promoción, en recursos psicosociales y en crecimiento emocional y ético de sujetos y colectivos. Se insiste en los vínculos recíprocos entre salud mental y derechos humanos.
- Incrementar los esfuerzos para la inclusión del componente de salud mental en todos los programas y acciones en salud; esto implica considerar aspectos emocionales, simbólicos, psicológicos y sociales, en la idea de un enfoque integral que trascienda el énfasis en los aspectos biológicos como fundamentos de la salud.
- Realizar promoción de la salud mental desde la niñez enfocando el tema del autocuidado, la autoestima y las habilidades para la vida (OMS).

2.6.2. Estrategia: salud mental con enfoque diferencial

Llevar a cabo, de manera continuada, a través de todas las formas de comunicación interpersonal o masiva, propuestas contrastantes que hagan resistencia a las lógicas de exclusión; que promuevan un cambio hacia la consideración de los vínculos y del otro como semejante y digno de respeto basado en la valoración de las diferencias, con acento en el cuidado personal y colectivo.

2.6.3. Estrategia: movilización social y comunitaria frente a las situaciones de violencia y riesgo

- Las violencias son asuntos que le competen a la salud mental, no solo en la atención de sus víctimas, sino también en la prevención de esas conductas. Se requieren intervenciones dirigidas no solo a quienes la padecen o la han padecido, sino a quienes las provocan, partiendo de develar la naturalización y la aceptación social de la inequidad, la explotación y la discriminación.

- La primera aproximación al estudio de la cognición social, realizada en la ENSM, sugiere la necesidad de profundizar en las variables posiblemente asociadas con los diferentes componentes de la empatía y las emociones. Solo con lo expuesto sería importante emprender:
 - Acciones selectivas que faciliten reconocer, identificar y contextualizar situaciones emocionales, empáticas y punibles. Entre estas presentar contextualmente situaciones que a diario se interpretan de manera vertical (bueno o malo), pues la empatía y las emociones dependen de variables más complejas que trascienden las asociaciones sociodemográficas.
 - En la misma línea, exposición pública permanente en todos los entornos y ámbitos de diversas posturas en

el análisis de las situaciones cotidianas, subrayando su complejidad, para fomentar la crítica, la autocrítica y la reflexión ante las representaciones e imágenes estereotipadas, que superen visiones parciales y prejuicios que impiden un acercamiento genuino a las realidades.

2.6.4. Estrategia: gestión del conocimiento en salud mental para la promoción de la salud mental

Es imprescindible desarrollar, dentro de líneas de investigación claras, derivadas de los resultados de la ENSM y otros, investigaciones novedosas y con diversos diseños que amplíen, y a la vez profundicen, la comprensión de esos hallazgos y sustenten las intervenciones y las particularicen en los territorios.

Referencias

1. República de Colombia. Ley 1616 de 2013 “Por medio de la cual se dicta la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones” [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 19]. Available from: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
2. Vaillant GE. Mental health. *Am J Psychiatry*. 2003 Aug;160(8):1373–84.
3. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 02358. Política Nacional de Salud Mental. 1998.
4. Asociación Colombiana de Psiquiatría, Comité de Políticas. Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento-Propuesta para Discusión y Acuerdos [Internet]. Kimpres; 2007. Available from: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/05/Pol%C3%ADtica-Nacional-del-Campo-de-la-Salud-Mental-versi%C3%B3n-final-2.pdf>
5. MSPS. Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021 [Internet]. Bogotá, Colombia; Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistema%20de%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Decenal%20De%20Salud%20P%C3%ABlica%20-%20PDSP%20Colombia%202012%20-%202021.pdf>
6. Parales Quenza CJ, Urrego Mendoza ZC, Herazo Acevedo E, González Camelo FD. Documento propuesta de ajuste de la política nacional de salud mental para Colombia 2014. Documento preliminar [Internet]. 2014. Available from: <http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/pls/portal/docs/1/5304073.PDF>
7. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004 Jun 2;291(21):2581–90.
8. Ministerio de Salud, Universidad CES. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Colombia, 1993 [Internet]. Carrera Séptima Ltda; 1994 p. 260. Available from: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf
9. Colombia. Ministerio de Salud, editor. A propósito de un análisis secundario de la encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Colombia 1993 división de comportamiento humano Ministerio de Salud. Bogotá: Ministerio de Salud;

10. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 [Internet]. Cali (Valle, Colombia: Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social; 2005. Available from: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacional-SM2003.pdf
11. Torres de Galvis Y, Posada Villa J. Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012. The who world mental health survey consortium. Medellín: Universidad CES ; Secretaría de Salud de Medellín; 2012.
12. Ministerio de la Protección Social. Situación de salud mental del adolescente, estudio nacional de salud mental en Colombia: the who world mental health survey consortium. Torres de Galvis Y, editor. Bogotá: Ministerio de la Protección Social : Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito : Universidad CES; 2010.
13. Torres de Galvis Y, Zapata Vanegas MA, Montoya Vélez LP, Garro Cossio GI, Hurtado Villegas G, Lía Valencia M. Segundo Estudio de Salud Mental del Adolescente Medellín-2009 [Internet]. 2009. Available from: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/11201434_SEGUNDO-ESTUDIO-DE-SALUD-MENTAL-DEL-ADOLESCENTE-MEDELLÍN---2009.pdf
14. Torres de Galvis Y, Osorio Gómez JJ, López Bustamante PL, Mejía R. Salud mental del adolescente Medellín 2006. Artes y Letras Ltda; 2007.
15. Medina Pérez Ó, Irida Serrano MF, Martínez Ardila G, Cardona Duque DV. Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia-Quindío. *Rev Virtual Univ Católica Norte*. 2012 May 31;1(36):247–61.
16. González Sepúlveda PC, Gómez Arias JM, Caicedo Buitrago LM, Gutiérrez DP, Medina-Pérez ÓA. Salud mental positiva en jóvenes escolarizados del municipio de Calarcá (Colombia). 2013 Dec 1 [cited 2015 Jun 12]; Available from: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/handle/123456789/149>
17. MSPS, Universidad de Antioquia. Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007. Tomo IV: Situación de salud de la infancia. 2010.
18. Gómez-Restrepo C, Rodríguez MN, Díaz N, Cano C, Tamayo N. Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013 Dec;42:65–70.
19. Maj M. Social neuroscience as an ideal basic science for psychiatry. *World Psychiatry*. 2014 Jun;13(2):105–6.
20. Meier M, Benton A, Diller L, editors. *Neuropsychological Rehabilitation*. New York: Guilford Press; 1987.
21. Fuster JM. Prefrontal neurons in networks of executive memory. *Brain Res Bull*. 2000 Jul 15;52(5):331–6.
22. Fuster JM, Bauer RH, Jervey JP. Functional interactions between inferotemporal and prefrontal cortex in a cognitive task. *Brain Res*. 1985 Mar 25;330(2):299–307.
23. Luria AR. *Higher Cortical Functions in Man*. Boston, MA: Springer US; 1995.
24. Eslinger PJ, Moore P, Anderson C, Grossman M. Social Cognition, Executive Functioning, and Neuroimaging Correlates of Empathic Deficits in Frontotemporal Dementia. *J Neuropsychiatry*. 2011 Feb;23(1):74–82.
25. Possin KL, Feigenbaum D, Rankin KP, Smith GE, Boxer AL, Wood K, et al. Dissociable executive functions in behavioral variant frontotemporal and Alzheimer dementias. *Neurology*. 2013 Jun;80(24):2180–5.
26. Ibáñez A, Kuljiš RO, Matallana D, Manes F. Bridging psychiatry and neurology through social neuroscience. *World Psychiatry*. 2014 Jun;13(2):148–9.

27. Adolphs R. The neurobiology of social cognition. *Curr Opin Neurobiol*. 2001;11(2):231–9.
28. Frith CD. Social cognition. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2008 Jun;363(1499):2033–9.
29. Dunbar RIM. The social brain hypothesis and its implications for social evolution. *Ann Hum Biol*. 2009 Jan;36(5):562–72.
30. Torralva T, Roca M, Gleichgerrcht E, López P, Manes F. INECO Frontal Screening (IFS): a brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *J Int Neuropsychol Soc JINS*. 2009 Sep;15(5):777–86.
31. Cacioppo JT, Cacioppo S, Dulawa S, Palmer AA. Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry. *World Psychiatry*. 2014 Jun;13(2):131–9.
32. Gleichgerrcht E, Torralva T, Roca M, Pose M, Manes F. The role of social cognition in moral judgment in frontotemporal dementia. *Soc Neurosci*. 2011 Mar;6(2):113–22.
33. Baez S, Manes F, Huepe D, Torralva T, Fiorentino N, Richter F, et al. Primary empathy deficits in frontotemporal dementia. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2014 Oct [cited 2015 Feb 17];6. Available from: <http://journal.frontiersin.org/journal/10.3389/fnagi.2014.00262/full>
34. Ihnen J, Antivilo A, Neira CM, Slachevsky A. Chilean version of the INECO Frontal Screening (IFS-Ch). Psychometric properties and diagnostic accuracy [Internet]. *Dementia & Neuropsychologia*. 2013 [cited 2015 Jun 10]. Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=339529042007>
35. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189–98.
36. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Apr;53(4):695–9.
37. Macdonald H, Rutter M, Howlin P, Rios P, Le Conteur A, Evered C, et al. Recognition and expression of emotional cues by autistic and normal adults. *J Child Psychol Psychiatry*. 1989 Nov;30(6):865–77.
38. Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población*. 2015 Feb 23;30(77):35–70.
39. Ostrom E, Ahn TK, Olivares C. Una perspectiva del capital social desde las ciencias sociales: capital social y acción colectiva (A Social Science Perspective on Social Capital: Social Capital and Collective Action). *Rev Mex Sociol*. 2003 Jan;65(1):155.
40. Hurtado D, García D, Copete A. Las vicisitudes del capital social de Colombia. Los cambios de Ksocial (capital social), Confie (Confianza institucional y control indirecto del estado) y Fenoval (Fe en fuentes de información no validadas) 1997-2005-2011. Fundación Antonio Restrepo Barco; 2013.
41. Vargas G. Hacia una teoría del capital social. *Rev Econ Inst*. 2002;4:71–108.
42. Murillo M, Fuster E. La integración de los sistemas formales e informales de apoyo social. *Inf Psicológica*. 1996;58:28–34.
43. Molina J. La ciencia de las redes. *Apunt Cienc Tecnol*. 2004;11(1):36–42.
44. Poblete FC, Sapag JC, Bossert TJ. Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile: Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud. *Rev Médica Chile*. 2008;136:230–9.
45. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev Saúde Pública*. 1997;31:425–35.
46. Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gac Sanit*. 2004;18:83–91.
47. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Ter Psicológica*. 2012;30:23–9.

48. Durston J. ¿Qué es el capital social comunitario? Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, Div. de Desarrollo Social; 2000. 44 p.
49. Miranda F, Monzó E, United Nations, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Social Development Division. Capital social, estrategias individuales y colectivas: el impacto de programas públicos en tres comunidades campesinas de Chile. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2003.
50. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública*. 2007;41:139–49.
51. De León I, Salcedo E. Narcotráfico y parapólitica en Colombia, 1980-2007: Evolución del Capital Social Perverso. Método. Grupo Interdisciplinario de ciencias sociales; 2008.
52. WHO. Mental health and work : impact, issues and good practices [Internet]. Ginebra: WHO; 2000 [cited 2015 Feb 19]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf
53. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta nacional en demografía y salud 2010. Bogotá: Profamilia.
54. Summerfield D. Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de Trauma Psicológico. *Intersalud*; 2001.
55. Pérez-Sales P. El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. *Norte Salud Ment*. 2004;5(20).
56. Rutten BPF, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatr Scand*. 2013 Jul;128(1):3–20.
57. Suarez MÁ. La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Rev Médica Paz*. 2010;16(2):58–62.
58. Muratori M, Delino G, Zubieta EM. Sucesos vitales y bienestar. *Anu Investig*. 2012;19:49–57.
59. Reyes AM, Acuña L. Reportes de niños y padres sobre eventos vitales estresantes y síntomas de enfermedad. *Rev Interam Psicol Interam J Psychol*. 2008;42(2):272–86.
60. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Perfil epidemiológico de la población desplazada en barrio Mandela. Ministerio de Salud; 2001.
61. World Health Organization. World Report on Violence and Health. 2002 [cited 2015 Feb 17]; Available from: <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=264644>
62. United Nations. On the use and application of the United Nations Declaration of Basic Principles of Justice for Victims of Crime and Abuse of Power. In: *International Victim Assistance Handbook*. New York, NY: Unicef; 1998.
63. Foegen WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Curr Issues Public Health*. 1995;1:2–9.
64. Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11:1163–78.
65. Concha A. Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica*. 2002;22:347–61.
66. Fajnzylber P, Lederman D, Loaiza N. Crimen y violencia en América Latina. Bogotá, Colombia: Editorial Alfaomega; 2001.
67. Astbury J, Atkinson J, Duke JE, Eastaer PL, Kurrle SE, Tait PR, et al. The impact of domestic violence on individuals. *Med J Aust*. 2000 Oct;173(8):427–31.
68. Mari J de J, de Mello MF, Figueira I. The impact of urban violence on mental health. *Rev Bras Psiquiatr São Paulo Braz* 1999. 2008 Sep;30(3):183–4.
69. Londoño JL, Guerrero R, Couttolene B, Cano I, Carneiro LP, Phebo L, et al. Asalto al desarrollo: violencia en América Latina. IDB Publ Books [Internet]. 2000 [cited 2015 Feb 17]; Available from: <https://ideas.repec.org/b/idb/idbbks/43498.html>

70. Boynton-Jarrett R, Ryan LM, Berkman LF, Wright RJ. Cumulative violence exposure and self-rated health: longitudinal study of adolescents in the United States. *Pediatrics*. 2008 Nov;122(5):961–70.
71. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(4):692.
72. Tjaden P, Thoennes N. Full report of prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC: National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention; 2000.
73. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. 1994;14:1–22.
74. El-Zanaty F, Hussein E, Shawasky G, Way A, Kishor S. Egypt demographic and health survey. Calverton, MD: Macro International; 1996.
75. Randall M, Haskell L. Sexual violence in women's lives. Findings from the Women's Safety Project, a community-based survey. *Violence Women*. 1995 Mar;1(1):6–31.
76. Heise L, Ellsberg M. Ending violence against women. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Center For Communications Programs; 1999.
77. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Soc Sci Med* 1982. 2000 Dec;51(11):1595–610.
78. Mooney J. The hidden figure: domestic violence in north London. London, UK: Middlesex University; 1993.
79. Watts C, Keogh E, Nodlovu M, Kwaramba R. With-holding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. 1998;6:57–65.
80. Grufman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. 1997 Jan;86(1):77–81.
81. Gofin R, Palti H, Mandel M. Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2000 Sep;27(3):218–23.
82. Franco S, Suarez CM, Naranjo CB, Báez LC, Roza P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11:1247–58.
83. De Memoria Histórica G. ' Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional.[Links]; 2013.
84. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis 2013, Datos para la vida*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional; 2014.
85. Corsi J. *Violencia familiar, una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar*. Buenos Aires, Ed. 1994;
86. Hernández H. *Comportamiento de la violencia intrafamiliar, Colombia, 2013*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2013.
87. Stöckl H, Penhale B. Intimate Partner Violence and Its Association With Physical and Mental Health Symptoms Among Older Women in Germany. *J Interpers Violence*. 2014 Nov;
88. Prévile M, Mechakra-Tahiri SD, Vasiliadis H-M, Mathieu V, Quesnel L, Gontijo-Guerra S, et al. Family violence among older adult patients consulting in primary care clinics: results from the ESA (Enquête sur la santé des aînés) services study on mental health and aging. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2014 Aug;59(8):426–33.
89. ICBF. Informe de gestión 2013 [Internet]. Available from: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/LeyTransparencia/Transparencia/Informes/tab/InformedeGestión2013Final_17Enero2013.pdf

3. Problemas en salud mental

En este capítulo se presentan el contexto introductorio, los resultados, la discusión y las conclusiones de los problemas o síntomas que no constituyen un trastorno psiquiátrico en niños, adolescentes y adultos explorados en la encuesta. Para cada grupo se presentan los síntomas generales, los problemas relacionados con alcohol y sustancias psicoactivas y las consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas. Específicamente en adolescentes y un grupo de adultos se describen síntomas específicos de alteraciones de la conducta alimentaria.

3.1. Problemas de salud mental en población infantil

3.1.1. Síntomas generales que dan indicios de problemas mentales

La salud mental en la población infantil se consigue cuando “se alcanzan los niveles esperados en el desarrollo cognitivo, social y emocional” (1), y al desarrollar las habilidades de afrontamiento que le permitan llevar una vida adecuada en su casa, en la escuela y en su comunidad, lo que comprende incluso el poder jugar con otros niños. Los trastornos mentales corresponden, por el contrario, a “serias desviaciones de lo esperado” (2-4). El estado de afectación o no de la salud mental se relaciona con otros factores como maltrato, funcionalidad familiar, violencia, desplazamiento y el desarrollo del país (5). En este apartado se describen diferentes problemas que pueden ser causa de malestar emocional para el niño y su familia. Los síntomas relevantes (posibles problemas) fueron medidos mediante el Cuestionario de Reporte de Niños (RQC) utilizado en Colombia (6-8), cuya lista fue ampliada teniendo en cuenta algunos de los síntomas reportados como relevantes en la literatura (Lista de Conductas de los Niños [CBCL-P] de Achenbach y Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico [CBTD]) (9-11), así como otros se in-

corporaron algunos basados en la experiencia del grupo. Es de resaltar que el estudio realizado por Climent y Arango y con el cuestionario RQC en área periurbana de Cali (Colombia) reportó una sensibilidad del 98,8% y una especificidad del 62,7% (8).

3.1.1.1. Factores asociados

Los factores asociados o de riesgo para desarrollar problemas y enfermedades mentales son condiciones relacionadas con la problemática de la familia, el individuo, la sociedad, la economía y el ambiente, los cuales, si interactúan en el mismo individuo vulnerable, pueden dar lugar a un problema de salud mental o a un trastorno. Dentro de estos factores de riesgo encontramos la pobreza, la guerra y la desigualdad, y determinantes asociados con la familia, por ejemplo, el abuso sexual, el maltrato, el poco apoyo social, la violencia, el antecedente de experiencias traumáticas o consumo abusivo de alcohol en los padres (5).

3.1.1.2. Impacto

Aunque en el mundo los problemas y trastornos mentales en niños y adolescentes se presentan entre un 10% y un 15%, y entre un 12,7% y un 15% en América Latina y el Caribe, esto se asocia en algunos casos con problemas como la malnutrición, falta de estimulación psicosocial adecuada y las lesiones ocurridas en el nacimiento (12-14). Su impacto se puede esperar en las dificultades que pueden presentar esta población infantil en su familia, crianza, escuela, con pares y en la relación consigo mismo.

3.1.1.3. Estudios epidemiológicos

La Encuesta Nacional de Salud Mental de México aplicada a 1068 padres de niños en centros de consulta especializada, consulta general y escuelas para las edades entre 3 y 12 años reportó posibles casos, esto es, prevalencia de posibles trastornos mentales en 20,7% de la población infantil con el punto de corte de uno o más síntomas y del 16,4% en aquellos

con 2 o más síntomas. En el grupo de 6 y 9 años, el 26,2% reportó uno o más síntomas, siendo mayor en niños que niñas (32% vs. 17,7%), entre tanto que con 2 o más síntomas la prevalencia se invierte siendo mayor en niñas que niños (23,8% vs. 17,4%). Para el grupo de edad de 10 a 12 años la prevalencia de uno o más síntomas es 24,6% y con 2 o más síntomas el 22,9%, manteniéndose la relación de niños y niñas reportada para el grupo de 6 a 9 años. Los síntomas más frecuentemente encontrados entre 6 y 12 años fueron lenguaje anormal, nerviosismo (miedo), lentitud para aprender y cefaleas frecuentes (15). En una población general de 241 niños iraquíes se halló que el 59,7% de niños presentaba al menos un síntoma, y dentro de los más frecuentemente reportados estaban dolores de cabeza frecuentes, ansiedad, problemas en el habla y aislamiento (16).

En Etiopía se encontró que problemas como la enuresis o encopresis, el escaparse de casa y el estar retrasado con respecto a los demás fueron más frecuentes en niños. En las niñas el ítem más frecuente fue estar nervioso sin razón todos ellos con valores de $p < 0,05$ (17).

En el primer estudio hecho en Colombia en la década de los ochenta con una muestra de 286 de población infantil entre 5 y 14 años, evidenció un 40% de niños con por lo me-

nos un síntoma positivo, y en una entrevista con psiquiatra de niños reportaron que un 29% tenían un síndrome clínico psiquiátrico, un 10% un problema intelectual y ambas morbilidades fueron detectadas en el 29% de la población infantil reportados con un síntoma en el RQC (6).

Por otra parte, en Colombia se ha usado este instrumento en población desplazada, donde se aplicó el RQC a 4572 niños entre 5 y 15 años en 12 departamentos (18), y en el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas de 1993, en el que se preguntó si alguno de los niños u adolescentes entre 5 y 15 años de edad del hogar presentaba los síntomas, lo cual puede incrementar las frecuencias esperadas al tener hogares con más de un niño/a sobre el cual se responde la misma encuesta, a diferencia del presente estudio en que se selecciona al azar solamente una persona entre 7 y 11 años (7). Las prevalencias de los dos estudios se presentan en la tabla 5.38. Es de anotar que las prevalencias de síntomas en la población desplazada son en su gran mayoría 2 a 4 veces mayores de aquella reportada en el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas del 1993, y los síntomas más frecuentes fueron lenguaje anormal, asustarse o ponerse nervioso sin razón, jugar poco con otros niños, y dormir mal.

Tabla 5.38. Prevalencia de síntomas en sujetos entre 5 y 15 años de edad en Colombia

Pregunta	Prevalencia de síntomas	
	Población desplazada (18)	Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia, 1993 (7)
Lenguaje anormal	18,9	9,2
Dormir mal (pesadillas o temores nocturnos*)	13,0	7,4
Convulsiones o caídas al suelo sin razón (o temblores*)	9,1	3,7
Dolores frecuentes de cabeza	36,0	No se reportó
Haber huido de la casa frecuentemente	3,4	1,3
Haber robado cosas de la casa	4,9	1,2
Asustarse o ponerse nervioso sin razón	33,7	13,4
Parecer retardado o lento para aprender	21,4	2,9
Jugar poco con otros niños	27,9	9,3
Orinarse o defecar en la ropa (cama*)	6,3	7,6

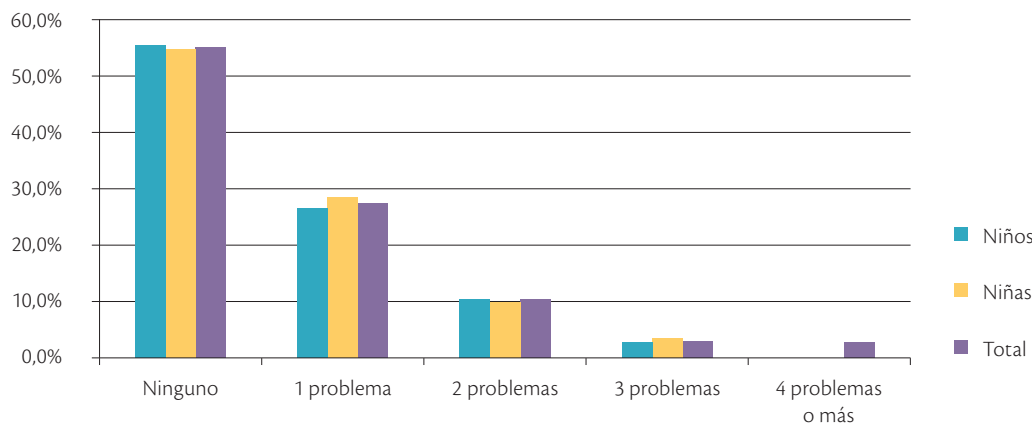
* Con alguna diferencia lingüística entre una y otra encuesta.

3.1.1.4. Resultados

Es de anotar que el RQC y los otros síntomas preguntados en este instrumento se contestaron por la cuidadora, en su mayoría la madre, refiriéndose al niño/a seleccionado al azar para la encuesta. En este cuestionario los síntomas representan posibles problemas.

Respecto al RQC observamos una prevalencia de por lo menos un síntoma en 44,7% de la población infantil de 7 a 11 años, de 2 o más síntomas en el 17,1% y de 3 o más sínto-

mas en 6,6%. Respecto al género, las niñas presentan uno o más síntomas 45% y 2 o más síntomas en el 16,5% de los casos; entre tanto los niños en un 44,3% y 17,6%, respectivamente, esto es, un porcentaje similar al de niños para el corte de dos preguntas positivas. Dicho de otra forma, el 27,6% (IC 95%: 25,2-30,1) de la población infantil presenta un síntoma; el 10,5% (IC 95%: 8,9-12,3), 2 síntomas; el 3,4% (IC 95%: 2,7-4,3), 3 síntomas, y el 3,2% (IC 95%: 2,3-4,5), 4 o más síntomas (gráfica 5.30).



Gráfica 5.30. Número de síntomas mentales en niños de 7 a 11 años según sexo en Colombia

Nota: barras ausentes por resultados imprecisas, no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Los síntomas más frecuentemente reportados fueron: lenguaje anormal (19,6%), asustarse o ponerse nervioso sin razón (12,4%), presentar cefaleas frecuentes (9,7%) y jugar poco con otros niños (9,5%). Los dolores de cabeza fueron más frecuentes en niñas que niños (11,2% vs. 8,2%), en tanto que los niños reportaron con mayor frecuencia aprender más

lento o parecer retardado para aprender (9,2 vs. 5,5%). Los otros síntomas no parecen tener gran diferencia entre género. Se describió un 2,9% de la población infantil con convulsiones o caídas al suelo sin razón que podrían sugerir trastornos de tipo convulsivo o epiléptico (tabla 5.39).

Tabla 5.39. Síntomas más frecuente en población infantil según sexo en Colombia

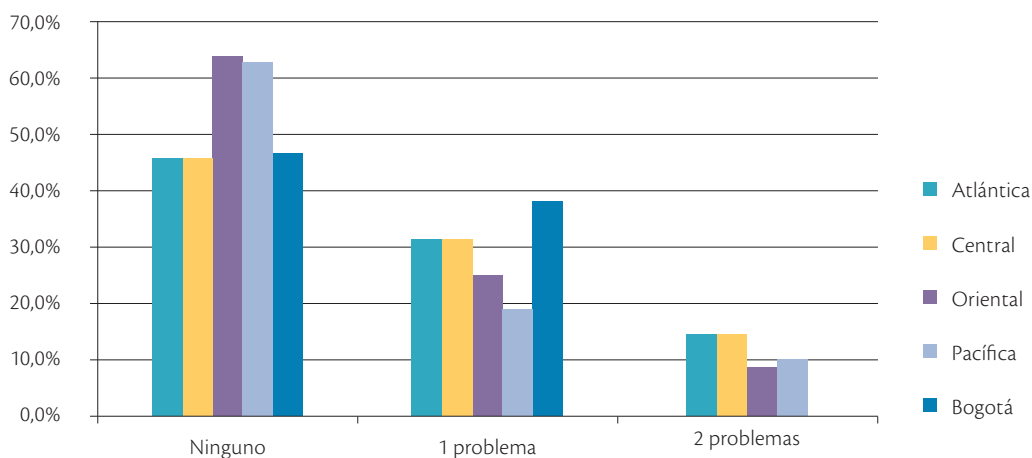
Síntomas en niños según el RQC	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Lenguaje anormal	19,1	16,4-22,2	20,2	17,2-23,5	19,6	17,6-21,9
Dormir mal	6,3	4,4-8,9	5,6	3,8-8,1	5,9	4,6-7,7
Convulsiones o caídas al suelo sin razón	2,4	1,7-3,5	*	*	2,6	2,0-3,5
Dolores frecuentes de cabeza	8,2	6,4-10,4	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.

Al desagregar por regiones observamos que la región Oriental y Pacífica reportaron un menor porcentaje de población infantil con uno o más síntomas, 36,2% y 37,2% respectivamente, entre tanto Atlántico y Central presentaron cada una 54,3%, y Bogotá un 53,4% (tabla 3). Con dos o más problemas la relación se mantiene teniendo Atlántico y Central un 23,2% de población infantil con presencia de estos problemas, la Oriental (11,5%), Pacífica (18,4%) y Bogotá (15,2%). De esta manera, en la gráfica 5.31 observamos que

las regiones Atlántica y Central poseen una mayor prevalencia para 1 y 2 síntomas, seguidos de Bogotá, Pacífica y Oriental (resultados detallados en tablas anexas). El lenguaje anormal fue la queja más frecuente en todas las regiones con una oscilación de 26,2% en la población infantil de Bogotá a 12,9% en la región Oriental, el segundo síntoma en frecuencia en todas las regiones fue asustarse o ponerse nervioso sin razón con mayor frecuencia en Bogotá del 17,8% y la menor en la Pacífica, con 10,4% (tabla 5.40).



Gráfica 5.31. Número de síntomas mentales (posibles problemas) en población colombiana de 7 a 11 años por región

Nota: Barras ausentes por resultados imprecisos, no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Tabla 5.40. Síntomas mentales y posibles problemas en población colombiana infantil de 7 a 11 años por región

RQC	Atlántica		Central		Oriental		Pacífica		Bogotá	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Lenguaje anormal	23,7	18,7-29,6	23,7	18,7-29,6	12,9	9,9-16,7	13,5	10,2-17,6	26,2	19,6-34,0
Dolores frecuentes de cabeza	*	*	*	*	10,4	7,7-13,8	10,7	7,9-14,2	*	*
Asustarse o ponerse nervioso sin razón	15,6	11,5-20,9	15,6	11,5-20,9	11,1	8,5-14,5	10,4	7,8-13,9	17,8	12,2-25,3
Número de síntomas										
Ningún problema	45,7	39,6-52,0	45,7	39,6-52,0	63,8	58,7-68,5	62,8	57,2-68,1	46,6	38,3-55,1
1 problema	31,1	25,7-37,1	31,1	25,7-37,1	24,7	20,7-29,3	18,8	15,0-23,4	38,2	30,2-46,9
2 problemas	14,3	9,8-20,4	14,3	9,8-20,4	8,5	6,1-11,6	10,3	7,2-14,5	*	*

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 presentan los datos de dormir mal, convulsiones, haber huido de la casa frecuentemente, haber robado de la casa, parecer retardado o lento para aprender, jugar poco con otros niños, orinarse o defecar en la ropa ni los que presentan 3, 4 o más síntomas por ser imprecisos los estimadores para todas las regiones.

En la tabla 5.41 se observan las prevalencias para uno, dos, tres y cuatro o más problemas, para la población infantil en situación o no de pobreza, con una prevalencia ligeramente mayor para la población infantil en situación de pobreza: 26,7% vs. 27,8% para un problema y de 13% vs. 9,8% para

dos o más problemas respectivamente. Las prevalencias para tres problemas y más son imprecisas por lo cual no se discuten. Estas prevalencias si bien son un tanto más altas para dos problemas o más en población pobre, los intervalos de confianza se sobreponen.

Tabla 5.41. Síntomas mentales en población infantil de 7 a 11 años según situación de pobreza de acuerdo con el índice multidimensional en Colombia

RQC-Número de problemas	Niños en situación de pobreza			Niños en situación de no pobreza		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Ninguno	54,8	5,6	48,8-60,7	55,5	2,8	52,4-58,5
Uno	26,7	9,9	21,8-32,2	27,8	5,0	25,1-30,6
Dos	13,0	17,3	9,20-18,1	9,8	9,6	8,14-11,9
Tres	2,4	27,7	1,39-4,11	3,6	13,2	2,81-4,70
Cuatro o más	3,1	33,5	1,58-5,85	3,3	20,4	2,17-4,84

CVE: coeficiente de variación estimado. Un CVE mayor al 20% puede ser impreciso.

Acerca de otros síntomas no contemplados en el RQC e investigados en el estudio (tabla 5.42), se encuentra que aquellos referidos al ámbito de posibles problemas del aprendizaje o de retardo mental tienen la mayor frecuencia: aprender matemáticas (19,4%), con una frecuencia en niñas hasta del 21,1%; aprender a leer o escribir (13,1%), siendo en hombres hasta de un 15,6%, y problemas para fijar, mantener la atención o concentrarse de un 15,9% (llegando en los hombres hasta un 17,1%). Estos 3 síntomas asociados al 7,3% del ítem

parece lento o retardado para aprender y el ítem sobre lenguaje anormal (19,6%) del RQC, podrían sugerir una importante problemática en el área escolar, que se podría ver sustentada por los reportes de incidencias de retardo mental de cualquier severidad de 12,6 por 1000, con 5,5 por 1000 para retardo mental leve, 7,4 por 1000 para moderado y severo. Sus prevalencias globales oscilan desde 5,6 por 1000 a 14 por 1000 (19-22). Así mismo, a la alta frecuencia de trastornos del aprendizaje (por ejemplo, dislexia, disgrafía, dis-

calculia, déficits en procesamientos auditivos, visuales, entre otras) que en el aula escolar se han calculado de un 5 al 14% y en la población general en un 1,7% (23,24), así como por las dificultades que relatan los maestros y orientadores esco-

lares (25,26). Por otra parte, las condiciones familiares adversas y los impedimentos en el aprendizaje se han reportado como unos de los principales factores de riesgo para presentar trastornos psiquiátricos (27).

Tabla 5.42. Otros síntomas mentales en población infantil de 7 a 11 años según sexo en Colombia

Otros síntomas	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Problemas para aprender matemáticas	17,7	15,0-20,8	21,1	18,1-24,4	19,4	17,3-21,6
Problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse	17,1	14,5-20,1	14,7	12,0-17,8	15,9	14,0-18,0
Problemas para aprender a leer o escribir	15,6	12,8-18,8	10,6	8,6-13,0	13,1	11,3-15,0
Quejas repetidas de dolores de estómago, extremidades, de mareos, ganas de vomitar u otras dolencias sin explicación médica	8,3	6,5-10,6	9,1	7,2-11,6	8,73	7,33-10,4
Comer en exceso	9,7	7,7-12,1	6,6	4,9-8,9	8,2	6,8-9,7
Comer muy poco	6,7	5,1-8,81	9,3	7,2-11,9	8,04	6,67-9,66
Dificultad para seguir normas, límites o respetar figuras de autoridad	10,0	7,9-12,5	5,9	4,5-7,7	7,9	6,6-9,4
Haber sido víctima de abusos o maltrato, físico o psicológico, por compañeros de la escuela	7,1	5,5-9,1	6,2	4,7-8,3	6,7	5,5-8,0
Molestar o agredir repetidamente a otros niño	7,8	5,9-10,1	*	*	5,3	4,2-6,8
Dificultad en hacer amigos de su misma edad	4,4	3,1-6,2	4,8	3,3-6,8	4,6	3,5-5,9
Permanecer solo	*	*	*	*	4,5	3,3-6
Negarse a ir a la escuela	5,7	4,1-7,9	2,7	1,9-3,9	4,2	3,3-5,4
Cambio de institución escolar más de 3 veces	*	*	*	*	3,1	2,3-4,2
Comportamientos extraños	*	*	*	*	2,0	1,3-2,9

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

El 8% de la población infantil refiere comer poco o mucho, siendo ligeramente mayor para los niños comer en exceso (9,7% vs. 8,2%), y comer poco más frecuente en las niñas con 8% vs. 6,7% (tabla 5). Estos aspectos son significativos ante el incremento de trastornos de alimentación (anorexia, bulimia, sobrepeso y obesidad) tan relevantes hoy en día. Así mismo, se observan prevalencias de alrededor del 4,5% de tendencia a permanecer solo y dificultades para hacer amigos de la misma edad, que pueden sugerir trastornos fóbicos, del desarrollo u otros de mayor gravedad. Alrededor de estos también es llamativo que el 10% de los niños presentan problemas para seguir normas, límites o respetar figuras de autoridad, lo cual puede ser un indicativo de problemas y trastornos de conducta y que el 5,9% de la población infantil duermen mal (tabla 5.42).

Acerca de maltrato y el acoso escolar, el 7,1% de los niños describe haber sido víctima de abusos o maltrato físico o psicológico por compañeros de la escuela. El 7,8% describe molestar o agredir repetidamente a otros niños, y un 3,1% de la población infantil ha cambiado la institución escolar más de 3 veces (tabla 5.42). Esto haría pensar en la necesidad de intervenciones tendientes a mejorar el buen trato y la adecuada relación entre compañeros. En este punto se ha incrementado el número de orientadores escolares, pero se requiere un mayor trabajo sobre la comunidad escolar en su conjunto.

Un 8,7% de la población infantil relata dolores de estómago, dolor en extremidades, mareos, ganas de vomitar u otras dolencias sin explicación médica estudio (tabla 5.42), este síntoma puede además de representar procesos gastrointestinales; sin embargo, en otras ocasiones puede reflejar trastornos afectivos y de ansiedad.

3.1.2. Consumo de sustancias psicoactivas en población infantil

El uso de sustancias en niños menores de 11 años ha sido poco estudiado en las encuestas poblacionales de niños (28,29), aun cuando, en general, se ha encontrado que el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas ha aumentado de forma significativa en la población menor de edad (a partir de los 12 años). Los programas de prevención están dirigidos predominantemente a esta población, ya que durante esta etapa del ciclo vital se encuentra descrito el inicio del consumo y es una población que permite una mayor oportunidad para intervenir (30). Hablamos entonces de un fenómeno complejo que se debe a múltiples factores que amerita un abordaje integral, donde se analice la problemática y con políticas que promuevan estilos de vida saludables (30,31).

3.1.2.1. Factores asociados

Dentro de los factores de riesgo para iniciar consumo de alcohol, cigarrillos y sustancias psicoactivas se han identificado la vulnerabilidad genética, el entorno familiar (padres consumidores de alguna sustancia que predispone al inicio temprano de consumo), la falta de información y documentación frente al riesgo de iniciar el consumo, la limitada percepción de riesgo acerca del consumo, el ser víctima de maltrato físico o psicológico, el abuso sexual o la influencia que ejerce el grupo de amigos. Así mismo, factores ambientales que estimulen el consumo (la disponibilidad y el fácil acceso a las sustancias), los trastornos psiquiátricos (como la depresión o antecedentes de intentos de suicidio) o las alteraciones en el neurodesarrollo (32-35). Dentro de los factores protectores se encuentran un hogar en el que se permita la comunicación, el apoyo parental positivo, un concepto personal positivo, el autocontrol, los logros académicos, entre otros (34).

3.1.2.2. Impacto

En grandes proporciones, el impacto que tiene el consumo de sustancias en niños se evidencia en los ámbitos social, económico y en la salud en general. Esta etapa de la vida trae consigo cambios no solo físicos, sino adaptaciones psicológicas y sociales, además de constantes conflictos y condiciones contradictorias, las cuales una vez superadas son la preparación para la siguiente etapa (34). El inicio del consumo de alguna bebida alcohólica, cigarrillo o cualquier sustancia psicoactiva en algún momento de la vida y de forma repetitiva es el determinante para presentar patrones de abuso, in-

toxicación aguda, dependencia física y psicológica, tolerancia y alto riesgo de síndromes de abstinencia. Todos estos configuran, a su vez, patrones de conductas mal adaptativas, con consecuencias que ponen en peligro la integridad física del individuo, hasta incluso enfrentar situaciones de violencia, conflictos interpersonales y problemas legales (34).

3.1.2.3. Estudios epidemiológicos

No hay estudios en la población infantil menor de 11 años en Colombia, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas involucra a población escolar entre 11 y 18 años de edad; para la población entre 11 y 12 años la prevalencia de consumo se muestra en la tabla 5.43. Las sustancias más frecuentemente usadas son las lícitas, y es más frecuente el uso de alcohol que el de cigarrillo (30). La edad de inicio de consumo calculada en este estudio para alcohol o cigarrillo fue de 12,4 años, para marihuana de 13,65 años, para cocaína de 14 años, para basuco de 13,2 años, para pegantes y solventes de 12,2 años y para *dick* de 13,7 años.

Tabla 5.43. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en el último año en población escolar entre 11 y 12 años de edad en el año 2011 en Colombia

Sustancia	Prevalencia de consumo en el último año (%)	Intervalo de confianza
Cualquier sustancia ilícita	3,1	2,7-3,5
Cigarrillo	2,8	2,4-3,2
Alcohol	19,5	18,3-20,7
Marihuana	1,2	0,9-1,5
Tranquilizantes	0,1	0,1-0,2
Cocaína	0,4	0,3-0,5
Basuco	0,3	0,2-0,4
Éxtasis	0,3	0,2-0,4
Pegantes o solventes	1,3	1,1-1,5
Dick	0,8	0,6-0,9

Nota: datos se aproximan a 1 decimal.

Fuente: adaptado de (30)

En el Estudio Nacional de Comorbilidades de Estados Unidos 1990-1992 se estimó que el consumo de marihuana a los 10 años fue del 0,02 %. El consumo de cocaína a los 10 años

fue del 0%, y a los 15 años fue del 0,85%. El consumo de alcohol a los 10 años fue del 0,02%, y a los 15 años del 1,39% (35).

3.1.2.4. Resultados

Considerando que este es el primer estudio poblacional relacionado con problemas mentales en niños se crearon algu-

nas preguntas para indagar si el cuidador conocía sobre consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas en el menor encuestado. Se encuentra que los estimadores para consumo en la población son imprecisos dada su baja prevalencia, cercana a cero en la mayoría de los casos (ver tabla 5.44).

Tabla 5.44. Sustancias psicoactivas y problemas indagados en población entre 7 y 11 años

Consumo o problemas por consumo
Consumo de tabaco
Consumo de bebidas alcohólicas
Problemas por consumo de cigarrillo o tabaco
Consumo de marihuana, inhalantes, pegantes, basuco, cocaína, heroína, pastillas u otra sustancia psicoactiva
Problemas por consumo de marihuana, inhalantes, pegantes, basuco, cocaína, heroína, pastillas u otra sustancia psicoactiva

3.1.3. Consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos en población infantil

Al igual que en las personas mayores, los desenlaces después de vivir una experiencia traumática incluyen cambios en el afecto, en el comportamiento, en las relaciones e, incluso, en el aprendizaje (36-38). Sin embargo, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es la entidad más estudiada en el contexto de la vivencia de un trauma; para los niños tiene la misma definición y características que para adolescentes y adultos (39), con presencia de intrusiones del evento, que en niños menores se puede presentar en el juego, síntomas afectivos, síntomas fisiológicos, conductas de evitación, hiperalertamiento y vigilancia (40,41). En la niñez también son muy importantes factores estresantes como el maltrato físico, el abuso sexual, el haber sido testigo de serias lesiones o el fallecimiento inesperado de los padres, cuidadores u otro ser querido (42). En este capítulo se tienen en cuenta varios aspectos sintomáticos que pueden llegar a presentar la población infantil y que no siendo TEPT pueden configurar un riesgo de presentarlo.

3.1.3.1. Factores asociados

Presentar el estresor extremo y amenazante en la infancia es un importante factor de riesgo para padecer TEPT y para una mayor severidad de los síntomas (43,44). Esta susceptibilidad en los niños se relaciona con una mayor vulnerabilidad a las agresiones traumáticas en un cerebro en desarrollo y a la menor madurez psicológica defensiva en comparación con los adultos (45). También se encuentran dentro de los factores de riesgo la experiencia repetida del trauma (comúnmente presentada en el maltrato físico o el abuso sexual), pertenecer al género femenino, traumas previos, la gravedad de la experiencia traumática, la historia de problemas de conducta o comorbilidades psiquiátricas, el antecedente de TEPT en los padres o cuidadores (43,46), la disfunción familiar y el pobre apoyo social (47).

3.1.3.2. Impacto

La década pasada registró al menos dos millones de niños víctimas mortales de conflictos armados, cuatro millones tuvo alguna herida producto del conflicto y un millón más quedó huérfano o separado de sus familias, lo cual represen-

ta la gran vulnerabilidad de los niños a ser víctimas de estresores asociados con conflictos armados (48,49). Teniendo en cuenta que los cuidadores con TEPT representan un importante factor de riesgo en los niños, estudios han mostrado que las madres de niños menores de 5 años expuestas a la guerra tienen una prevalencia de TEPT del 29,8% (43).

Así mismo, la población infantil tiene un riesgo mayor de padecer el TEPT posterior a un desastre natural como huracanes, inundaciones, terremotos, incendios, tsunamis, sequías, recrudescimiento de los inviernos, etc. (50).

A pesar de no tener el diagnóstico de TEPT, muchos niños expuestos a situaciones amenazantes presentan síntomas similares que interfieren en su calidad de vida y desempeño académico y social (46).

3.1.3.3. Estudios epidemiológicos

En Colombia, en el estudio de población desplazada como víctimas del conflicto armado se encontró para niños y adolescentes entre 5 y 15 años (no se hizo diferenciación por edad) que el 70% presentaba algún problema que requería atención, de los cuales el más frecuente era tener dolores de cabeza, en el 36%; seguido por sentirse nervioso, en el 33%; no jugar con otros niños, en el 28%; entre otros (18).

La prevalencia del TEPT en los niños y adolescentes expuestos a situaciones traumáticas como conflictos armados es alrededor del 47% (51), con una prevalencia similar en el trastorno relacionado a desastres naturales. En Colombia se realizó un estudio sobre la prevalencia del trastorno en tres municipios de Cundinamarca, dos de ellos expuestos a situaciones de conflicto armado y uno sin experiencias armadas relacionadas con el conflicto. Se encontró una prevalencia de TEPT en niños del 23,2% en un municipio que había sufrido un hostigamiento armado reciente y del 16,8% en un municipio que había experimentado la exposición crónica a la guerra, en comparación con una prevalencia de 1,2% en el municipio que no había tenido esas experiencias. Adicionalmente, se encontró que la proximidad al evento, un repetido número de experiencias traumáticas y una alteración emocional intensa en el momento del trauma aumentaron el riesgo en los niños y adolescentes de sufrir el TEPT (52).

Otro estudio realizado en una población de niños y adolescentes desplazados del Caribe colombiano encontró que era más frecuente el diagnóstico de TEPT en comparación con los no expuestos a ese trauma. En esa población, las mujeres resultaron tener una mayor prevalencia del trastorno en

comparación con los varones. Así mismo, presentaron con mayor frecuencia síntomas depresivos y ansiosos (53).

En la tabla 5.45 se presentan las prevalencias de TEPT en niños y adolescentes en algunos países, donde es llamativo que la mayoría de estudios no reportan el marco temporal de los síntomas, aunque es frecuente que se pregunte por síntomas en el último mes (54,55) y las diferencias pueden estar relacionadas con la exposición a eventos traumáticos según las regiones.

Tabla 5.45. Prevalencia de TEPT en diferentes países en niños y adolescentes

País	Edad (años)	Prevalencia
Palestina, Franja de Gaza (47)	6-11	40,6*
Iraq (56)	10,3, en promedio	14,0*
Guatemala (57)	5-13	32,0*
Puerto Rico (28)	4-17	0,8**
Sri Lanka (58)	9-15	30,4*
Gran Bretaña (55)	5-10	0,0**
	11-15	0,4**

* Tipo de prevalencia no especificada. ** Prevalencia en los últimos 12 meses.

3.1.3.4. Resultados

En la población infantil también se utilizó el PCL-C modificado de adolescentes y adultos; además, se hicieron unas preguntas de revivencias durante el juego y sobre ideas de culpa; todas las preguntas eran respondidas por el cuidador principal. Los resultados hacen referencia a presencia de síntomas y a problemas mentales que aparecen como consecuencia de la exposición a un evento traumático, que pueden sugerir pero no hace diagnóstico de TEPT. Sin embargo, los síntomas indagados se semejan a los reportados en las escalas diagnósticas psiquiátricas para TEPT.

Se encuentra que el 11,7% de la población infantil ha presentado por lo menos un evento traumático, el 10,3% presentan un evento y el 1,4% dos o más eventos. El cuidador considera que el 38,6% de la población infantil que sufrió eventos traumáticos, manifiestan secundariamente a este un trauma psicológico (tabla 5.46). De aquellos que han tenido por lo menos un evento traumático, casi la mitad (46,8%) presenta, por lo menos, un síntoma secundario a este: 24,8% presentan uno o dos síntomas y el 22,0% restante presenta tres o más (tabla 5.47).

Tabla 5.46. Eventos traumáticos y percepción de trauma en población infantil entre 7 y 11 años en Colombia

Eventos reportados y percepción de trauma	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Por lo menos un evento	13,2	11,2-15,4	10,1	8,4-12,2	11,7	10,4-13,2
Un evento	11,5	9,7-13,6	9,1	7,4-11	10,3	9,1-11,7
Dos o más eventos	*	*	*	*	1,4	0,98-2,0
Refiere posible trauma psicológico secundario al evento traumático	38,7	30,9-47,1	38,5	29,5-48,4	38,6	32,6-45,0

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

Tabla 5.47. Número de síntomas presentes después de un evento traumático en población infantil de 7 a 11 años en Colombia

Número de síntomas	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Por lo menos uno	49,5	41,1-57,8	43,1	33,7-52,9	46,8	40,5-53,2
1 o 2	28,2	21,2-36,3	19,9	13,2-28,8	24,8	19,6-30,7
3, 4 o 5	*	*	*	*	14,1	10,2-19,1

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por tener un CVE mayor al 20%.

Nota 2: los estimadores para 6,7,8 o más síntomas no se presentan por ser imprecisos y suman alrededor de 7,9%

El 20% de la población infantil se encuentra más prevenida o se alerta frente a lo que pasa a su alrededor; el 14,1% tiene pensamientos o imágenes molestas acerca del evento; el 12,7% evita hablar o expresar sentimientos acerca de este; el 12,3% reacciona con molestia, temor, irritable, triste, bravo o con culpa cuando algo se lo recuerda; el 11,2% tiene ataques de ira o pataletas; el 10,6% tiene sueños malos o pesadillas; el 10,5% evita actividades, personas o lugares; el 10,3% tiene problemas para concentrarse, y el 8,8% se sobresalta o se pone nervioso con facilidad (tabla 5.48).

A continuación se presentan los datos emanados del PCL-C modificado que podrían sugerir personas en riesgo de TEPT. En este evidenciamos un 9,2% de población infantil en riesgo de TEPT con una prevalencia ligeramente más alta para niñas 10,6% vs. 8,2%, con intervalos de confianza que se sobrepone (no es una diferencia significativa) (tabla 5.49). Por otra parte, el riesgo de TEPT es mayor en población infantil en situación de pobreza, con 9,5% vs. 7,2%; no obstante, las prevalencias son imprecisas (tabla 5.50). Finalmente, el riesgo de TEPT es mayor en zona urbana que en rural, pero estas estimaciones en especial la de zona rural es imprecisa (tabla 5.51).

Tabla 5.48. Prevalencia de síntomas en población intantil entre 7 y 11 años en Colombia

Síntomas presentes en los últimos 12 meses	%	Total IC95 %
Estar más prevenido o alerta frente a lo que ocurre a su alrededor	20,0	15,5-25,5
Pensamientos o imágenes molestas acerca del evento	14,1	10,4-19,4
Evitar hablar o expresar sentimientos acerca del evento	12,7	8,9-17,7
Reaccionar con molestia, temeroso, irritable, triste, bravo o con culpa, cuando alguien o algo le recuerda el evento	12,3	8,8-17
Tener ataques de ira o pataletas a causa de situaciones sin importancia o sin ninguna provocación	11,2	7,7-15,9
Sueños malos o pesadillas más a menudo	10,6	7,4-15
Evitar actividades, personas o lugares que le recuerden el evento	10,5	7,3-15
Tener problemas para concentrarse	10,3	6,9-14,9
Se sobresalta o se siente nervioso con facilidad	8,8	6-12,9

Nota: los estimadores según sexo, de actuar o haber dicho que se siente como si estuviera viviendo la situación nuevamente, decir cosas como "soy malo", "es mi culpa", "no se puede confiar en mí" o "el mundo es un lugar muy peligroso", reacciones como dificultad para respirar, sentir que el corazón late muy rápido, sudoración o temblor, cuando algo o alguien le recuerda el evento, dificultad en recordar partes importantes del evento, tener juegos en los que revive el evento o que se relacionen de alguna manera con el, disminuir su rendimiento académico o quejas de sus maestros, perder el interés en juegos o actividades que antes disfrutaba, se aleja o aísla de personas cercanas a él, le cuesta trabajo expresar sentimientos positivos o parece desconectado de sus emociones, volverse negativo con respecto a sus capacidades o al futuro, dificultad en quedarse dormido o se despertarse con facilidad, se ha afectado desempeño en el colegio, en deportes, pasatiempos o en la relación con los amigos o familia y el conjunto de síntomas que puedan sugerir un trastorno de estrés postraumático no se presentan por ser imprecisos.

Tabla 5.49. Riesgo de TEPT en población infantil de 7 a 11 años por género en Colombia

Género	Niños			Niñas			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Riesgo de TEPT	8,2*	27,3	4,7-13,7	10,6*	29,9	5,79-18,6	9,2*	20,2	6,11-13,5

Nota: Estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas por tener un CVE mayor al 20%.

Tabla 5.50. Riesgo de TEPT en población infantil de 7 a 11 años por situación de pobreza en Colombia

Pobreza	Población infantil en situación de pobreza			Población infantil en situación de no pobreza		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Riesgo de TEPT	9,5*	21,1	6,21- 14,2	7,2*	66,8	1,9- 24,2

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas por tener un CVE mayor al 20%.

Tabla 5.51. Riesgo de TEPT en población infantil de 7 a 11 años por zona urbana-rural en Colombia

Zona	Urbano			Rural		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Riesgo de TEPT	9,4*	22,3	6,01-14,4	8,1*	46,8	3,1-19,3

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas por tener un CVE mayor al 20%.

3.1.4. Discusión

En la primera parte se describen síntomas mentales con posible valor psicopatológico mediante el cuestionario RQC, este instrumento validado en Colombia ha reportado una buena sensibilidad y aceptable especificidad como herramienta de tamizaje (6,14). El instrumento desde entonces ha sido utilizado por otros estudios poblacionales en Colombia (15,16) que presentan una comparabilidad limitada con el presente estudio, puesto que uno de ellos fue realizado en población desplazada por la violencia donde se espera encontrar mayores prevalencias (15) y con el ENSM y Consumo de Sustancias Psicoactivas de 1993, que a pesar de tener una muestra grande de personas de 5 a 15 años, interrogó para entonces los síntomas presentes en todos los niños que vivían en el hogar, esto es, no se hizo como en este estudio donde un niño de 7 a 11 años fue seleccionado al azar para interrogar a la cuidador, lo cual limita comparaciones por cuanto no sabemos si el cuestionario hace referencia a 1, 2 o más niños y ello pudo haber aumentado las prevalencias encontradas.

A la vez, en ninguno de los estudios reporta la proporción de población infantil con uno o más síntomas que pensamos podría servir de alguna manera a la representación de severidad del cuadro y su posibilidad trastornos mentales como lo sugiere el cuestionario. A pesar de estas diferencias, el estudio de desplazamiento muestra una distribución similar en prevalencia de síntomas al estudio actual. En el presente lenguaje anormal (19,6%), asustarse o ponerse nervioso sin razón (12,4%), presentar cefaleas frecuentes (9,7%) y jugar poco con otros niños (9,5%) figuran dentro de los más frecuentes. Ello es similar en el tipo de síntomas con el estudio en población desplazada (15) donde se reportan como primer síntoma dolor de cabeza (36%), seguido de asustarse con facilidad (33%), jugar poco (27%), retardo en el aprendizaje (21%) y lenguaje anormal (18%).

Esta comparación, mostraría el incremento que se observa de posible psicopatología en niños en situación de desplazamiento con un predominio de síntomas somáticos (dolor de cabeza, asustarse con facilidad y jugar poco) donde conocemos se representan afectos de naturaleza ansiosa, depresiva u otras en esta población y que llevan a pensar en la necesidad de reconocer estos problemas y establecer intervenciones efectivas a nivel de esta población vulnerable. Ahora, ello no significa que las prevalencias que se encuentran para población infantil en este estudio sean despreciables y

que se sustentan por en algunas similitudes, aun en las restricciones de una comparación directa, con los tipos de síntomas que fueron encontrados hace 22 años y que ocupan los primeros lugares en la ENSM-Consumo PSA (1993), donde figuran como más frecuentes: asustarse sin razón, lenguaje anormal y jugar poco con otros niños. En el presente estudio, así mismo, se estableció el porcentaje de niños con 1, 2, 3 y 4 o más síntomas, encontrándose un 44,7% de la población infantil de 7 a 11 años con por lo menos un síntoma. Esto es una cifra cercana a la mitad de la población infantil, lo cual advierte una problemática de gran importancia en términos de salud pública. Distribuyéndose en el 27,6% de quienes manifiestan la presencia de 1 síntoma, 10,5% con 2 síntomas, 3,4% con presencia de 3 síntomas y 3,2% con 4 o más síntomas. Ahora de acuerdo con los lineamientos del RQC se requeriría por lo menos una valoración por profesionales de la salud entrenados en todos los niños con por lo menos 1 síntoma (RQC positivo), aspecto que tenemos que pensar en términos de requerimientos, competencias e intervenciones eficaces en los casos requeridos. Es llamativo a la vez que el 17,1% de la población infantil tiene por lo menos 2 síntomas positivos y ellos tendrían una mayor probabilidad de presentar un problema mental y un 6,6%. Al tener por lo menos 3 síntomas positivos que sugerirían aún una mayor probabilidad de tener un trastorno mental. Con estos datos es evidente la necesidad de intervenciones de diverso índole a nivel del sistema de salud y el sistema educativo, teniendo en cuenta que una gran mayoría de la población está escolarizada.

Ahora, es evidente que muchos de estos niños están escolarizados y al respecto existen experiencias que muestran la necesidad de entrenar a maestros y orientadores escolares en el área de salud mental (59,60), así mismo se requiere pensar en actividades de verdadera articulación entre los sectores salud y educación con el fin de brindar una atención más a esta problemática. En congruencia con ello y teniendo en cuenta el desgaste que en algunos casos implica el manejo de problemáticas en la población infantil, se debe pensar en intervenciones de promoción y prevención en salud mental de cuidadores y personas que tengan a cargo la población infantil (23,24).

De otra parte se realizaron una serie de preguntas teniendo en cuenta los ítems trazadores de otras encuestas en población infantil (CBCL-P de Achenbach, Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico [CBTD] y otras del emanadas de la experiencia del grupo). Al respecto vale la pena resaltar que

se reportan por las cuidadoras síntomas sugestivos de psicopatología que sugieren una alta frecuencia de aparición de posibles trastornos del aprendizaje o de retardo mental como lo son: 19,4 % problemas para aprender matemáticas, 13,1 % problemas para aprender a leer o escribir 13,1 %, 15,9 % problemas para fijar, mantener la atención o concentrarse y 7,3 % para el del ítem parece lento o retardado para aprender. Estas preguntas si bien son trazadoras, pensamos que tiene un alto poder discriminatorio, por cuanto son las habituales quejas por las cuales la población infantil accede al sistema de salud. Ahora, si estos síntomas trazadores se asocian al 19,6 % de respuesta positiva al ítem sobre lenguaje anormal del RQC, estamos triangulando una información que sugiere la necesidad de establecer tamizajes y evaluaciones apropiadas para detectar problemáticas de esta índole en la población infantil, que se reflejan en los bajos rendimientos escolares y las dificultades para el aprendizaje. Así mismo corren de la mano las intervenciones con probada eficacia que de ser realizadas en los lugares y momentos adecuados, evitarían una carga mayor a futuro, así como innecesarios sufrimientos a los niños/niñas que presentan estas dificultades. Al respecto es necesario plantear estudios sobre deserción escolar en este grupo de personas, así como modelos de detección en salud y de inclusión en educación que contemplen claramente adaptaciones necesarias para el manejo idóneo y equitativo de esta población.

Acerca del consumo de sustancias psicoactivas en población infantil, los resultados se semejan a aquellos descritos en el Estudio Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia-2011, el el cual las prevalencias para personas de 11-12 años son muy bajas excepto por el consumo de alcohol del 19,5 % de la población y 2,82 % para cigarrillo. Sin embargo, en este mismo estudio describen que la edad de inicio para consumo de cigarrillo y alcohol fue de 12,4 años, para pegantes 12,2 años y para otras sustancias más de 13 años. Al respecto pensamos que los resultados de este estudio son congruentes con los resultados del estudio de escolares y que brindan una primera alarma respecto a consumos incipientes de drogas lícitas e ilícita antes de los 11 años.

Los resultados muestran que un 11,7 % (IC95 %: 10,4-13,2) de la población infantil entre 7 y 11 años ha estado expuesta a algún evento traumático, lo cual muestra la proporción de este tipo de eventos en la población colombiana. De este grupo, refieren las cuidadoras que alrededor del 38,6 % ma-

nifiesta síntomas que sugieren tener problemas en esta población. Ello significa alrededor de 4,5 % de la población infantil manifiesta síntomas psicológicos secundarios al evento traumático. Estas cifras (11,7 % eventos o 4,5 % síntomas) son un tanto menores a las reportadas de TEPT en municipios víctimas de hostigamiento armado reciente y pasado (41), 16,8 y 23,2 % respectivamente, y mayor al de municipios sin violencia con 1,2 %. Ello puede explicarse por cuanto se investiga población general y a la vez sujeta a diferentes tipos de violencias. Sin embargo de manera general se puede pensar que una cifra de 11,7 % para eventos traumáticos, de 9,2 % de población infantil con algún riesgo de presentar TEPT o en el peor escenario un 4,5 % de los reportados como con síntomas psicológicos por la cuidadora, denotan la necesidad de realizar intervenciones de prevención, promoción e intervención en esta área.

Los resultados del cuestionario RQC, las preguntas trazadoras de otros síntomas mentales, inicio de consumo de sustancias psicoactivas, las respuestas a eventos traumáticos y el riesgo de TEPT denotan importantes dificultades de la población infantil entre 7 y 11 años, que requieren seguimiento, prevención, promoción e intervención sobre estos posibles problemas, en un momento en el cual lo realizado podría tener menos dificultades que aquellas que se realizan cuando se detecta un diagnóstico psiquiátrico.

Finalmente, las problemáticas discutidas llevan necesariamente a procurar una acción articulada e integrada entre las diferentes instituciones que velan por el bienestar de la población infantil como lo son: el Ministerio de Salud y Protección, Ministerio de Educación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), comisarías de familia, entre otras. De no ser de esta manera, se podría dar una acción de menor efectividad a la que se podría tener de actuar integradamente, por cuanto muchas de las acciones requieren una articulación intersectorial.

3.1.5. Conclusiones

3.1.5.1. RQC y preguntas tamizaje problemas

- Los datos sugieren 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.

- Por lo menos un 44,7 % de la población infantil de 7 a 11 años requieren de una evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para descartar problemas o posibles trastornos.
- Un 17,1 % de la población infantil por tener 2 síntomas positivos tendría una mayor probabilidad de presentar un trastorno mental y un 6,6 % al tener 3 síntomas positivos sugerirían mayor probabilidad aun mayor de tener un trastorno mental.
- Las niñas presentan RQC con uno o más síntomas positivos en 45 % y 2 o más síntomas positivos en el 16,5 % de los casos, similar a la de los niños con un 44,3 % y 17,6 % respectivamente.
- En general, de acuerdo con el RQC, 27,6 % de la población infantil (7-11 años) manifiesta 1 síntoma, 10,5 % (2 síntomas), 3,4 % (3 síntomas) y 3,2 % (4 o más síntomas).
- Los síntomas más frecuentemente reportados fueron: lenguaje anormal (19,6 %), asustarse o ponerse nervioso sin razón (12,4 %), presentar cefaleas frecuentes (9,7 %) y jugar poco con otros niños (9,5 %).
- El RQC y los síntomas sugestivos de psicopatología que no pertenecen a este, demuestran alta frecuencia de aparición de posibles trastornos del aprendizaje o de retardo mental con 19,4 % problemas para aprender matemáticas; 13,1 % problemas para aprender a leer o escribir; 15,9 % problemas para fijar, mantener la atención o concentrarse; 7,3 % para el del ítem parece lento o retardado para aprender, y 19,6 % el ítem sobre lenguaje anormal.
- La región Atlántica y la Central poseen una mayor prevalencia tanto para la presencia de 1 y 2 síntomas, seguidos de Bogotá, Pacífica y Oriental.
- La prevalencia de RQC positivo es ligeramente mayor para la población infantil en situación de pobreza con 26,7 % vs. 27,8 % (sin pobreza) para un problema y 18,6 % vs. 16,7 % para 2 o más problemas.

3.1.5.2. Consumo de sustancias psicoactivas

- La prevalencia de consumo de cigarrillos, alcohol y otras sustancias psicoactivas es bajo en la población infantil colombiana entre 7 y 11 años de edad.
- La edad de inicio de consumo las sustancias reportadas: alcohol, cigarrillo, y las sustancias ilícitas reportadas inicia

en algunos a los 11 años o antes en algunas de las personas encuestadas.

3.1.5.3. Consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos en población infantil

- El 11,7 % (IC95 %: 10,4-13,2) de la población infantil entre 7 y 11 años ha estado expuesta a algún evento traumático, de ellos el 38,6 % (IC95 %: 32,6-45,0) podrían tener algún problema psicológico secundario.
- Al evaluar la escala PCL modificada el 46,8 % (IC95 %: 40,5-53,2) presentan por lo menos un síntoma, el 20 % (IC95 %: 15,5-25,5) de la población infantil se encuentra más prevenida o se alerta frente a lo que pasa a su alrededor, el 14,1 % (IC95 %: 10,4-19,4) tiene pensamientos o imágenes molestas acerca del evento, el 12,7 % (IC95 %: 8,9-17,7) evita hablar o expresar sentimientos acerca de este, el 12,3 % (IC95 %: 8,8-17,0) reacciona con molestia, temor, irritable, triste, bravo o con culpa cuando alguno se lo recuerda, el 11,2 % (IC95 %: 7,7-15,9) tiene ataque de ira o pataletas.
- Un 9,2 % de población infantil presenta algún riesgo de TEPT con una prevalencia ligeramente más alta para niñas 10,6 % vs. 8,2 %.
- El riesgo de TEPT es mayor en población en situación de pobreza y en zona uraba. Sin embargo estas estimaciones podrían ser imprecisas por tener CVE mayores a 20.

3.1.6. Recomendaciones

- La magnitud de los problemas sugeridos por el cuestionario RQC, las preguntas trazadoras de otros síntomas mentales, el inicio de consumo de sustancias psicoactivas, las respuestas a eventos traumáticos y el riesgo de TEPT sugieren la necesidad de diseñar e implementar acciones eficaces para detectar y prevenir la instalación de un cuadro psicopatológico en población infantil en riesgo, así como de una intervención temprana y oportuna en aquellos que ya hayan desarrollado un trastorno. Igualmente se requiere evaluar el riesgo psicosocial de los cuidadores de los niños y niñas con posibles problemas y trastornos.
- Con los presentes datos sobre posible psicopatología en la población infantil se evidencia la necesidad de fortalecer las competencias del personal y los profesionales de salud, especialmente en el nivel de atención primaria, para atender adecuadamente la potencial demanda de servi-

cios por parte de este colectivo, así como el desarrollo de guías o protocolos sobre detección temprana y manejo a las diversas problemáticas de la población infantil.

- Se requiere la implementación de intervenciones integrales con acciones de educación en el entorno familiar, comunitario e instituciones escolares, así como formación a los profesionales de otras áreas con el fin de lograr una efectiva promoción, prevención, detección temprana y enrutamiento a los servicios de salud de la población infantil que evidencien los problemas estudiados.
- Los resultados en materia de posibles problemas de aprendizaje y posibles problemas mentales suponen un reto para el sector educativo de capacitar a orientadores escolares y maestros en salud mental, así como de involucrar sistemas de detección e intervención de problemas de aprendizaje, atención y lenguaje que mejoren la capacidad de aprendizaje y la calidad de la educación.
- Es deseable regular y estandarizar la forma y el momento en el cual se deben practicar valoraciones cognoscitivas y de aprendizaje al interior del sector salud y coordinar las mismas con aquellas estrategias del sector educativo y el ICBF. Una sola forma de evaluar el desarrollo de las capacidades de atender, comunicarse, aprender y adquirir conocimiento debería estandarizarse brindando acceso a instrumentos de tamizaje estandarizados que sirvan al sector salud y educativo.
- Si bien es cierto, los instrumentos de este apartado no hacen diagnóstico clínico, llama la atención la alta prevalencia de indicadores de trastornos de lenguaje, posible retardo mental y dificultad de socialización, que hace deseable un sistema de detección temprana de alteraciones en estas funciones incluidos otros como los trastornos del espectro autista.
- Se requiere fortalecer las redes de referencia de salud mental y dotar al sector salud de más personal capacitado en detección en el nivel de atención primaria. Si bien los síntomas reportados no suponen en todos los entrevistados un trastorno mental, si reflejan síntomas o sufrimiento psicológico que deben ser atendidos.
- Se requiere continuar trabajando en la construcción de paz con el fin de disminuir los riesgos asociados a la aparición y desarrollo de problemáticas derivadas de la presencia y sufrimiento de eventos traumáticos por parte de la población infantil y sus familias.

3.1.7. Acciones

3.1.7.1. De prevención frente a los problemas y trastornos de salud mental

Aun cuando los instrumentos de este apartado no hacen diagnóstico clínico, llama la atención la alta prevalencia de indicadores de posibles trastornos. Ello lo confirman los grupos de riesgo de trastornos psicosociales, del comportamiento y mentales, y hace necesario, en el marco del modelo integral de atención en salud y de las rutas integrales de atención, estrategias dirigidas a los diferentes grupos etarios.

La estrategia más importante en población infantil es el *fortalecimiento de las competencias del personal de salud y de educación (especialmente de los equipos básicos)*, para que:

- En la valoración integral, se puedan detectar alteraciones de lenguaje, trastornos del aprendizaje, posible retardo mental y dificultad de socialización, otros síntomas mentales, inicio de consumo de sustancias psicoactivas, trastornos del espectro autista, así como problemas sugeridos por el cuestionario RQC y de problemas.
- Se identifique y atienda el sufrimiento ante eventos traumáticos por parte de la población infantil y de sus familias, al igual que el riesgo de TEPT.
- Se prevenga la instalación de cuadros psicopatológicos, realizando intervenciones tempranas y oportunas en aquellos que hayan desarrollado un trastorno, apoyados en protocolos o guías de práctica clínica sobre detección temprana y manejo.
- Se evalúe el riesgo psicosocial de los cuidadores de los niños y niñas con posibles problemas y trastornos mentales.

3.1.7.2. Intersectoriales que apunten a la promoción de la salud mental y a la prevención de la enfermedad mental

- Estrategia: capacitación al personal educativo. Dentro de las acciones intersectoriales, las del entorno educativo deben contemplar la capacitación en salud mental a orientadores escolares y docentes, en la detección e intervención de problemas de aprendizaje, atención y lenguaje que mejoren las posibilidades de desempeño y la calidad de la educación.
- Estrategia: implementación de mecanismos de evaluación educativa y laboral con enfoque diferencial. Regular y es-

tandarizar la forma y el momento para las valoraciones cognoscitivas y de aprendizaje en conjunto con el sector educativo y el ICBF, adoptando instrumentos de tamizaje comunes para evaluar el desarrollo de las capacidades de atender, comunicarse, aprender y adquirir conocimiento.

- Estrategia: intervenciones integrales en la comunidad educativa. Reforzar las intervenciones integrales con acciones de educación en el entorno familiar, comunitario e instituciones escolares, así como formación a los profesionales de otras áreas, con el fin de lograr una efectiva promoción, prevención, detección temprana y enrutamiento a los ser-

vicios de salud de la población infantil que evidencie los problemas estudiados.

3.1.7.3. *Que favorezcan la generación de una ruta integral de salud mental dirigida a toda la comunidad*

Fortalecer las redes integradas de servicios garantizando la oferta de atención en salud mental para todos los problemas de salud mental expuestos, limitando los cuellos de botella entre los servicios educativos y los servicios de salud.

Referencias

1. United States PHS, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health. Mental health: A report of the Surgeon General [Internet]. University of Michigan Library; 1999. Available from: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBHS.pdf>
2. UNICEF. Positive indicators of child well-being: a conceptual framework, measures, and methodological issues. Florence; 2009.
3. Jensen PS, Hoagwood K, Petti T. Outcomes of mental health care for children and adolescents: II. Literature review and application of a comprehensive model. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Aug;35(8):1064-77.
4. WHO. *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva: World Health Organization; 2005. 81 p.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Washington; 2004.
6. Giel R, de Arango MV, Climent CE, Harding TW, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. A report from the WHO collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. *Pediatrics*. 1981 Nov;68(5):677-83.
7. Ministerio de Salud, Universidad CES. *Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Colombia, 1993* [Internet]. Carrera Séptima; 1994. Available from: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf
8. Climent C, Arango MV. *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. 1983rd ed. Washington: OPS;
9. Achenbach T. *Manual for the child: behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: Univ Vermont/Dept Psychiatry; 1983. 230 p.
10. Caraveo Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera parte. *Salud Ment*. 2006;29(6):64-72.
11. Gómez Espinoza, Mario, Rico Díaz, Humbert, Caraveo Anduaga, Jorge, Guerrero Cansino, Guadalupe. Validez de un instrumento de tamizaje (RQC). *An Inst Mex Psiquiatr Reseña VIII*. 1993;4:204-8.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental* [Internet]. Washington: OPS; 2010.

13. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D. C.: OPS; 2009.
14. Informe sobre la salud en el mundo 2001: salud mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
15. Ahmad A, Abdul-Majeed AM, Siddiq AA, Jabar F, Qahar J, Rasheed J, et al. Reporting questionnaire for children as a screening instrument for child mental health problems in Iraqi Kurdistan. *Transcult Psychiatry*. 2007 Mar;44(1):5-26.
16. Desta M. Epidemiology of child psychiatric disorders in Addis Ababa, Ethiopia. 2008th ed. Print & Media.
17. Desta M. Epidemiology of child psychiatric disorders in Addis Ababa, Ethiopia. 2008th ed. Print & Media.
18. Ministerio de la Protección Social, UNODC, Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Universidad CES. Indicadores de trastornos de salud mental en población desplazada Colombia, 2010 [Internet]. Medellín, Colombia; 2010.
19. Leonard H, Wen X. The epidemiology of mental retardation: challenges and opportunities in the new millennium. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002;8(3):117-34.
20. Leonard H, Petterson B, Bower C, Sanders R. Prevalence of intellectual disability in Western Australia. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2003 Jan 1;17(1):58-67.
21. Rantakallio P, von Wendt L. Mental retardation and subnormality in a birth cohort of 12,000 children in Northern Finland. *Am J Ment Defic*. 1986 Jan;90(4):380-7.
22. Maulik P, Harbour C. Epidemiology of Intellectual Disability. *Epidemiology of intellectual disability* [Internet].
23. Candace C, Horowitz S. The State of Learning Disabilities: Facts, Trends and Emerging Issues. National Center for Learning; 2014.
24. Altarac M, Saroha E. Lifetime prevalence of learning disability among US children. *Pediatrics*. 2007 Feb;119 Suppl 1:S77-83.
25. Padilla M AC, Gómez-Restrepo C, Rodríguez V, Dávila M, Avella-García CB, Caballero A, et al. Prevalencia y características del síndrome de agotamiento profesional (SAP) en docentes de tres colegios públicos de Bogotá (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009 Mar;38(1):50-65.
26. Gómez-Restrepo C, Rodríguez V, Padilla M AC, Avella-García CB. El docente, su entorno y el síndrome de agotamiento profesional (SAP) en colegios públicos en Bogotá (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009 Jun;38(2):279-93.
27. Esser G, Schmidt MH, Woerner W. Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children--results of a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry*. 1990 Jan;31(2):243-63.
28. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Jan;61(1):85-93.
29. Green H, McGinnity Á, Meltzer H, Ford T, Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Newport: Crown; 2005.
30. Observatorio de Drogas de Colombia MInisterios de Justicia y del Derecho, Educación Nacional, Salud y Protección Social, UNODC, CICAD, OEA. Estudio Nacional Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar [Internet]. 2011.
31. Fonseca REC, Vera YDM, Cardona JCF, Ojeda LM, Rincón LR, Ortiz LPM, et al. Diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Rev Cienc Cuid*. 2012;9(2):26-35.

32. Torres de Galvis Y. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Medellín WHO World Ment Health Surv Consort Secr Salud Medellín-Grupo Salud Ment. 2012;
33. Johnson JL, Leff M. Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics*. 1999 May;103(5 Pt 2):1085-99.
34. Belcher HM, Shinitzky HE. Substance abuse in children: prediction, protection, and prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998 Oct;152(10):952-60.
35. Wagner FA, Anthony JC. From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2002 Apr;26(4):479-88.
36. Pfefferbaum B, Jacobs AK, Griffin N, Houston JB. Children's Disaster Reactions: the Influence of Exposure and Personal Characteristics. *Curr Psychiatry Rep*. 2015 Jul;17(7):598.
37. Coffman S. Children's reactions to disaster. *J Pediatr Nurs*. 1998 Dec;13(6):376-82.
38. Caffo E, Belaise C. Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003 Jul;12(3):493-535.
39. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic Stress Disorder. *Int J Occup Environ Med*. 2012 Jan;3(1):2-9.
40. American Association of Psychiatry (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition: DSM-5. 5 edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
41. World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders [Internet]. Geneva; 1993.
42. Stoddard FJ. Outcomes of traumatic exposure. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014 Apr;23(2): 243-56, viii.
43. Seino K, Takano T, Mashal T, Hemat S, Nakamura K. Prevalence of and factors influencing post-traumatic stress disorder among mothers of children under five in Kabul, Afghanistan, after decades of armed conflicts. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:29.
44. Feldman R, Vengrober A. Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Jul;50(7):645-58.
45. Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S. The prevalence of war-related post-traumatic stress disorder in children from Cundinamarca, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2005 Nov;7(3): 268-80.
46. Thabet AA, Abu Tawahina A, El Sarraj E, Vostanis P. Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Jun;17(4):191-9.
47. Thabet AA, Vostanis P. Post traumatic stress disorder reactions in children of war: a longitudinal study. *Child Abuse Negl*. 2000 Feb;24(2):291-8.
48. Lokuge K, Shah T, Pintaldi G, Thurber K, Martínez-Viciano C, Cristobal M, et al. Mental health services for children exposed to armed conflict: Médecins Sans Frontières' experience in the Democratic Republic of Congo, Iraq and the occupied Palestinian territory. *Paediatr Int Child Health*. 2013 Nov;33(4):259-72.
49. Dimitry L. A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child Care Health Dev*. 2012 Mar;38(2):153-61.
50. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Epidemiol Rev*. 2005 Jul 1;27(1):78-91.
51. Attanayake V, McKay R, Joffres M, Singh S, Burkle F, Mills E. Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Med Confl Surviv*. 2009 Mar;25(1): 4-19.

52. Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S. [The prevalence of war-related post-traumatic stress disorder in children from Cundinamarca, Colombia]. *Rev Salud Pública Bogotá Colomb.* 2005 Dec;7(3):268-80.
53. Palacio J, Abello R, Madariaga C, Sabatier C. Estrés post-traumático en jóvenes desplazados por la violencia política en Colombia. In *Intersalud*; 2001.
54. Wilkins KC, Lang AJ, Norman SB. Synthesis of the Psychometric Properties of the PTSD Checklist (PCL) Military, Civilian, and Specific Versions. *Depress Anxiety.* 2011 Jul;28(7):596-606.
55. Meltzer H, Gatward R, Great Britain, Office for National Statistics, Social Survey Division. The mental health of children and adolescents in Great Britain: the report of a survey carried out in 1999 by Social Survey Division of the Office for National Statistics on behalf of the Department of Health, the Scottish Health Executive and the National Assembly for Wales. London: Stationery Office; 2000.
56. Razokhi AH, Taha IK, Taib NI, Sadik S, Al Gasseer N. Mental health of Iraqi children. *Lancet.* 2006 Sep 2;368(9538):838-9.
57. Locke CJ, Southwick K, McCloskey LA, Fernández-Esquer ME. The psychological and medical sequelae of war in Central American refugee mothers and children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996 Aug;150(8):822-8.
58. Catani C, Jacob N, Schauer E, Kohila M, Neuner F. Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry.* 2008;8:33.
59. Gómez-Restrepo C, Tamayo-Martínez N, Ayala-Corredor C, Carrasco-Gil A, Padilla-Muñoz A, Garzón DF, et al. Conocimiento adquirido y adherencia en un diplomado sobre la salud mental para docentes orientadores. *Rev Salud Pública.* 2014 Dec;16(6):821-33.
60. Programa intervenciones APS/PUJ-HUSI/Colciencias. Reducción carga trastorno mental orientando hacia la salud mental. s. d.

3.2. Problemas de salud mental en adolescentes y adultos

3.2.1. Problemas en general

El bienestar mental hace parte del concepto de salud; sin embargo, la presencia de eventos estresantes puede generar malestar y problemas en la interacción con otros (1), que no sean tan graves como un trastorno mental. Los adolescentes son una población con alta prevalencia de síntomas psicopatológicos (2). Entre las explicaciones que se han dado para este hecho son los cambios propios de esta población como el inicio de la pubertad, la identificación con sus pares, el inicio de sus actividades sexuales, etc. (3). En cuanto a la población adulta, se ha visto que uno de los mayores determinantes para presentar estos síntomas son los problemas económicos (4), los problemas de pareja y de familia y los aspectos laborales, aunados a las situaciones propias del país.

3.2.1.1. Factores asociados

Están la exposición a eventos estresantes, que incluyen una amplia gama de eventos como la presencia de alguna enfermedad (5), haber sobrevivido a un desastre natural (6), haber estado expuesto a algún tipo de maltrato físico o psicológico (7), el vivir en condiciones de pobreza (2,8,9), el vivir con una persona que padece algún tipo de enfermedad mental (10) e, incluso, eventos en el ambiente laboral (11).

3.2.1.2. Impacto

La ausencia de bienestar psicológico se ha visto relacionada con aumento del riesgo de padecer de alguna enfermedad mental (9), disminución del desempeño laboral (12) y enfermedades físicas (13-15).

3.2.1.3. Estudios epidemiológicos

En Vietnam, al evaluar la relación entre la salud mental de los cuidadores y la prevalencia de problemas en los adolescentes, se relacionaban la presencia de síntomas en el cuidador con la de los adolescentes (10). En un estudio realizado en adolescentes en Irán aplicando el Self-Reporting Questionnaire (SRQ), que es una escala que evalúa problemas de salud mental, se encontró que las mujeres eran las que más puntaje tenían en el cuestionario aplicado, pero la prevalencia de los problemas psicológicos no presentaba ninguna diferencia, pues los problemas de conducta fueron los más

prevalentes en esta población, al presentarse en el 34,7% de ellos (2).

En Colombia, en 11.596 personas desplazadas se encontró que los síntomas más frecuentes fueron dolor de cabeza (64,4%); sentirse triste, nervioso o aburrido (62,8%); sentir que es una persona mucho más valiosa de lo que piensan los demás (62%), y pensar en acabar con su vida (19%) (8).

3.2.1.4. Resultados

Se obtienen los resultados de este ítem de los puntajes obtenidos en el cuestionario del SRQ. Este es un instrumento diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de un estudio colaborador sobre estrategias para extender los servicios de salud mental (16). El instrumento señala psicopatología probable sin esbozar el diagnóstico. Ello permite situar de mejor manera la problemática en salud mental sin basarse exclusivamente en el diagnóstico de patologías (17). Consta de dos partes: un bloque con 20 preguntas (SRQ-20): para síndrome ansioso (10 preguntas) y depresivo (13 preguntas), algunas preguntas son compartidas (tres), en este bloque once o más respuestas positivas de las 20 sugieren una alta probabilidad de trastorno mental (depresión, ansiedad o ambas); no obstante, para este trabajo consideramos 8 o más síntomas positivos, lo cual es compatible con tener al menos un problema.

Por otra parte, enunciamos las subescalas de ansiedad y depresión de acuerdo con el número de síntomas planteados en las recomendaciones originales del cuestionario; un segundo segmento de 4 preguntas que hacen referencia a síntomas mentales de tipo psicótico, donde una sola pregunta positiva sugiere posible trastorno psicótico, para este segmento se decidió tener 1 de 2 preguntas (1. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?, 2. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?), la tercera y cuarta preguntas (3. ¿Usted es mucho más importante de lo que los demás piensan?, 4. ¿Siente que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?) se evalúan y describen, pero no incluyen para el puntaje final del SRQ, puesto que es muy posible que un número muy alto de personas la responden de forma positiva suscitado por las circunstancias de violencia e inseguridad del país, más que por síntomas de psicosis. Esta decisión había sido ya tomada igualmente en el análisis secundario del ENSM de 1993; el tercer segmento tiene una pregunta sobre convulsiones, que sugiere síndrome convulsivo o epilepsia y, en algunos casos, un cuarto segmento que

indaga mediante cinco preguntas acerca del consumo de alcohol, que en este caso no se realizaron por haber sido evaluado el uso del mismo con el AUDIT A y C (18-20).

En el presente estudio se aplica el SRQ en adolescentes entre 12 y 17 años, adultos de 18 a 44 y adultos mayores de 45 años. Llamaremos SRQ a todo el instrumento (depresión, ansiedad, psicosis y epilepsia) y un SRQ positivo si cualquiera de estas subescalas es positiva. El SRQ-20 aquel que pregunta sobre ansiedad y depresión.

3.2.1.4.1. SRQ-Adolescentes

En este grupo de edad el SRQ fue positivo para el 12,2% de las personas, siendo mayor en mujeres (13,2%) que en hombres (11,2%). Por otra parte, de los ítems que hacen referencia a problemas depresivos o ansiosos (20 preguntas) el 13,2% de las mujeres y el 11,2% de los hombres tenían 8 o más síntomas (tabla 5.52).

Tabla 5.52. SRQ según tipo de síntomas en población colombiana de 12 a 17 años

SRQ como indicador de trastorno mental	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
SRQ positivo para algún trastorno mental	11,2	9,0-13,9	13,2	10,9-15,9	12,2	10,6-14,1
SRQ ansiedad						
Ningún síntoma	53,6	49,7-57,4	40,7	37,0-44,5	47,1	44,4-49,8
Número bajo de síntomas ansiosos (1 a 2)	33,6	30,1-37,4	40,5	36,8-44,3	37,1	34,5-39,7
Número medio de síntomas ansiosos (3 a 4)	10,1	7,9-12,8	13,0	10,7-15,8	11,6	9,9-13,5
Número alto de síntomas ansiosos (más de 5)	*	*	5,8	4,4-7,7	4,3	3,3-5,4
SRQ depresión						
Número bajos de síntomas bajo depresión (1 a 3)	81,6	78,4-84,4	79,0	75,8-81,9	80,3	78,0-82,4
Número medio de síntomas depresión (4 a 6)	15,0	12,5-18,0	16,6	14,0-19,6	15,8	14,0-17,9
Número alto de síntomas depresión (más de 7)	*	*	4,4	3,1-6,1	3,9	3,0-5,1
SRQ psicosis						
Uno de dos síntomas indicadores de psicosis positivo	8,9	6,9-11,3	11,4	9,2-14,0	10,1	8,6-11,8
SRQ epilepsia						
Un síntoma indicador sugestivo de epilepsia positivo	*	*	*	*	2,0	1,4-2,9

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

Acerca del número de síntomas ansiosos por lo menos un 52,9% de las personas tienen uno o más síntomas de ansiedad, siendo 59,3% de las mujeres y 46,4% de los hombres.

Manifiestan tres o cuatro síntomas de ansiedad el 13% de las mujeres y el 10,1% de los hombres (tabla 5.53).

Tabla 5.53. Número de síntomas depresivos o ansiosos reportados en el SRQ en la población de 12 a 17 años según sexo

Número de problemas (síntomas)	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
2	29,9	26,5-33,5	23,2	20,1-26,6	26,5	24,2-29,0
3	23,4	20,4-26,8	22,2	19,2-25,6	22,8	20,6-25,2
4	16,8	14,1-19,9	16,9	14,3-19,9	16,8	14,9-19,0
5	8,2	6,3-10,6	10,8	8,7-13,5	9,5	8,0-11,2
6	6,9	5,2-9,2	7,9	6,0-10,1	7,4	6,1-9,0
7	4,7	3,3-6,8	4,8	3,4-6,7	4,8	3,7-6,1
8 o más	9,8	7,8-12,2	14,2	11,8-17,0	12,0	10,4-13,8

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%.

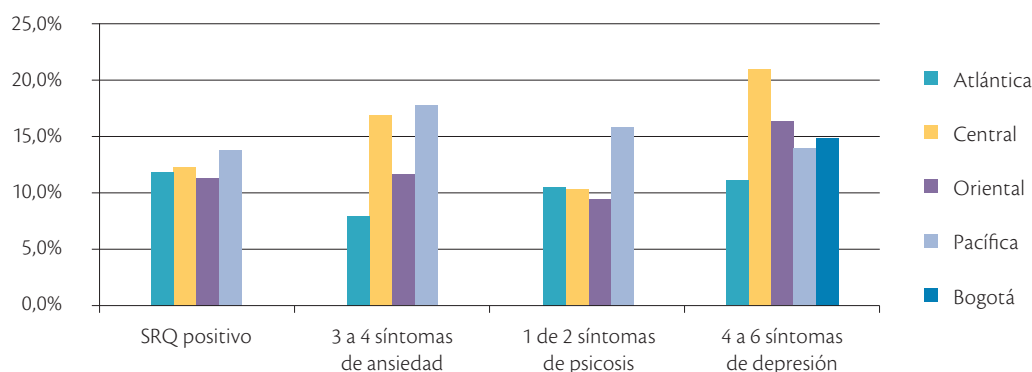
Nota 2: Estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: Las estimaciones de los indicadores de ningún problema y un problema a no se incluyen en la tabla porque no se encontró ninguna frecuencia.

De manera general, un 2% de los adolescentes poseen síntomas sugestivos de convulsiones o epilepsia y un 10,1% síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis (tabla 5.53). Respecto al número de síntomas depresivos, todos los adolescentes presentaron por lo menos un síntoma, de los cuales alrededor de 80% de los hombres y mujeres tienen de 1 a 3 síntomas. El 16,6% de las mujeres y el 15% de los hombres manifiestan de 4 a 6 síntomas. Respecto al número de síntomas depresivos o ansiosos tenemos que tiene 8 o más son reportados por 9,8% de los hombres y 14,2% de las mujeres.

Por regiones vemos de manera general que el SRQ es positivo entre el 11,7% y el 13,8% de los adolescentes en las regiones sin diferencias que resaltar entre ellas. Al realizar el análisis para 3 a 4 síntomas sugestivos de ansiedad se obtiene que las regiones Pacífica (17,7%; IC 95 %: 8,7-17,3) y Central

(16,8%, IC 95 %: 12,5-22,1) presentan las mayores prevalencias. Para depresión de 4 a 6 síntomas tenemos el 20,9% (IC 95 %: 16,2-26,5) de los adolescentes en la región Central y el 16,2% (IC 95 %: 12,5-20,9) de las personas entre los 12 y 17 años de edad en la región Oriental. En psicosis la región pacífica (15,7%; IC 95 %: 10,9-20,2) tiene la mayor prevalencia (gráfica 5.32). Al analizar la prevalencia de problemas según la situación de pobreza el SRQ es positivo cómo indicador de posible psicopatología en el 12,2% (IC 95 %: 9,1-16,3) en las personas con esta condición y del 12,2% (IC 95 %: 10,4-14,4) en las que no. Respecto a posible psicosis son similares los datos con 8,8% (IC 95 %: 6,1-12,4) en el grupo de pobreza y 10,5% (IC 95 %: 8,8-12,5) los que no tiene esta condición. Los síntomas depresión, ansiedad y posible epilepsia son imprecisos por lo que no se presentan.



Gráfica 5.32. Prevalencias de síntomas por positividad para posible trastorno mental y tipo del SRQ por regiones en personas entre 12 y 17 años

Nota: no se grafica Bogotá para SRQ positivo porque su estimador es impreciso.

Globalmente se observa que más del 50,5% de las personas tiene por lo menos 4 síntomas referidos en las subescalas depresión y ansiedad del SRQ, siendo la proporción mayor en mujeres (54,5%) que en hombres (46,4%) (tabla 5.54). Los síntomas más frecuentemente reportados son: *Usted es más importante de lo que los demás piensan* (46,5%), con una prevalencia en mujeres de 49,4% y en hombres de 43,5; seguido

por *se asusta con facilidad* (24,6%), con una prevalencia en mujeres del 30,4% y en hombres 18,7%; lo siguen *dolores frecuentes de cabeza* (20,5%) siendo hombres el 15,1% y las mujeres el 25,8%; *sentir que alguien trata de herirlo de alguna forma* (16,2%), y *sentirse nervioso, tenso y aburrido* (14,4%). La *idea de acabar con su vida* es del 6,2% para todo el grupo, siendo 7,4% para las mujeres y 4,9% para los hombres.

Tabla 5.54. Descripción de síntomas en la población de 12 a 17 años según sexo

Síntomas mentales	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Dolores de cabeza frecuentes	15,1	12,5-18,2	25,8	22,7-29,2	20,5	18,4-22,7
Mal apetito	10,3	8,1-13,0	15,0	12,5-18,0	12,7	11,0-14,6
Duerme mal	6,3	4,7-8,5	7,5	5,8-9,8	6,9	5,7-8,4
Se asusta con facilidad	18,7	15,9-21,9	30,4	27,0-34,0	24,6	22,3-27,0
Sufre de temblor en las manos	4,7	3,3-6,6	6,3	4,8-8,4	5,5	4,4-6,9
Se siente nervioso, tenso o aburrido	14,3	11,8-17,3	14,5	12,1-17,3	14,4	12,6-16,4
Sufre de mala digestión	*	*	6,1	4,5-8,2	4,7	3,7-6,0
Tiene problemas para pensar con claridad	8,5	6,6-10,9	10,0	7,9-12,4	9,2	7,8-10,9
Se siente triste	8,8	6,8-11,2	10,5	8,5-13,0	9,7	8,2-11,4
Llora con mucha frecuencia	6,1	4,5-8,3	13,4	11,0-16,2	9,8	8,3-11,5
Tiene dificultad para disfrutar sus actividades diarias	4,9	3,5-6,9	4,3	3,0-6,1	4,6	3,6-5,9

Síntomas mentales	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Tiene dificultad para tomar decisiones	11,3	9,1-14,0	14,7	12,2-17,5	13,0	11,3-14,9
Tiene dificultad para hacer su trabajo	4,7	3,3-6,6	3,7	2,5-5,4	4,2	3,2-5,4
Es incapaz desempeñar un papel útil en su vida	*	*	*	*-*	2,1	1,5-3,1
Ha perdido interés en las cosas	11,1	8,8-13,8	9,2	7,3-11,5	10,1	8,6-11,9
Siente que usted es una persona inútil	*	*	*	*-*	2,9	2,1-4,0
Ha tenido la idea de acabar con su vida	4,9	3,5-6,8	7,4	5,7-9,6	6,2	5,0-7,5
Se siente cansado todo el tiempo	5,4	3,9-7,5	6,2	4,6-8,3	5,8	4,7-7,2
Tiene sensaciones desagradables en su estómago	*	*	5,3	3,8-7,2	4,3	3,3-5,5
Se cansa con facilidad	12,1	9,7-14,9	14,5	12,1-17,4	13,3	11,6-15,2
Siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma	15,1	12,5-18,0	17,3	14,6-20,3	16,2	14,3-18,2
Usted es mucho más importante de lo que los demás piensan	43,5	39,7-47,4	49,4	45,6-53,2	46,5	43,8-49,2
Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento	4,8	3,4-6,7	7,3	5,6-9,5	6,1	4,9-7,5
Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír	5,6	4,1-7,6	6,0	4,5-7,9	5,8	4,7-7,2
Ha tenido convulsiones o ataques	*	*	*	*-*	2,0	1,4-2,9

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

3.2.1.4.2. SRQ-Adultos entre 18 y 44 años

Para este grupo el SRQ global fue positivo para el 9,6% de las personas, siendo mayor en mujeres (10,8%) que en hombres (7,9%). De los ítems que hacen referencia a problemas depre-

sivos o ansiosos, alrededor del doble de las mujeres lo reportan con el 17,2% de las mujeres y 9,1% de los hombres con 8 o más síntomas (tablas 5.55 y 5.56).

Tabla 5.55. Número de problemas (síntomas) depresivos o ansiosos reportados en el SRQ en la población de 18 a 44 años

Número de síntomas	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
2	34,6	32,4-36,8	20,2	18,7-21,8	26,2	24,9-27,5
3	26,4	24,4-28,4	20,9	19,4-22,5	23,2	22,0-24,4
4	13,1	11,7-14,7	15,5	14,1-16,9	14,5	13,5-15,6
5	8,4	7,2-9,8	11,1	10,0-12,4	10,0	9,1-10,9
6	5,7	4,7-6,8	8,3	7,3-9,4	7,2	6,5-8,0
7	2,8	2,1-3,6	6,6	5,7-7,6	5,0	4,4-5,7
8 o más	9,1	7,8-10,5	17,2	15,8-18,7	13,8	12,8-14,8

Nota: las estimaciones de los indicadores de ningún síntoma y de uno no se incluyen en la tabla porque no se encontró ninguna frecuencia.

Tabla 5.56. SRQ según tipo de síntomas en personas entre 18 y 44 años según sexo

Síntomas de SRQ	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
SRQ indicador de trastorno mental	7,9	6,7-9,2	10,8	9,7-12,1	9,6	8,8-10,5
SRQ ansiedad						
Ningún síntoma	62,5	60,2-64,6	39,6	37,7-41,5	49,2	47,7-50,6
Número de síntomas bajo de ansiedad (1 a 2 síntomas)	26,4	24,5-28,5	35,8	34,0-37,7	31,9	30,5-33,3
Número de síntomas medio de ansiedad (3 a 4 síntomas)	7,8	6,6-9,1	15,6	14,3-17,0	12,3	11,4-13,3
SRQ depresión						
Número de síntomas bajo depresión (1 a 3 síntomas)	84,9	83,2-86,5	76,9	75,2-78,5	80,2	79,0-81,4
Número de síntomas medio depresión (4 a 6 síntomas)	11,9	10,5-13,5	18,2	16,8-19,8	15,6	14,6-16,7
Número de síntomas alto depresión (más de 7 síntomas)	3,2	2,5-4,1	4,9	4,1-5,8	4,2	3,6-4,8
Número de síntomas alto de ansiedad (más de 5 síntomas)	3,3	2,6-4,3	9,0	8,0-10,2	6,7	6,0-7,4
SRQ psicosis						
1 de 2 síntomas indicadores de psicosis positivo	6,2	5,27,4	7,7	6,8- 8,8	7,1	6,4-7,9
SRQ epilepsia						
Un síntoma indicador sugestivo de epilepsia positivo	*	*	1,3	0,9-1,8	1,2	1,0-1,6

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%.

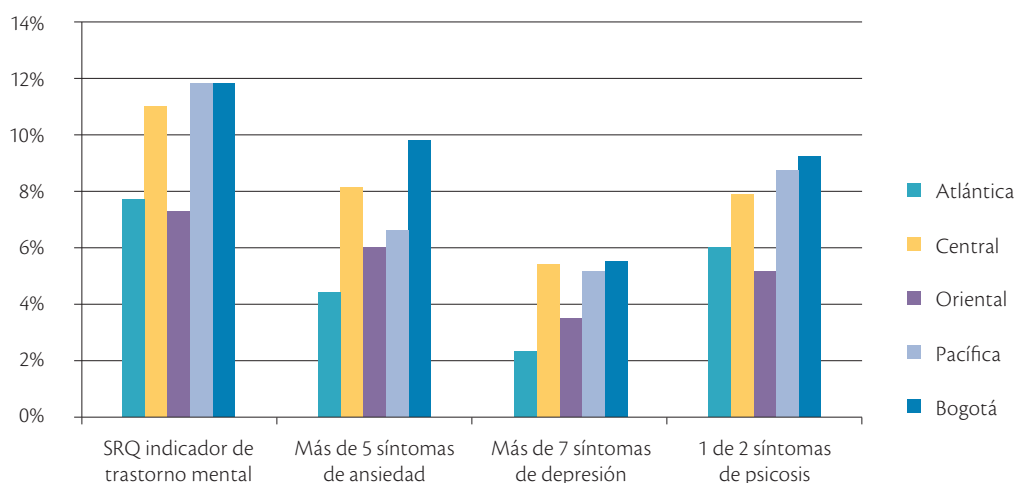
Nota 2: Las estimaciones de los indicadores de ningún síntoma dentro de SRQ depresión no se incluyen en la tabla porque no se encontró ninguna frecuencia

Los síntomas ansiosos están presentes en por lo menos un 52,9% de las personas con uno o más síntomas de ansiedad, siendo 59,3% de las mujeres y 46,4% de los hombres. Tienen 5 o más síntomas de ansiedad el 9% de las mujeres y el 3,3% de los hombres, esto es alrededor de 3 veces menos.

Respecto al número de síntomas depresivos, el 80,2% de los adultos del grupo manifiestan de 1 a 3 síntomas, el 4,9% de las mujeres y el 3,2% de los hombres manifiestan más de 7 síntomas. El 1,2% de los adultos de este grupo poseen síntomas sugestivos de convulsiones o epilepsia y un 7,1% síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis (tabla 5.56).

Por regiones el SRQ es positivo en aproximadamente el 11% de las personas en este grupo etario en Bogotá, región Pacífica y Central y del 7% en Atlántico y región Oriental. Al realizar el análisis para 5 o más síntomas sugestivos de ansiedad tenemos la mayor prevalencia en Bogotá (9,8%) y la me-

nor en región Atlántica con 4,4%. Para depresión manifiestan la mayor prevalencia, de 7 o más síntomas en Bogotá (5,5%) y la menor en Atlántico con 2,3%. Para síntomas sugestivos de psicosis presentan la mayor frecuencia Bogotá (9,2%) y región Oriental (8,7%) (gráfica 5.33). Al analizar la prevalencia de problemas según la situación de pobreza el SRQ es positivo como indicador de posible psicopatología con el 9,9% (IC 95%: 7,8-12,5) en las personas con esta condición y del 9,5% (IC 95%: 8,6-11,0) en las que no, también son similares los datos en ambos grupos para ansiedad 3,3% (IC 95%: 2,7-5,8) comparado con 3,3% (IC 95%: C 2,8-4,0) de los que no están en esta condición, para posible psicosis son 7,4% (IC 95% 5,6-9,8) y 7,0% (IC 95% 6,3-7,9), los síntomas altos depresión 4,9% (IC 95%: 3,6-6,9) en el grupo de pobreza vs. 4,0% (IC 95% 3,5-4,7), los indicadores posible epilepsia son imprecisos por lo que no se presentan.



Gráfica 5.33. Tipo de síntomas del SRQ según regiones en población Colombiana entre 18 y 44 años

En general, se observa que más del 50,5% de las personas tiene por lo menos 4 problemas referidos en las subescalas de ansiedad y depresión SRQ, siendo la proporción en mujeres de 58,7% y en hombres 39,0% (tabla 4). Siendo los síntomas más frecuentemente reportados: *Usted es más importante de lo que los demás piensan* (51,2%) con una prevalencia en mujeres de 54,9% y en hombres de 46,1%, seguido de *dolores frecuentes de cabeza* (24,1%) siendo el doble en las mujeres con 30,9% vs. los hombres con el 14,6%; seguido por *se asusta con facilidad* (23%) con una prevalencia en mujeres del 31,7% y en hombres 10,9%; lo siguen *sentir que alguien trata de herirlo de alguna forma* (22,9%); y *sentirse nervioso, tenso*

y *aburrido* (14,7%). La *idea de acabar con su vida* es del 6,8% para todo el grupo, siendo 7,5% para las mujeres y 5,8% para los hombres.

En las mujeres, el síntoma más frecuente fue *soy más importante que lo que los demás piensan* (54,9%), seguido de *asustarse con facilidad* (31,7%) y *dolores de cabeza frecuentes* (30,9%). Para los hombres el problema más frecuente es *usted es más importante de lo que los demás piensan* (46,1%), seguido de *siente que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma* (18,0%) y *presentar dolores de cabeza frecuentes* (14,6%) (tabla 5.57).

Tabla 5.57. Descripción de síntomas en las personas entre 18 y 44 años según sexo

Síntomas mentales	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Dolores de cabeza frecuentes	14,6	13,1-16,3	30,9	29,2-32,7	24,1	22,9-25,4
Mal apetito	5,9	4,9-7,0	12,8	11,6-14,2	9,9	9,1-10,8
Duerme mal	10,0	8,7-11,4	14,4	13,1-15,8	12,6	11,6-13,6
Se asusta con facilidad	10,9	9,6-12,5	31,7	29,9-33,5	23,0	21,8-24,3
Sufre de temblor en las manos	5,2	4,2-6,3	6,4	5,5-7,4	5,9	5,2-6,6
Se siente nervioso, tenso o aburrido	10,7	9,4-12,2	17,6	16,2-19,1	14,7	13,7-15,8
Sufre de mala digestión	5,2	4,3-6,3	12,6	11,3-13,9	9,5	8,7-10,4
Tiene problemas para pensar con claridad	6,4	5,4-7,6	9,3	8,3-10,5	8,1	7,3-9,0

Continúa

Síntomas mentales	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Se siente triste	9,5	8,2-10,9	17,0	15,6-18,5	13,8	12,9-14,9
Llora con mucha frecuencia	3,5	2,7-4,4	14,1	12,8-15,5	9,6	8,8-10,5
Tiene dificultad para disfrutar sus actividades diarias	4,1	3,3-5,1	5,5	4,6-6,4	4,9	4,3-5,6
Tiene dificultad para tomar decisiones	6,7	5,6-7,9	12,8	11,5-14,1	10,2	9,4-11,2
Tiene dificultad para hacer su trabajo	2,6	1,9-3,4	3,0	2,4-3,8	2,8	2,4-3,4
Es incapaz desempeñar un papel útil en su vida	1,6	1,1-2,3	1,7	1,3-2,3	1,7	1,3-2,1
Ha perdido interés en las cosas	6,8	5,7-8,1	8,3	7,3-9,4	7,7	6,9-8,5
Siente que usted es una persona inútil	1,7	1,2-2,4	2,6	2,1-3,3	2,2	1,8-2,7
Ha tenido la idea de acabar con su vida	5,8	4,8-7,0	7,5	6,5-8,6	6,8	6,1-7,6
Se siente cansado todo el tiempo	5,0	4,1-6,1	8,8	7,8-10,0	7,2	6,5-8,0
Tiene sensaciones desagradables en su estómago	4,8	3,9-5,8	9,0	7,9-10,1	7,2	6,5-8,0
Se cansa con facilidad	8,1	6,9-9,4	15,6	14,2-17,1	12,4	11,5-13,4
Siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma	18,0	16,3-19,8	26,3	24,7-28,1	22,9	21,6-24,1
Usted es mucho más importante de lo que los demás piensan	46,1	43,9-48,4	54,9	52,9-56,8	51,2	49,7-52,7
Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento	4,7	3,8-5,8	6,0	5,2-7,0	5,5	4,9-6,2
Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír	2,8	2,1-3,7	3,4	2,8-4,2	3,2	2,7-3,7
Ha tenido convulsiones o ataques	1,1	0,8-1,7	1,3	0,9-1,8	1,2	1,0-1,6

3.2.1.4.3. SRQ (45 años en adelante)

En este grupo el SRQ fue positivo para el 11,2 % de las personas, siendo mayor en mujeres (13,1 %) que en hombres (8,3 %) (tabla 5.58). De los ítems que hacen referencia a síntomas de-

presivos o ansiosos, el 22,6 % (IC 95 %: 20,9-24,4) de las mujeres y 11,8 % (IC 95 %: 10,3-13,6) de los hombres tiene 8 o más síntomas (tabla 5.59).

Tabla 5.58. Número de problemas depresivos o ansiosos reportados en el SRQ en la población de 45 años en adelante

Número de síntomas	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
2	33,5	31,1-36,0	20,2	18,6-21,9	25,4	24,0-26,9
3	24,5	22,4-26,8	19,2	17,6-20,9	21,3	20,0-22,6
4	12,1	10,5-13,9	14,7	13,3-16,2	13,7	12,6-14,8
5	8,7	7,3-10,2	9,7	8,5-11,0	9,3	8,4-10,3
6	6,0	4,9-7,4	8,0	7,0-9,2	7,2	6,4-8,1
7	3,3	2,5-4,3	5,3	4,5-6,3	4,5	3,9-5,2
8 o más	11,8	10,3-13,6	22,6	20,9-24,4	18,4	17,2-19,7

Nota: las estimaciones de los indicadores de ningún síntoma y de uno no se incluyen en la tabla, porque no se encontró ninguna frecuencia.

Tabla 5.59. SRQ según tipo de síntomas en personas de 45 años en adelante

Síntomas mentales	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
SRQ indicador de trastorno mental	8,3	7,0-9,8	13,1	11,8-14,6	11,2	10,2-12,3
SRQ ansiedad						
Ningún síntoma	57,1	54,6-59,6	37,3	35,3-39,3	45,1	43,5-46,7
Número de síntomas bajo de ansiedad (1 a 2 síntomas)	28,6	26,4-31,0	33,4	31,5-35,4	31,5	30,0-33,0
Número de síntomas medio de ansiedad (3 a 4 síntomas)	8,9	7,6-10,5	16,9	15,4-18,5	13,7	12,7-14,9
Número de síntomas alto de ansiedad (más de 5 síntomas)	5,3	4,3-6,6	12,4	11,1-13,9	9,6	8,7-10,6
SRQ psicosis						
1 de 2 síntomas indicadores de psicosis positivo	5,4	4,3-6,6	7,5	6,5-8,7	6,7	5,9-7,5
SRQ depresión						
Número de síntomas bajo depresión (1 a 3 síntomas)	79,0	76,9-81,0	67,3	65,3-69,2	71,9	70,4-73,3
Número de síntomas medio depresión (4 a 6 síntomas)	14,8	13,1-16,7	22,1	20,4-23,9	19,2	18,0-20,5
Número de síntomas alto depresión (más de 7 síntomas)	6,2	5,0-7,5	10,6	9,4-12,0	8,9	8,0-9,9
SRQ epilepsia						
Un síntoma indicador sugestivo de epilepsia positivo	*	*-*	1,3	0,9-1,8	1,2	0,9-1,6

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%.

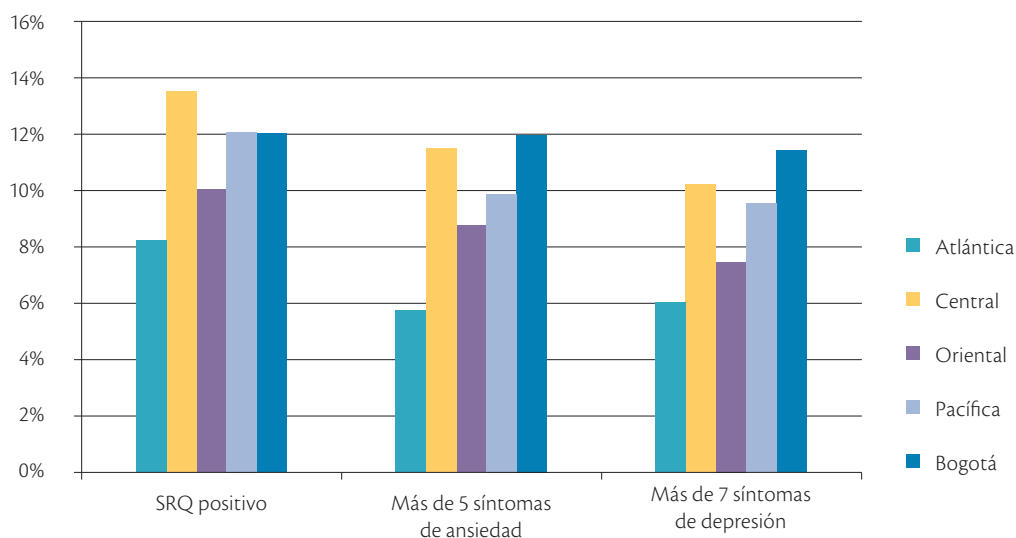
Nota 2: no se presentan los datos de ningún síntoma para depresión ningún síntoma por ser imprecisos.

Los síntomas ansiosos están presentes en, por lo menos, un 54,8% de las personas con uno o más síntomas de ansiedad. Es más frecuente en mujeres que hombres la presencia de por lo menos un síntoma. Tienen 5 o más síntomas de ansiedad el 12,4% de las mujeres y el 5,3% de los hombres, esto es, alrededor de la mitad (ver tabla 5.59).

Respecto al número de síntomas depresivos, el 70,3% de los adultos tienen de 1 a 3 síntomas, distribuidos en 10,6% de las mujeres y el 6,2% de los hombres. Un 10,6% de las mujeres y el 6,2% de los hombres manifiestan 7 o más síntomas (ver tabla 5.59). El 1,2% de los adultos de este grupo poseen síntomas sugestivos de convulsiones o epilepsia y un 6,7% síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis (ver tabla 5.59).

Por regiones el SRQ es positivo entre el 12 y 13% en Bogotá, región Pacífica y Central, 10,1% en región Oriental y 8,2% de la Atlántica. Al realizar el análisis para 5 o más síntomas sugestivos de ansiedad tenemos la mayor prevalencia en Bogotá (12,1%) y la menor en región Atlántica con 5,8%. Para

depresión manifiestan una mayor prevalencia de 5 o más síntomas en Bogotá (11,5%) y la menor en Atlántico con 6,1%. Para síntomas sugestivos de psicosis la mayor frecuencia está en Bogotá (9,2%) y Pacífico (8,7%) (ver gráfica 5.34). Al analizar la prevalencia de problemas según la situación de pobreza el SRQ es positivo como el indicador de psicopatología es del 14,1% (IC 95%: 11,0-18,0) en las personas con esta condición y del 10,9% (IC 95%: 9,9-12,0) en las que no; también son similares los datos en ambos grupos para ansiedad 7,6% (IC 95%: 5,4-10,7) comparado con 5,8% (IC 95%: 5,1-6,7) de los que no están en esta condición, para posible psicosis son diferentes teniendo el 10,7% (IC 95%: 8,0-14,3) en el grupo de pobreza y 6,2% (IC 95%: 5,4-7,0), los síntomas altos depresión 11,5% (IC 95%: 8,7-15,1) en el grupo de pobreza y 8,6% (IC 95%: 7,7-9,6), los indicadores posible epilepsia son imprecisos por lo que no se presentan.



Gráfica 5.34. Prevalencias de tipo de síntomas y resultado positivo para trastorno mental por regiones en población Colombiana de 45 años en adelante

Para este grupo se evidencia que igualmente un 53,1% de las personas presentan 4 o más síntomas en el SRQ-20; el 60,3% de las mujeres los presentan y tan solo el 41,9% de los hombres (ver tabla 5.58). Los síntomas más frecuentes son: *Usted es más importante de lo que los demás piensan* (45%), con una prevalencia en mujeres de 48,5% y en hombres de 39,7%; y alrededor de un cuarto de la población presenta: *Se cansa con facilidad* (24,3%), *se asusta con facilidad* (23,9%), *alguien ha tratado de herirlo de alguna forma* (20,3%) y *duerme mal* (20,1%), siendo este más frecuente para mujeres (24,0%) que para hombres (14,2%). De acuerdo con el géne-

ro, en mujeres los síntomas más frecuentes son: en alrededor de la mitad, 45,0% la sensación de sentirse más importante de lo que los demás piensan, un tercio se cansa con facilidad, 24,3%, y se asusta con facilidad, 23,9%. Los hombres igualmente presentan la sensación de sentirse más importante de lo que los demás piensan (39,7%), seguidos con 18,4% que se cansa con facilidad y 16,2% que sienten que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma. La *idea de acabar con su vida* es del 6,5%, siendo 7,2% para las mujeres y 5,4% para los hombres (tabla 5.60).

Tabla 5.60. Descripción de síntomas en la población de 45 años en adelante

Síntomas mentales	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Dolores de cabeza frecuentes	12,7	11,1-14,5	21,5	19,9-23,3	18,1	16,9-19,3
Mal apetito	5,7	4,6-7,0	11,6	10,3-13,0	9,3	8,4-10,3
Duerme mal	14,2	12,5-16,1	24,0	22,3-25,8	20,1	18,9-21,5
Se asusta con facilidad	11,6	10,1-13,3	31,9	30,0-33,9	23,9	22,6-25,3
Sufre de temblor en las manos	6,4	5,3-7,8	7,3	6,3-8,5	7,0	6,2-7,8
Se siente nervioso, tenso o aburrido	12,2	10,6-14,0	19,8	18,2-21,6	16,8	15,7-18,1
Sufre de mala digestión	6,2	5,1-7,5	13,0	11,7-14,5	10,3	9,4-11,3
Tiene problemas para pensar con claridad	8,4	7,1-9,9	12,0	10,7-13,4	10,6	9,6-11,6

Síntomas mentales	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Se siente triste	11,3	9,7-13,0	24,2	22,5-26,1	19,1	17,9-20,4
Llora con mucha frecuencia	5,4	4,3-6,7	16,9	15,4-18,6	12,4	11,4-13,5
Tiene dificultad para disfrutar sus actividades diarias	7,0	5,8-8,4	11,3	10,0-12,7	9,6	8,7-10,6
Tiene dificultad para tomar decisiones	8,2	6,9-9,7	11,3	10,1-12,7	10,1	9,1-11,1
Tiene dificultad para hacer su trabajo	8,0	6,7-9,5	8,7	7,6-10,0	8,5	7,6-9,4
Es incapaz desempeñar un papel útil en su vida	3,4	2,6-4,4	3,9	3,2-4,8	3,7	3,1-4,4
Ha perdido interés en las cosas	7,4	6,2-8,9	11,8	10,5-13,2	10,0	9,1-11,1
Siente que usted es una persona inútil	3,9	3,0-5,0	4,7	3,9-5,7	4,4	3,8-5,1
Ha tenido la idea de acabar con su vida	5,4	4,4-6,7	7,2	6,2-8,4	6,5	5,8-7,4
Se siente cansado todo el tiempo	9,8	8,3-11,4	15,9	14,5-17,5	13,5	12,4-14,7
Tiene sensaciones desagradables en su estómago	6,4	5,2-7,7	10,4	9,2-11,7	8,8	8,0-9,8
Se cansa con facilidad	18,4	16,5-20,5	28,1	26,3-30,0	24,3	22,9-25,7
Siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma	16,2	14,4-18,2	22,9	21,2-24,7	20,3	19,0-21,6
Usted es mucho más importante de lo que los demás piensan	39,7	37,2-42,2	48,5	46,4-50,6	45,0	43,4-46,6
Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento	3,7	2,8-4,8	4,9	4,1-5,8	4,4	3,8-5,1
Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír	3,0	2,2-4,0	4,2	3,5-5,1	3,7	3,2-4,4
Ha tenido convulsiones o ataques	*	*	1,3	0,9-1,8	1,2	0,9-1,6

3.2.2. Problemas con el acto de comer

Para esta Encuesta, teniendo en consideración la baja prevalencia de estos trastornos, se decidió indagar sobre conductas de riesgo con el acto de comer o conductas de riesgo alimentario. Los problemas estudiados están íntimamente relacionados con los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), pues hacen referencia a los síntomas más representativos de estos. Los TCA son patologías complejas y multideterminadas que se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso y la forma del cuerpo o una franca distorsión de la imagen corporal, acompañados de restricción voluntaria de la ingesta o la presencia de episodios de atracones de comida que causan un gran sufrimiento y afectación de la salud y la calidad de vida. Básicamente son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracones de alimentación y las formas incompletas o atípicas (21). Los TCA suelen aparecer preferencialmente durante la adolescencia y afectan predominantemente a las mujeres; no obstante, la aparición prepuberal en mujeres en edad media o en hombres ha cobrado cada vez más importancia clínica y epidemiológica (22). La característica central de la AN es la búsqueda deliberada de pérdida de peso con dietas

restrictivas y evitación de alimentos que conducen a un peso por debajo de lo esperado para la talla y la edad. En la BN, la persona, además de restringir, hace episodios de atracones de comida ingiriendo grandes cantidades de alimentos calóricos en poco tiempo con sensación de pérdida de control y, usualmente, comportamientos compensatorios posteriores como inducción del vómito, abuso de laxantes o diuréticos o ejercicio. Ambos tipos de trastornos comparten el temor obsesivo a engordar, los pacientes perciben una imagen corporal distorsionada, esto es, un cuerpo más voluminoso que el que realmente poseen y una preocupación constante por el contenido calórico de los alimentos. Incursionan en dietas extremas que eventualmente fracasan y dan paso a las conductas compensatorias como las purgas y el ejercicio compulsivo; sin embargo, los pacientes con BN suelen tener peso normal o sobrepeso. En el trastorno por atracones de alimentación, el individuo realiza atracones frecuentemente pero no compensa restringiéndose o purgándose, por lo cual el comportamiento conduce a un aumento en el riesgo de obesidad si se mantiene en el tiempo.

Para esta evaluación se utilizan 5 ítems de la Escala Abreviada de Actitudes frente a la Alimentación (EAT-26) (23),

ampliamente usada en todo el mundo como instrumento de cribado y validada en Colombia (24). Fue diseñada para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Incluye algunas preguntas para evaluar comportamientos bulímicos. Además, se incluye una pregunta de la escala BULIT para bulimia desarrollada por McSmith y cols. (25) para cuantificar la frecuencia de los vómitos provocados para tratar de perder peso. El propósito no es realizar diagnóstico clínico de AN, BN o trastorno por atracones, sino identificar conductas de riesgo en la población para TCA.

Las conductas de riesgo con el acto de comer evaluadas son: conductas de dieta, esta incluye dos ítems: "Procuro no comer aunque tenga hambre" y "Noto que las demás personas preferirían que yo comiese más"; malestar con el acto de comer: "Temo comer cualquier cosa por miedo a no poder parar"; atracones: "A veces me he empachado o llenado de comida sintiéndome incapaz de parar de comer", vómitos después de comer: "vomito después de haber comido", cada uno de estos reportado frecuentemente, casi siempre o siempre y vómitos provocados después de comer tratando de perder peso: "¿Con qué frecuencia vomita intencionadamente después de comer?" cuando lo realizan 2 a 3 veces al mes, una vez a la semana o 2 o más veces a la semana

3.2.2.1. Factores asociados

Dado que en la etiología de los TCA participan factores genéticos, epigenéticos, neurobiológicos y socioculturales, los factores asociados con el riesgo de aparición son muy variados. Ser mujer, joven, participar en ciertas actividades que enfatizan la apariencia y forma del cuerpo y haber sido víctima de abuso sexual o físico aumentan el riesgo; mientras que la raza, el nivel educativo, el estado socioeconómico y la urbanidad no parecen alterarlo (26,27). El sexo femenino, el grupo de edad, las alteraciones alimentarias o el bajo peso por alta selectividad de alimentos en la infancia y los síntomas depresivos maternos parecen predecir la aparición de AN; mientras que una mayor autoestima e índice de masa corporal confieren protección (28).

Se han identificado endofenotipos característicos en TCA: evitación de riesgos, perfeccionismo u obsesionalidad, alta re-

actividad al estrés o respuesta al miedo condicionado y emocionalidad negativa. Los tres primeros están estrechamente relacionados con la desregulación del sistema serotoninérgico y la respuesta del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal frente al estrés. Otros endofenotipos candidatos son de tipo neurocognitivo, dentro de los cuales se han estudiado los sesgos en el procesamiento de la información, como baja coherencia central y rigidez cognoscitiva presentes tanto en pacientes con AN como con BN (29). Los procesos de crecimiento y maduración rápidos, la presión familiar y social por la delgadez, la historia de críticas y burlas por el peso y las dietas restrictivas son factores asociados con el riesgo de aparición de comportamientos de riesgo alimentario y TCA.

3.2.2.2. Impacto

Los TCA producen una importante morbilidad física y mental y tienen un alto riesgo de mortalidad, especialmente la AN. La tasa de mortalidad estandarizada es de 5,1 muertes (IC 95 %: 3,99-6,14) por cada 1000 personas/año. Uno de cada 5 pacientes con AN muere por suicidio; el resto, por consecuencias fatales derivadas de la inanición (30). Aunque la incidencia global de la AN y BN parecen permanecer estables, se observa un incremento en grupos de jóvenes de ambos sexos entre 15 y 19 años, niños y mujeres adultas. Pero lo más alarmante ha sido el incremento de comportamientos de riesgo para TCA en todos los grupos y diversas culturas en todo el mundo, así como los síndromes incompletos.

3.2.2.3. Estudios epidemiológicos

Los estudios epidemiológicos en TCA para estimar la prevalencia tienen muchos problemas metodológicos en razón a la resistencia de las personas afectadas para reconocer la enfermedad. Los estudios comunitarios son escasos y costosos y pueden subestimar la verdadera prevalencia. En la tabla 5.61 se muestran los resultados de la prevalencia en estudios poblacionales realizados en Estados Unidos. En estos se encontró una alta comorbilidad con trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, riesgo de suicidio e incremento de la mortalidad; además, se evidenció que solo una pequeña proporción recibe tratamiento especializado, a pesar de ser condiciones de alto impacto. La tasa de recuperación a 5 años en AN fue del 69% y del 55% en bulimia.

Tabla 5.61. Prevalencia de trastorno del comportamiento alimentario. Estudios internacionales

Estudios					Resultados		
Año	Prevalencia	Lugar	Edad	Instrumento	Mujeres	Hombres	Total
2013 (30)	De vida	EE.UU.	Adultos	DSM-IV			4% AN 2% BN
2001-2003 (31)	De vida	EE.UU.	Adultos	CIDI	0,9% AN 1,5% BN 3,5% TA	0,3% AN 0,5% BN 2,0% TA	
2007 (32)	De vida	EE.UU.	13-18 años	CIDI			0,3% AN 0,9% BN 1,6% TA

TA: trastorno por atracones; AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa.

En Colombia existen muy pocos estudios comunitarios, y la mayoría se han realizado en muestras de jóvenes escolares y universitarios en diferentes ciudades del país que exploran la prevalencia y los factores y las conductas de riesgo (tabla 5.62). Entre estudiantes de medicina, por ejemplo, se encuentran factores asociados como el deseo de perder más del 10% del peso (33), el alto estrés percibido y el consumo problemático de alcohol (34). Por otro lado, en la población

escolar se observan antecedentes familiares de TCA, obesidad, insatisfacción personal y familiar con la figura y peso corporal, así como críticas y comentarios negativos sobre el peso y la figura (35). Además, el 77% de los encuestados dice tener “terror ante la idea de ganar peso”, un 33% presenta culpa después de comer, un 16% dice que “la comida controla su vida” y un 8% se induce el vómito luego de comer (36).

Tabla 5.62. Prevalencia de TCA. Estudios en Colombia

Estudios						Resultados
Año	Prevalencia	Edad	Lugar	Muestra	Instrumento	Total
2003 (37)	De vida	Adultos	Nacional	4544 adultos	CIDI	0,0% AN 0,3% (\pm 0,1) BN
Otros						
2005 (38)	De punto	10-19 años	Bucaramanga	243 escolar	ECA CIDI	5,5% AN 4,3% BN 23,0% TCAN
2003 (36)	De vida	9-19 años	Medellín y área metropolitana	474 mujeres Escolar	EDI-2	0,8% AN 2,3% BN 14,6% TCAN 33,0% probabilidad de presentación
1998 (39)	De punto	14,2 \pm 0,4 años	Bogotá	2770 escolar	ECA SCAN	0,28% AN 3,25% BN 33,6% TCAN
1994 (40)	De punto	19-21 años	Bogotá	414 universitaria	ECA SCAN	0,48% AN 1,2% BN 28,0 TCAN

ECA: Encuesta de Comportamiento Alimentario; SCAN: Schedules Questionary in Neuropsychiatry (Cuestionario para la Evaluación de Neuropsiquiatría del Comportamiento Alimentario); TCAN: Trastorno del Comportamiento Alimentario no Especificado; EDI-2: Eating Disorders Inventory (Inventario de Trastornos Alimentarios).

En la Encuesta Nacional de Salud Nutricional (ENSIN) de 2005 (41), realizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), se encuestaron 17.740 hogares de áreas urbanas y rurales de todo el territorio nacional. En todos los grupos de edad hay un porcentaje de personas con índice de masa corporal normal que se perciben gordas, sobre todo en el grupo de 13 a 29 años. Por el contrario, otro grupo de encuestados tiene un índice de masa corporal en sobrepeso y se percibe normal, situación que aumenta con la edad. Por

otra parte, hay un grupo de personas con índice de masa corporal en delgadez que se percibe normal o gordo(a), lo cual se asocia con menor edad. La realización de actividad física no muestra ninguna relación con la autopercepción de peso. Estos datos se confirman en la ENSIN 2010 y se reportan comportamientos de riesgo para TCA y obesidad. En la tabla 5.63 se resumen los resultados asociados con las conductas de riesgo encontradas (42).

Tabla 5.63. Conductas asociadas y de riesgo ENSIN 2010 (42)

Muestra	Edades (años)	Conducta 1		Conducta 2		Conducta 3	
		Mujer (%)	Hombre (%)	Mujer (%)	Hombre (%)	Mujer (%)	Hombre (%)
21.754 personas	13-17	3,2	0,7	0,8	0,3	0,5	0,1
	18-29	2,5	1,2	2,9	0,5	0,5	0,1
	30-64	2,0	1,2	3,4	1,1	0,7	0,1

Conducta 1: haber dejado de comer en las últimas 24 horas o más; conducta 2: consumió algún medicamento o producto para bajar de peso; conducta 3: vomitó o tomó laxantes en el último mes.

3.2.2.4. Resultados

Los problemas relacionados con la conducta alimentaria están evaluados para los participantes que tienen entre 12 y 44 años. Los resultados de las prevalencias de punto por sexo y edad en los contextos nacional se presentan en las tablas 3.13 y 3.14 y por regiones en la gráfica 4.

Los resultados vistos de forma global en población adolescente muestran que 9,5% de los varones y el 8,8% de las mujeres encuestadas reporta algún tipo de comportamiento de riesgo alimentario. Sin embargo, la proporción de adolescentes con dos o más conductas alimentarias de riesgo desciende a 2,7%, es decir, una cifra más cercana a la prevalencia de la enfermedad. De manera específica, los adolescentes de ambos sexos no reportan en forma significativa comportamientos restrictivos o de dieta ni malestar con el acto de comer. En contraste, y de forma llamativa, los adolescentes hombres reportan tener más atracones de comida que las mujeres (6,8% y 5,4%, respectivamente).

Ni los resultados de vómitos después de comer ni la frecuencia con la que se provocan el vómito para perder peso o no ganarlo, muestran estimativos confiables por su escasa precisión en este grupo etario (tabla 5.64).

En el grupo de personas entre 18 y 44 años, se encuentran resultados globales de prevalencia de cualquier comportamiento de riesgo muy cercanos a los de los adolescentes: 8,7% en los hombres y 9,7% en las mujeres. Pero en este grupo de adultos jóvenes son las mujeres las que poseen mayor riesgo en todas las conductas exploradas: 3,2% reporta conductas de dieta versus 1,9% de los hombres; 2,6% manifiestan malestar con el acto de comer, es decir, temor a comer cualquier cosa por el miedo a no poder parar comparado con 2% de los varones. 5,8% responde afirmativamente a la presencia de atracones de comida. Nuevamente, el reporte de vómitos compensatorios inducidos no arroja resultados precisos (tabla 5.65).

Tabla 5.64. Prevalencia de problemas de la conducta alimentaria en población de colombiana entre los 12 y 17 años

Problemas de la conducta alimentaria	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Prevalencia de cualquier conducta de riesgo alimentario	9,5	7,4-12,0	8,8	6,9-11,2	9,1	7,7-10,8
Prevalencia de una conducta de riesgo alimentario	7,3	5,5-9,7	6,4	4,8-8,6	6,9	5,6-8,4
Prevalencia de dos o más conductas de riesgo alimentario	*	*	*	*	2,2	1,6-3,3
Prevalencias de las conductas específicas						
Conductas de dieta	*	*	*	*	2,7	1,9-3,8
Malestar con el acto de comer	*	*	*	*	2,1	1,4-3,0
Atracones	6,8	5,0-9,0	5,4	3,9-7,3	6,1	4,9-7,5

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: los indicadores de prevalencia de: vómitos inducidos como comportamiento compensatorio para evitar la ganancia de peso y prevalencia de vómito inducido no se presentan en la tabla porque tienen estimativos poco precisos.

Nota 3: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Tabla 5.65. Prevalencia de problemas de la conducta alimentaria en población de colombiana entre los 18 y 44 años

Problemas de la conducta alimentaria	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Prevalencia de cualquier conducta de riesgo alimentario	8,3	7,0-9,7	9,7	8,6-11,0	9,1	8,3-10,0
Prevalencia de una conducta de riesgo alimentario	7,2	6,0-8,5	7,4	6,4-8,5	7,3	6,5-8,1
Prevalencia de dos o más conductas de riesgo alimentario	*	*	2,3	1,8-3,0	1,8	1,5-2,3
Prevalencias de las conductas específicas						
Conductas de dieta	1,9	1,3-2,7	3,2	2,5-3,9	2,6	2,2-3,2
Malestar con el acto de comer	2,0	1,4-2,8	2,6	2,0-3,3	2,4	1,9-2,9
Atracones	5,6	4,6-6,8	5,9	5,0-7,0	5,8	5,1-6,6
Vómitos inducidos como comportamiento compensatorio para evitar la ganancia de peso	*	*	*	*	0,7	0,5-1,0

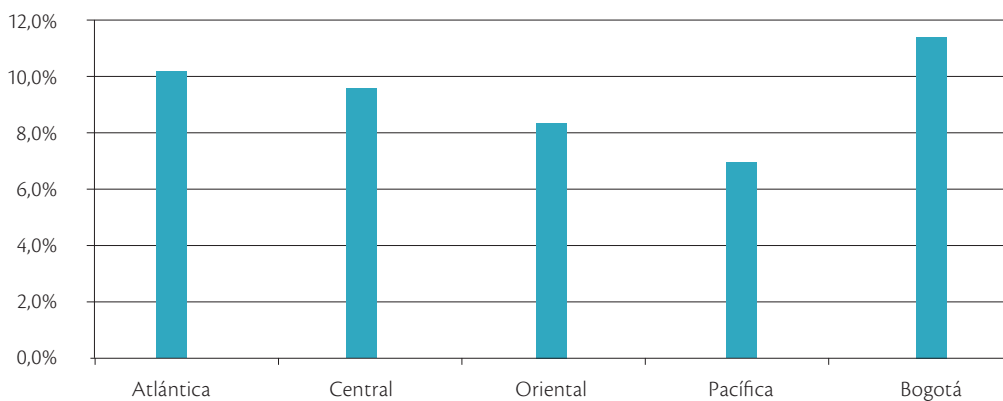
Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Nota 2: los indicadores de prevalencia de: vómitos inducidos como comportamiento compensatorio para evitar la ganancia de peso y prevalencia de vómito inducido no se presentan en la tabla porque tienen estimativos poco precisos.

Nota 3: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Al analizar los resultados por regiones, se observa que los adolescentes de la zona Central del país reportan mayores conductas de riesgo en un 12% seguidos por la zona Oriental 9,7% y menor en la región Atlántica (7,9%). Nuevamente, los estimativos de la zona del Pacífico y de Bogotá no son lo suficientemente precisos para ser considerados en el análisis. Igual ocurre con los correspondientes a la prevalencia de conductas de dieta, malestar con el acto de comer, vómitos autoinducidos o atracones.

Los adultos jóvenes de Bogotá reportan las mayores prevalencias de conductas de riesgo para TCA del 11,4% (IC 95%: 9,0-14,4), seguidos por la región Atlántica (10,1%; IC 95%: 8,4-12,2), Central (9,5%; IC 95%: 7,5-11,8), la Oriental (8,3%; IC 95%: 6,7-10,2). Los habitantes de la región Pacífica muestran la menor prevalencia con 6,9% (IC 95%: 5,4-8,9). El 3,7% (IC 85%: 2,5-5,7) de los adultos jóvenes de Bogotá manifiestan conductas de dieta mientras que 6,8% (IC 95%: 5,3-8,6) de los encuestados de la región Atlántica hacen atracones de alimentación (gráfica 5.35).



Gráfica 5.35. Prevalencia de cualquier conducta de riesgo alimentario en población Colombiana de 18 a 44 años de edad

Problemas de conducta alimentaria específicos. Los comportamientos de pérdida de control frente al acto de comer, atracones, son el problema de conducta alimentaria específico más prevalente en Colombia tanto en adolescentes (6,1%) como adultos jóvenes (5,8%), siendo muy llamativa la alta proporción de adolescentes hombres que la reportan (6,8%). En los adultos jóvenes en cambio, las mujeres presentan cifras más altas de todos los comportamientos de riesgo alimentario que los hombres. Las mujeres tienen más conductas de dieta (3,2%) que los varones (1,9%), expresan mayor malestar con el acto de comer que ellos (2,6% vs. 2%), pero son similares las conductas que sugieren atracones de alimentación (5,9% vs. 5,6%). Sin embargo, resulta llamativo que las cifras por género no distan tanto entres sí sugiriendo que el riesgo para TCA es alto tanto en mujeres como en hombres aunque estos últimos consulten menos.

Es notorio que el reporte más alto de conductas de dieta en adultos jóvenes se encuentra en Bogotá (3,7%) y la región central del territorio nacional (3,1%), y que la región del pacífico muestra cifras menores de riesgo para TCA en casi todos los ítems evaluados. Este es un aspecto de especial importancia dado que aunque una dieta drástica no es suficiente para desarrollar una AN o una BN, suele ser la puerta de entrada a los síntomas en presencia de otros factores de vulnerabilidad biológicos y de la personalidad. Igualmente, los atracones de alimentación pueden ser la antesala de problemas futuros de sobrepeso y obesidad.

Las estimaciones de prevalencia de vómitos después de comer y vómitos inducidos intencionalmente para evitar ganar peso carecieron de la precisión necesaria para ser toma-

dos en cuenta en el análisis. Es importante señalar que estos suelen ser comportamientos secretos que difícilmente se reportan en encuestas de este tipo, por lo tanto, no podemos inferir que no estén presentes.

3.2.3. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y adultos

Los trastornos mentales secundarios al consumo de sustancias psicoactivas son un grupo heterogéneo de condiciones que abarcan la intoxicación aguda, el consumo perjudicial, la dependencia, la abstinencia, la abstinencia con delirium, los trastornos psicóticos, el síndrome amnésico, entre otros, que se pueden generar por el uso de una o más sustancias psicotropas (21). Para esta encuesta se evalúa consumo y problemas asociados a este, sin realizar diagnóstico de algún trastorno relacionado con estas.

Dentro de las sustancias psicoactivas con mayor consumo se encuentran el cannabis, los opioides, la cocaína y los estimulantes, dentro de los que se encuentran las anfetaminas (42).

3.2.3.1. Factores asociados

Se encuentran factores sociodemográficos como la edad, el sexo, y la urbanización; factores socioeconómicos, como desempleo e inequidad, en los que se encuentran en riesgo de consumo las personas en estas condiciones o las que tienen fácil acceso, factores individuales como los rasgos de personalidad. Las creencias y las percepciones hacia las sustancias también influyen en su uso (42,43). En adolescentes, factores asociados al uso de marihuana encuentran la presencia de

comportamiento antisocial, baja percepción de riesgo ante el consumo, consumo en el grupo de amigos y fácil acceso, y como factores protectores están la cohesión familiar, las oportunidades y el compromiso académico (37,44,45).

3.2.3.2. Impacto

El impacto abraza múltiples situaciones; unos relacionadas con la salud de las personas que consumen tanto sustancias psicoactivas legales, ilegales o medicamentos sin prescripción, donde ellos tienen mayor prevalencia de vida y en los últimos 12 meses de trastorno depresivo mayor. También son más frecuente en los consumidores de cannabis las comorbilidades con estrés postraumático, en los últimos 12 meses, y en la vida, haber presentado fobia social en algún momento y trastorno de ansiedad generalizada en los últimos 12 meses. En las personas con consumo de otras sustancias psicoactivas hay una mayor prevalencia de vida, trastorno de estrés postraumático, y en las personas que consumen medicamentos sin prescripción médica hay una mayor prevalencia de trastorno de pánico en la vida y en los últimos 12 meses (46,47). El consumo de cualquier sustancia se asocia con la presencia de ideación suicida (48).

En el ámbito económico, se calcula que se necesitaría gastar el 0,4% del producto interno bruto (PIB) mundial para cubrir el tratamiento relacionado con el uso de sustancias; sin embargo, menos de una en 5 personas que requieren tratamiento lo reciben. El impacto en la productividad parece ser mayor, con una pérdida del 0,9% del PIB en Estados Unidos, y el costo asociado al crimen equivale al 1,6% del PIB (42).

3.2.3.3. Estudios epidemiológicos

En la tabla 5.66 se presentan las prevalencias de consumo, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas en Colombia en otros años, y la tabla 5.67, en diferentes países. Se encuentra una mayor proporción de consumo en hombres, y la sustancia ilegal más consumida es la marihuana, que ha tenido un aumento progresivo; sin embargo, el alcohol y el cigarrillo siguen siendo los más consumidos (44). Respecto a sustancias legales es más frecuente el consumo de alcohol que de cigarrillo (44). La OMS identifica que para el año 2010 el 11,3% de la población Colombiana entre 15 y 24 años fuma, el 12,2% de los que se encuentran entre 25 y 39 años, el 13,3% de los que tienen entre 40 y 54 años, el 13,6% de los que tienen entre 55 y 69 años (49).

Tabla 5.66. Comparación de prevalencias de consumo, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas en Colombia

Estudios				Resultados		
Año	Sustancia	Prevalencia	Categoría diagnóstica	Total	Hombres	Mujeres
× 1000 habitantes						
1993* (50)	Cocaína	Últimos 12 meses	Consumo	2,8	5,3	0,5
	Basuco	Últimos 12 meses	Consumo	3,6	6,9	0,8
	Marihuana	Últimos 12 meses	Consumo	11,0	20,0	3,0
	Heroína	Últimos 12 meses	Consumo	0,3	0,5	-
	Inhalantes	Últimos 12 meses	Consumo	0,5	1,1	0,16
	Anfetaminas	Últimos 12 meses	Consumo	2,5	6,1	0,26
En porcentaje						
2003** (37)	Cualquier sustancia	Últimos 12 meses	Abuso	0,30	0,60	0,00
			Dependencia	0,20	0,30	0,20
2013*** (44)	Cualquier sustancia (basuco, cocaína y marihuana)	De vida	Consumo	12,98	19,91	6,45
		Últimos 12 meses	Consumo	3,60	5,90	1,43
	Tranquilizantes	De vida	Consumo	1,82	1,90	1,75
		Últimos 12 meses	Consumo	0,53	0,55	0,51
	Estimulantes	De vida	Consumo	0,21	0,29	0,14
		Últimos 12 meses	Consumo	0,04	0,07	0,01

Año	Sustancia	Estudios		Resultados		
		Prevalencia	Categoría diagnóstica	Total	Hombres	Mujeres
2013*** (44)	Opioides	De vida	Consumo	1,07	0,96	1,17
	Marihuana	De vida	Consumo	11,48	17,69	5,61
		Últimos 12 meses	Consumo	3,27	5,36	1,30
	Cocaína	De vida	Consumo	3,23	5,47	1,12
		Últimos 12 meses	Consumo	0,70	1,23	0,20
	Basuco	De vida	Consumo	1,18	2,12	0,29
		Últimos 12 meses	Consumo	0,21	0,40	0,03
	Éxtasis	De vida	Consumo	0,71	1,07	0,37
		Últimos 12 meses	Consumo	0,19	0,29	0,10
	Heroína	De vida	Consumo	0,14	0,25	0,03
		Últimos 12 meses	Consumo	0,03	0,06	0,00
	Inhalantes	De vida	Consumo	1,91	2,90	0,97
		Últimos 12 meses	Consumo	0,26	0,45	0,08
	Tabaco	De vida	Consumo	42,07	53,61	31,18
		Últimos 12 meses	Consumo	16,21	22,90	9,89
	Alcohol	De vida	Consumo	87,07	91,11	83,27
		Últimos 12 meses	Consumo	58,78	69,03	49,12

* Instrumento usado en la encuesta de Torres y Murrelle, de 1987.

** Evaluación con CIDI.

*** Evaluación con el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas.

Tabla 5.67. Comparación de prevalencia anual de consumo de sustancias psicoactivas en el mundo

Sustancia	Prevalencia (%): mínimo y máximo consumo
Cualquier sustancia	3,4-6,6
Cannabis	2,6-5,0
Opioides	0,6-0,8
Cocaína	0,3-0,4
Anfetaminas	0,3-1,2
Éxtasis	0,2-0,6

Fuente: UNODC. World Drug Report 2012 (42)

3.2.3.4. Resultados

Se indaga en esta Encuesta sobre el patrón de consumo de diferentes sustancias psicoactivas y problemas relacionados que puedan haber. El instrumento utilizado fue creado para la encuesta y se basó en preguntas de la Prueba de detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST), donde se pregunta por consumo de cigarrillo y derivados del tabaco, alcohol, canabinoides, cocaína, basuco, opioides, alucinógenos, inhalantes, estimulantes o tranquilizantes, alguna vez en la vida y aquellos quienes lo reportan se les preguntaba en los últimos 12 meses, por esto el consumo de alguna vez en la vida puede haber sido solo en los últimos 12 meses, también se pregunta por problemas relacionados al consumo.

3.2.3.4.1. Adolescentes: sustancias legales

El 5,8% de los adolescentes refieren que han fumado cigarrillo o algún derivado del tabaco alguna vez en la vida, de ellos el 56,7% lo han hecho durante los últimos 12 meses (tabla 5.69). Los estimadores de frecuencia de consumo de cigarrillo y derivados del tabaco en los últimos 12 meses y los problemas asociados a este no se presentan por ser imprecisos.

Tabla 5.68. Prevalencia de consumo de cigarrillo y derivados del tabaco en adolescentes entre 12 y 17 años

Prevalencia de consumo de cigarrillo o derivados del tabaco	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Consumo en la vida	7,7	5,8-10	4,0	2,7-5,8	5,8	4,7-7,3
Continúan consumiendo	63,4	49,1-75,7	*	*	56,7	45,1-67,6
Consumo en los últimos 12 meses	5,0	3,5-7,1	*	*	3,4	2,5-4,5

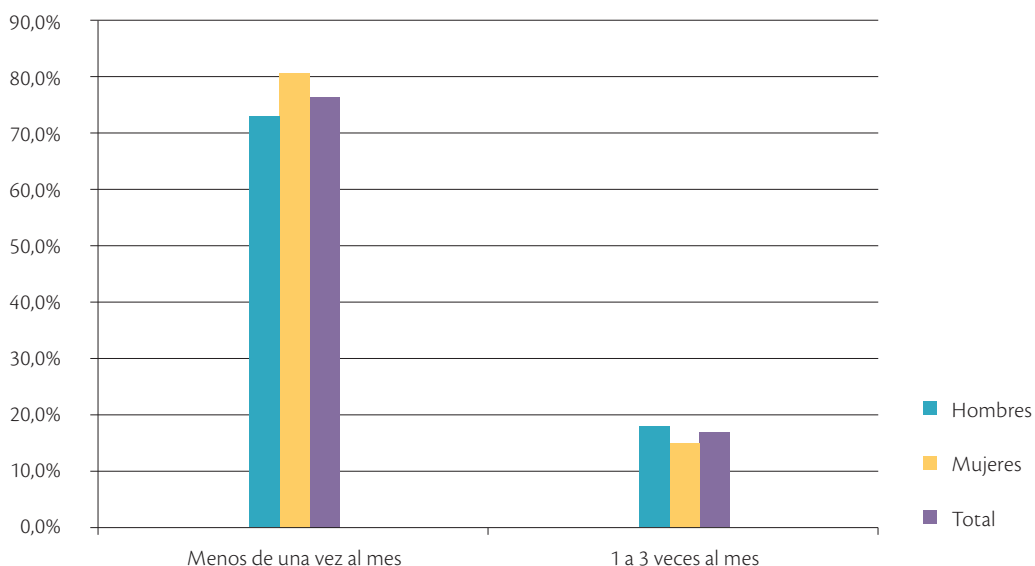
Nota: Estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un coeficiente de variación expandido (CVE) mayor al 20%.

Además, el 20,4% de este mismo grupo etario han consumido bebidas alcohólicas en la vida, siendo mayor la proporción de hombres que lo ha hecho 25,2% vs. 15,6%; de estos, el 84,7% lo ha hecho en los últimos 12 meses (tabla 5.69)

y el patrón más frecuente de consumo es menos de una vez al mes en el 75,9% (IC 95%: 69,7-81,1) de los casos, seguido de 1 a 3 veces por mes en el 16,9% (IC 95%: 12,5-22,4) (ver gráfica 5.36).

Tabla 5.69. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes entre 12 y 17 años

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Consumo en la vida	25,2	22-28,7	15,6	13-18,5	20,4	18,3-22,6
Continúan consumiendo	85,5	79,3-90	83,6	75,6-89,3	84,7	80,1-88,5
Consumo en los últimos 12 meses	22,4	19,3-25,8	13,3	10,9-16,2	17,8	15,8-20

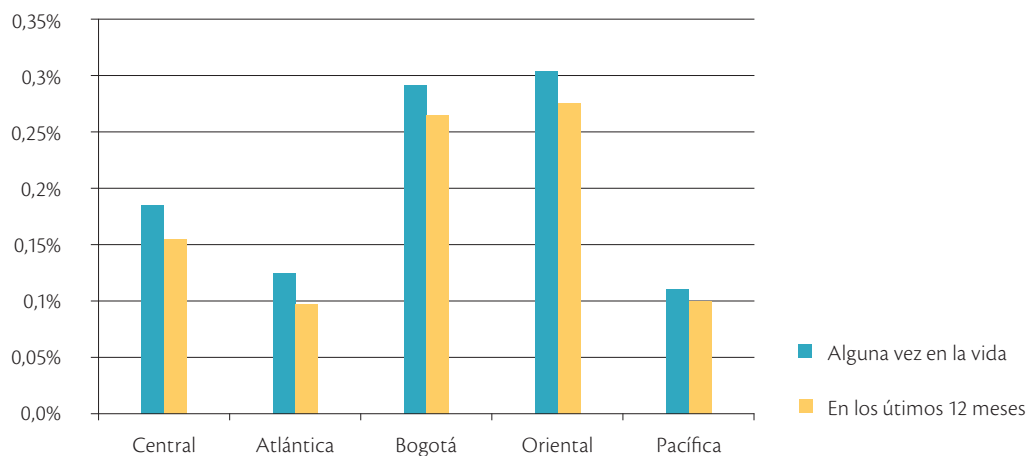


Gráfica 5.36. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes entre 12 y 17 años

Nota: en el estimador de 1 a 3 veces al mes en mujeres el CVE es de 25,4.

Al comparar el consumo alguna vez en la vida por regiones, en la que los adolescentes presentan el mayor consumo de alcohol en la vida es la Oriental con el 30,5% (IC 95%: 25,6-35,9), seguido de Bogotá en el 29,3% (IC 95%: 23,5-35,8), la región Central en el 18,6% (IC 95%: 14,3-23,9), Atlántica 12,5% (IC 95%: 9,4-16,5) y la Pacífica en el 11,1% (IC 95%:

7,6-16,0). Respecto al consumo durante los últimos 12 meses también es mayor en la región Oriental 27,7% (IC 95%: 22,8%-33,1), seguido de Bogotá 26,7 (IC 95%: 21,1-33,3), la región Central 15,6% (IC 95%: 11,5-20,7) y la Atlántica 9,8% (IC 95%: 7,0-13,5) (ver gráfica 5.37), no se presentan los datos de la Pacífica por ser imprecisos.



Gráfica 5.37. Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses en adolescentes entre 12 y 17 años por regiones

Nota: en el estimador de los últimos 12 meses en la región del Pacífico el CVE es de 20,3.

3.2.3.4.2. Adolescentes: Sustancias ilegales

El 3,5% (IC 95%: 2,6-4,6) de los adolescentes refiere haber consumido marihuana en algún momento en la vida, de los cuales el 48,8% (IC 95%: 34,4-63,4) lo han hecho en los últimos 12 meses.

No se presentan los estimadores de prevalencia de consumo y frecuencia de consumo en los últimos 12 meses para canabinoides, basuco, cocaína ni opioides, tampoco la prevalencia de problemas médicos, de salud, en el hogar, problemas mentales, económicas, en el trabajo, legales para todas las sustancias, ni los de asociación entre consumo de sustancias psicoactivas y trastornos mentales por ser imprecisos.

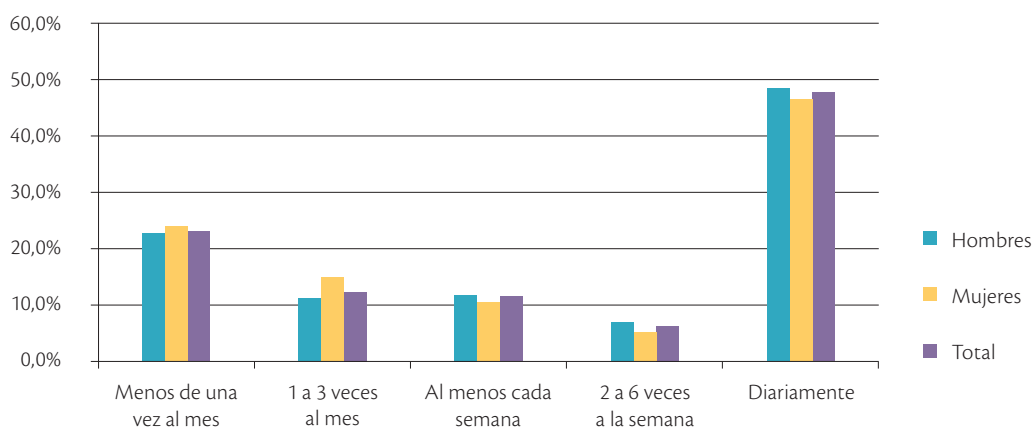
3.2.3.4.3. Personas entre 18 y 44 años: sustancias legales

El 15,9% de la población ha consumido cigarrillo o algún derivado del tabaco en la vida, siendo mayor la proporción para

hombres que para mujeres (25,0% vs. 9,3% en mujeres); el 6,6% (19,6 de hombres% vs. 5,6% de mujeres) lo ha hecho en los últimos 12 meses, es decir el 64,1% (tabla 5.70). De los que han consumido el 47,8% (IC 95%: 43,3-52,3) lo consume diariamente, el 22,8% (IC 95%: 19,3-26,8) menos de una vez al mes, el 12,1% (IC 95%: 9,51-15,2) frecuencia de consumo más frecuente es diariamente, el 17,3% lo hacen al menos cada semana a 2 a 6 veces a la semana (ver gráfica 5.38). Respecto a problemas relacionados con el consumo, el 5,7% (IC 95%: 4,0-8,1) de las personas que lo han hecho durante los últimos 12 meses el tienen problemas médicos y el 6,8% (IC 95%: 4,8-9,4) problemas en el hogar.

Tabla 5.70. Prevalencia de consumo de tabaco en personas entre 18 y 44 años

Prevalencia de consumo de cigarrillo o derivados del tabaco	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Consumo en la vida	25,0	23,1-27,1	9,3	8,3-10,5	15,9	14,8-17,0
Continúan consumiendo	72,8	68,6-76,7	58,1	51,8-64,1	67,8	64,2-71,1
Consumo en los últimos 12 meses	19,6	17,8-21,5	5,6	4,8-6,6	11,3	10,4-12,3



Gráfica 5.38. Frecuencia de consumo de cigarrillo en personas entre 18 y 44 años

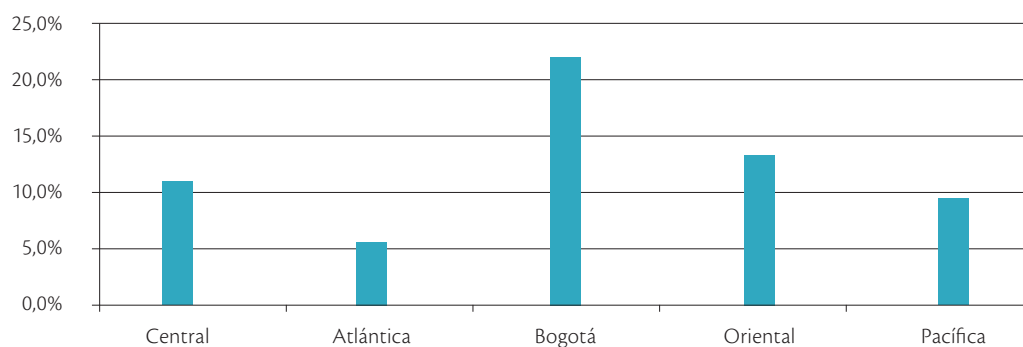
Nota: en los estimadores para mujeres de al menos cada semana el CVE es 25,6, en 2 a 6 veces a la semana el CVE es de 33,2.

Al analizar el consumo por regiones en la que se encuentra la mayor prevalencia de consumo en los últimos 12 meses para personas de 18 a 44 años es Bogotá con el 22,0% (IC95 %: 18,7-25,6) que además es mayor que para las personas de las otras regiones, en la Oriental el 13,4% (IC95 %: 11,5-15,7), en la Central el 10,9% (IC95 %: 9,0-13,2), en la Pacífica el 9,5% (IC95 %: 7,7-11,7) y en la Atlántica en la 5,6 (IC95 %: 4,4-7,3) (gráfica 5.39).

El 45,8% de la población colombiana entre 18 y 44 años refiere que ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, siendo mayor la proporción de hombre a mujeres (57,6% vs. 37,3%), el 42,5% lo ha hecho durante los últimos 12 meses, donde también lo hacen más los hombres (55,6% vs. 32,9%) es decir el 87,6% de las personas que han bebido

alguna vez en la vida (tabla 5.71); de ellos el 68,5% (IC 95 %: 66,3-70,7) lo hacen menos de una vez al mes, en este caso las mujeres tienen una mayor prevalencia de consumo (60% vs. 79,1% en hombres), el 24,0% (IC 95 %: 22,1-26,1) de 1 a 3 veces al mes, el 6,0% (IC 95 %: 5,0-7,2) cada semana (ver gráfica 5.40) y el restante de 2 a diariamente, no se presentan los datos por ser imprecisos.

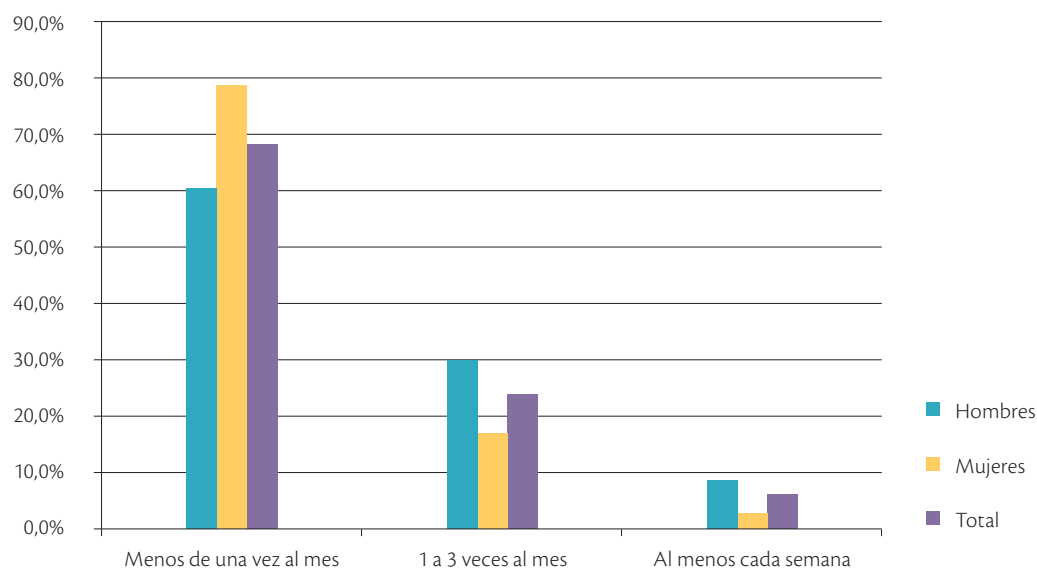
De las personas que beben en los últimos 12 meses el 2,8% (IC 95 %: 2,1-3,7) tienen problemas médicos, el 1,6% (IC 95 %: 1,2-2,3) algún problema mental, el 5,5% (IC 95 %: 4,5-6,7) problemas en el hogar, el 2,6% (IC 95 %: 2,0-3,4) problemas económicos y el 1,6% (IC 95 %: 1,1-2,2) problemas en el estudio o trabajo.



Gráfica 5.39. Prevalencia de consumo de cigarrillo y derivados del tabaco en los últimos 12 meses en personas entre 18 y 44 años por regiones

Tabla 5.71. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas entre 18 y 44 años

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Consumo en la vida	57,6	55,3-59,8	37,3	35,4-39,2	45,8	44,3-47,2
Continúan consumiendo	92,3	90,5-93,8	82,4	79,9-84,7	87,6	86,1-89,0
Consumo en los últimos 12 meses	55,6	53,3-57,9	32,9	31,0-34,8	42,5	41,0-44,0

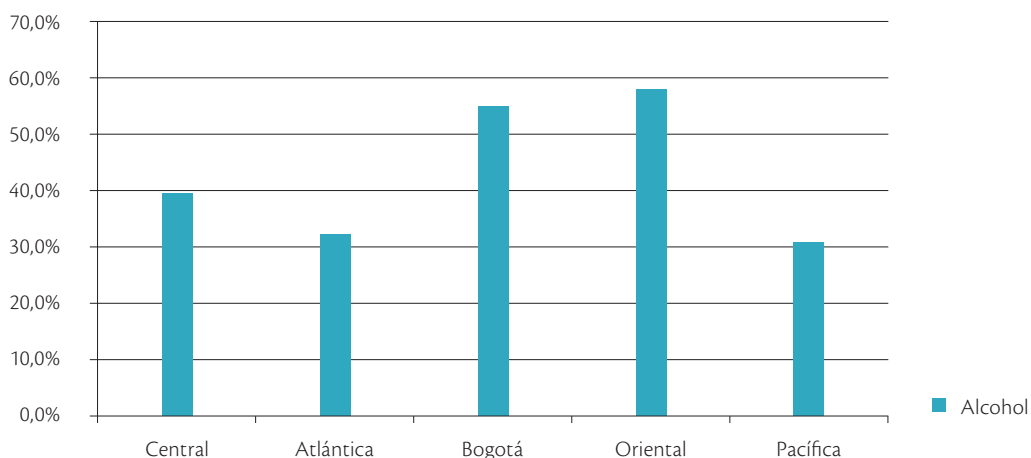


Gráfica 5.40. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas entre 18 y 44 años

Nota: en los estimadores para mujeres de al menos cada semana el CVE es de 22,1.

En relación con la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas entre 18 y 44 años según región se encuentra del 58,0% (IC 95%: 54,9-61,1) en la región Oriental,

el 54,7% (IC 95%: 50,7-58,7) en Bogotá, el 39,3 (IC 95%: 36,0-42,8) en la Central, el 32,1% (IC 95%: 29,3-35,1) y el 30,8 (IC 95%: 27,7-34,0) (ver gráfica 5.41).



Gráfica 5.41. Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses en personas entre 18 y 44 años por regiones

3.2.3.4.4. *Personas entre 18 y 44 años: sustancias ilegales*

De las sustancias con potencial de abuso y dependencia, se encuentra que el 6,3% de la población colombiana entre 18 y 44 años reporta haber consumido cannabinoides, siendo mayor la proporción de hombres que lo ha hecho (10,9% vs. 2,9% en mujeres) y el 2,2% lo ha hecho en los últimos 12 meses, esto quiere decir que el 38,3% de los que reportaron haberlo hecho alguna vez en la vida. El 1,3% de el mismo grupo

etario refieren haber consumido cocaína o un derivado alguna vez en la vida, de los cuales el 39,9% lo ha hecho en los últimos 12 meses y el 0,5% de las personas han consumido inhalantes en algún momento de la vida (tabla 5.72). Los estimadores para consumo de cocaína en los últimos 12 meses para la población general, y de consumo alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses de inhalantes, basuco, opioides, alucinógenos, estimulantes ni tranquilizantes no se presentan por ser imprecisos.

Tabla 5.72. Prevalencia de consumo de diferentes sustancias en personas entre 18 y 44 años

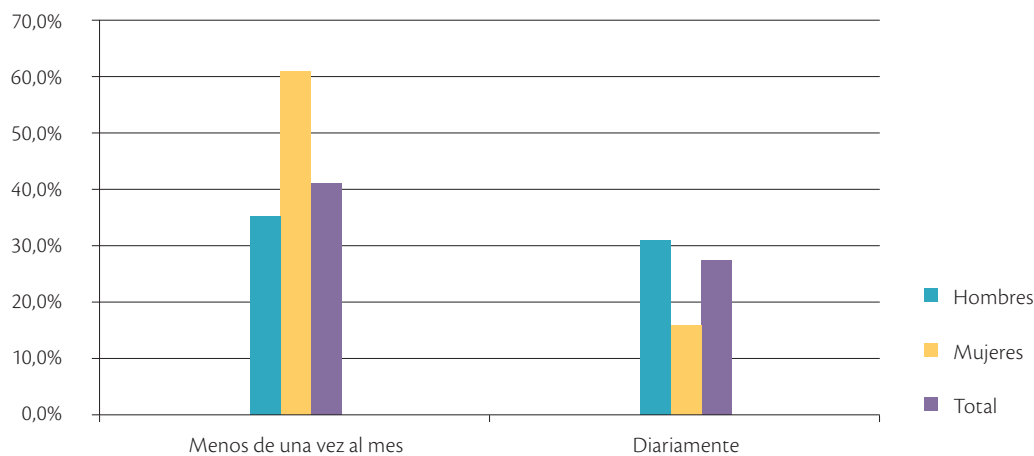
Sustancias prevalencia de consumo	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Canabinoides						
Consumo en la vida	10,9	9,5-12,4	2,9	2,4-3,7	6,3	5,6-7,0
Continúan consumiendo	36,6	30,2-43,6	27,3	18,5-38,3	34,1	28,7-39,9
Consumo en los últimos 12 meses	4,3	3,4-5,4	*	*-*	2,2	1,8-2,7
Cocaína						
Consumo en la vida	2,3	1,7-3,0	*	*	1,3	1,0-1,7
Continúan consumiendo	*	*	*	*	39,9	27,9-53,4
Inhalantes						
Consumo en la vida	*	*	*	*	0,5	0,4-0,8

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 presentan los estimadores consumo en los últimos 12 meses de cocaína, de inhalantes, basuco, opioides, alucinógenos, estimulantes ni tranquilizantes por ser imprecisos.

En relación a la frecuencia de consumo de canabinoides el 41,0% (IC 95%: 31,3-51,4) lo hacen menos de una vez al mes, siendo esta frecuencia entre hombres 35,3 (IC 95%:24,9-47,3) y en mujeres 61,0% (IC 95 % 38,9-79,3) y el 27,7% lo hacen dia-

riamente (gráfica 5.42). No se presentan los estimadores para consumo de 1 a 3 veces al mes a 2 a 6 veces a la semana por ser imprecisos.



Gráfica 5.42. Frecuencia de consumo de canabinoides en personas entre 18 y 44 años

Nota: en el estimador de diariamente para mujeres el CVE es de 51,4.

No se presentan los estimadores de prevalencia de problemas médicos, mentales, en el hogar, económicos, en el estudio o trabajo o legales para cannabinoides, cocaína, basuco, opioides, alucinógenos, inhalantes, estimulantes ni tranquilizantes por ser imprecisos.

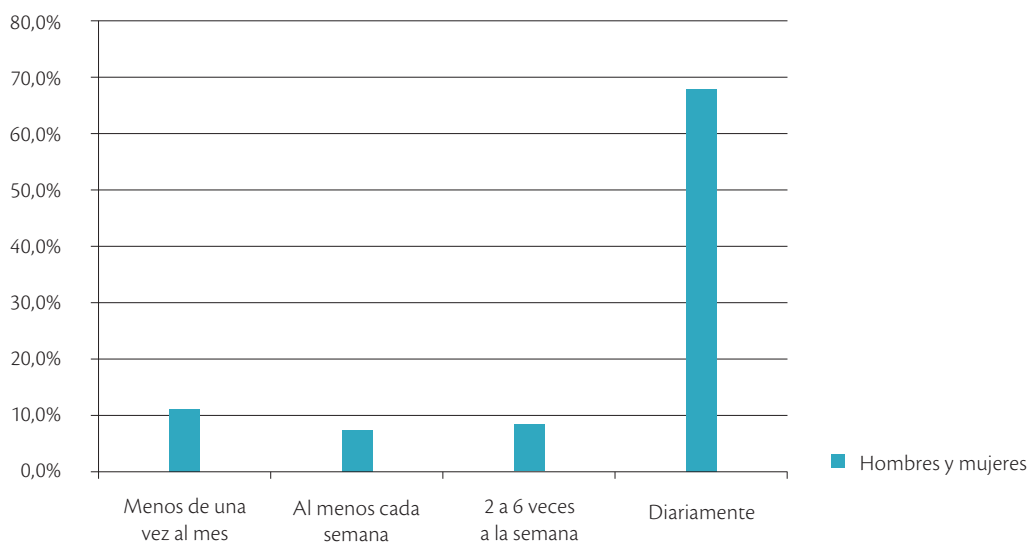
3.2.3.4.5. Personas de 45 años en adelante: sustancias legales

El 20,9% de las personas de 45 años en adelante refieren haber consumido cigarrillo o algún derivado del tabaco en la vida, siendo mayor la proporción de hombres que lo hacen; 29,6%

comparado con el 32,0% en las mujeres y el 12,4% fuman actualmente, siendo también mayor la proporción de hombres que lo continúan haciendo 19,8% vs. el 7,9% (tabla 5.73). El patrón de consumo más frecuente es diariamente que lo tienen el 67,9% de las personas (ver gráfica 5.43). El 8,6% (IC 95%: 6,2-11,6) de las personas que consumen cigarrillo o algún derivado del tabaco reportan problemas médicos y el 7,4% (IC 95%: 5,3-10,2) problemas en el hogar, no se presentan los datos para problemas mentales, económicas, trabajo ni legales por ser imprecisos.

Tabla 5.73. Prevalencia de consumo de cigarrillo y derivados del tabaco en personas de 45 años en adelante

Prevalencia	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Consumo en la vida	29,6	27,3-32,0	15,3	13,9-16,9	20,9	19,6-22,3
Continúan consumiendo	58,8	54-63,3	47,2	42-52,6	53,6	50,1-57,2
Consumo en los últimos 12 meses	19,8	17,7-22,1	7,9	6,8-9,3	12,4	11,4-13,6

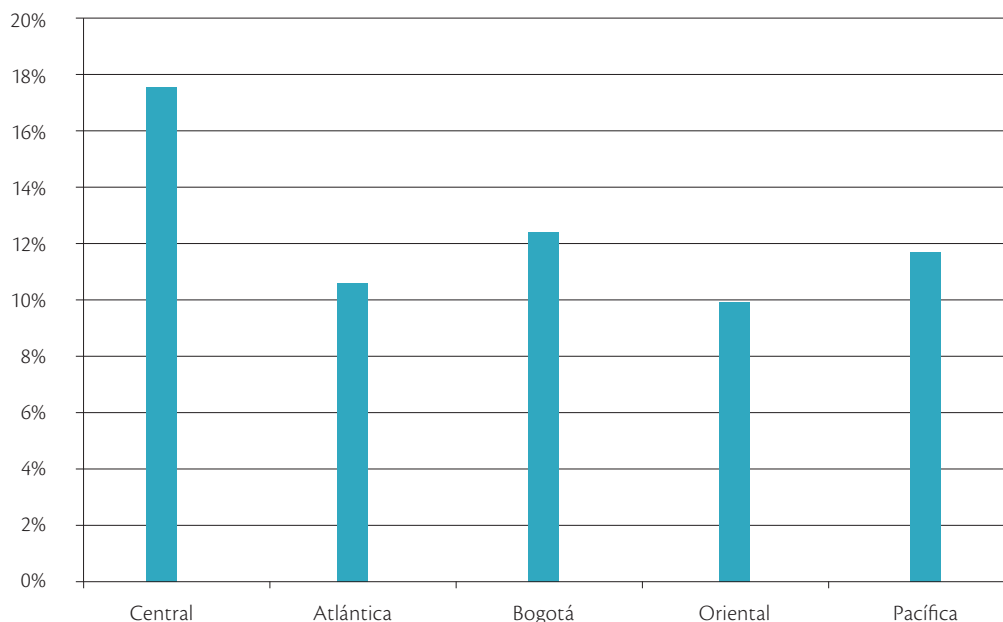


Gráfica 5.43. Frecuencia de consumo de cigarrillo y derivados del tabaco en personas mayores de 45 años que lo consumen

Nota: no se presenta desagregación por sexo, dado que los estimadores son imprecisos.

Para las personas de 45 años en adelante el consumo de cigarrillos o derivados del tabaco durante los últimos 12 meses según la región en la que viven lo reportan el 17,5 % (IC 95 %: 14,9-20,4) en la región Central; 12,4 % (IC 95 %: 10,0-15,4) en

Bogotá; 11,7 % (IC 95 %: 9,4-14,4) en la Pacífica; 10,6 % (IC 95 %: 8,5-13,1) en la Atlántica, y 9,9 % (IC 95 %: 8,0-12,3) en la Oriental (ver gráfica 5.44).



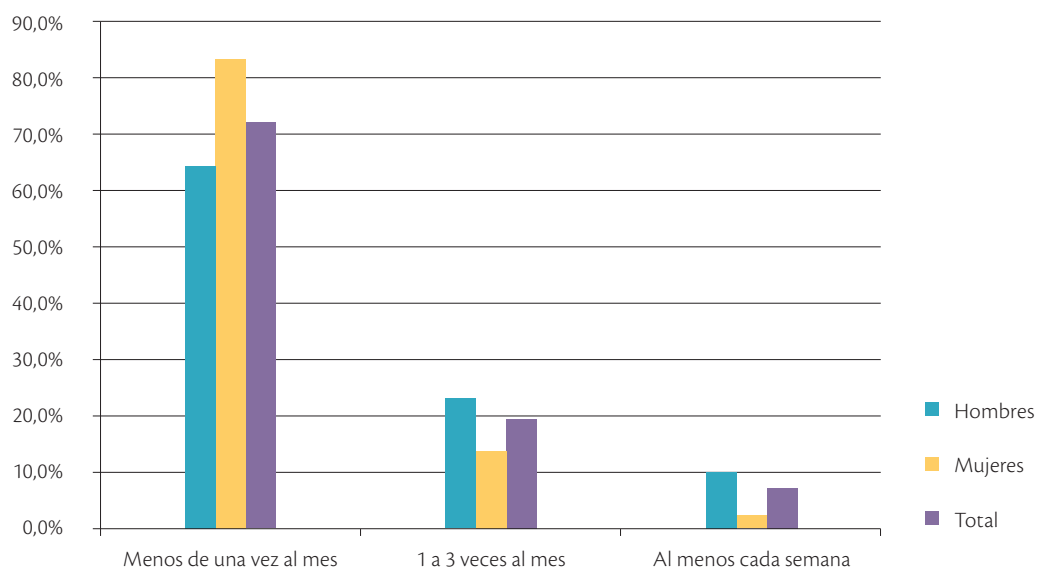
Gráfica 5.44. Prevalencia de consumo de cigarrillo y derivados del tabaco en los últimos 12 meses en personas de 45 años en adelante según región

En las personas de 45 años en adelante el 33,0 % han consumido alcohol alguna vez en la vida donde es mayor la proporción de hombres que lo han hecho 46,7 % comparado con el 24,0 % en las mujeres. El 27,2 % de la población lo ha hecho en los últimos 12 meses (tabla 5.74). Para este grupo

etario el patrón de consumo más frecuente es menos de una vez mes en el 71,7 % (IC 95 %: 68,7-74,5) seguido de 1 a 3 veces por mes en el 18,9 % (IC 95 %: 16,5-21,6) (ver gráfica 5.45). Por otra parte el 2,7 % (IC 95 %: 1,8-3,9) de los que beben reportan problemas médicos y 2,8 % (IC 95 % 2,0-6,7) en el hogar.

Tabla 5.74. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas de 45 años en adelante

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Consumo en la vida	46,7	44,2-49,3	24	22,3-25,9	33,0	31,5-34,5
Continúan consumiendo	81,4	78,3-84,2	68,8	64,8-72,5	75,8	73,4-78,1
Consumo en los últimos 12 meses	41,6	39-44,3	17,9	16,3-19,6	27,2	25,7-28,7

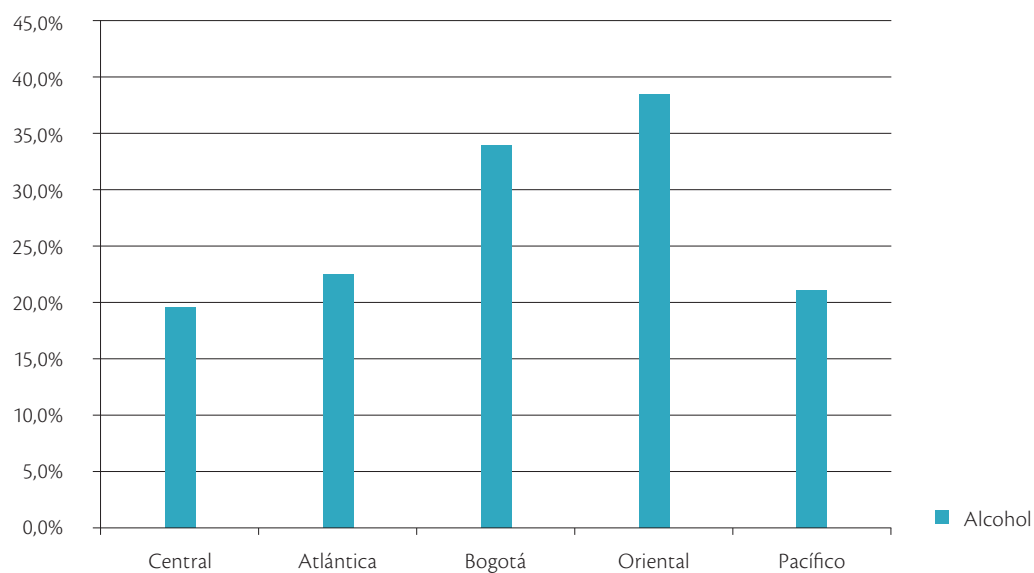


Gráfica 5.45. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas de 45 años en adelante

Nota: en el estimador de al menos cada semana para mujeres es de 37,4.

Según las regiones, el 38,4% (IC 95%: 35,0-41,9) de las personas de 45 años en adelante en la región Oriental; el 33,8% (IC 95%: 30,1-37,8) de Bogotá; el 22,4% (IC 95%: 19,3-25,7) de

la región Atlántica; el 20,9% (IC 95%: 18,0-24,1) de la región Pacífica y el 19,5% (IC 95%: 16,7-22,5) de la región Central han consumido alcohol en los últimos 12 meses (gráfica 5.46).



Gráfica 5.46. Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses en personas de 45 años en adelante

3.2.3.4.6. *Personas de 45 años en adelante sustancias ilegales*

Las prevalencia de consumo de alguna vez en la vida para este grupo etario son: 2,6% de canabinoides, el 0,8 ha consumido basuco alguna vez en la vida y 0,7% de opioides (tabla 5.75).

Tabla 5.75. Prevalencia de consumo de vida de sustancias psicoactivas en personas mayores de 45 años

Consumo alguna vez en la vida	Total	
	%	IC95 %
Canabinoides	2,6	2,1-3,2
Basuco	0,8	0,5-1,1
Cocaína	0,7	0,5-1,1

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 presentan los estimadores por sexo, ni de opioides, alucinógenos, inhalantes, estimulantes, ni tranquilizantes, por ser imprecisos.

No se presentan los estimadores de prevalencia de consumo y frecuencia de consumo en los últimos 12 meses para canabinoides, basuco, cocaína ni opiooides; tampoco la prevalencia de problemas médico, de salud, en el hogar, problemas mentales, económicas, en el trabajo, legales para toas las sustancias, ni los de asociación entre consumo de sustancias psicoactivas y trastornos mentales, por ser imprecisos.

3.2.4. Problemas relacionados con consumo de alcohol

El consumo de alcohol —incluso en poca cantidad— se asocia con riesgos asociados como accidentes de tránsito (51) o diferentes tipos de lesiones (52). Como trastorno, para la OMS el alcoholismo es una condición crónica, debida al consumo de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a lo previsto o durante un tiempo prolongado, que provoca deterioro e interfiere con la salud y el funcionamiento social, laboral, personal y económico del individuo (53). Los trastornos relacionados con consumo de alcohol incluyen una amplia gama de condiciones que van desde la intoxicación aguda, pasando por el consumo problemático, la dependencia, la abstinencia y trastornos secundarios, hasta cuadros como el delírium tremens, episodios psicóticos y demencia (21).

La gravedad del problema con el consumo de alcohol depende las alteraciones generadas en los dominios descritos. Por ejemplo, el consumo problemático se define como un consumo habitual de 20 a 40 g diarios de alcohol en mujeres, y de 40 a 60 g diarios en hombres (53). Los sujetos que presentan este tipo de consumo pueden manifestar un deseo intenso por conseguir la bebida o, incluso, un fracaso en los intentos por controlar el consumo, a pesar de conocer su uso problemático (54). A continuación se presentan algunas definciones pertinentes con respecto a efectos fisiológicos y psicológicos que puede generar el abuso de esta sustancia (55):

- *Consumo de riesgo:* se refiere al uso inadecuado y persistente de alcohol, donde se evidencia riesgo para presentar algún efecto adverso sobre la salud.
- *Consumo perjudicial:* presencia de consecuencias para la salud física y también para la salud mental.
- *Intoxicación aguda:* alteraciones encontradas en el lenguaje, la marcha, la memoria y el estado de conciencia secundarias al consumo reciente de bebidas alcohólicas.
- *Tolerancia:* hace referencia a la necesidad que tiene el individuo de consumir cantidades cada vez mayores para conseguir el efecto deseado.
- *Dependencia al alcohol:* enmarca fenómenos de la conducta, cognitivos y fisiológicos donde el sujeto invierte mucho tiempo en las actividades relacionadas con el consumo.
- *Abstinencia:* se produce cuando hay una interrupción abrupta o disminución significativa en el consumo de alcohol, presentada en individuos con patrones crónicos de consumo.

3.2.4.1. Factores asociados

Dentro de los factores de riesgo para presentar un trastorno por consumo de alcohol se encuentran: antecedente personal de patología mental (trastornos depresivos, ansiosos, de personalidad, esquizofrenia, entre otros), uso de otra sustancia psicoactiva, tabaco; problemas durante la infancia, dinámica familiar y modelos de crianza, experiencias emocionalmente perturbadoras y enfermedades crónicas. También hay factores ambientales como el desarrollo de una población, la cultura y la disponibilidad de alcohol. Entre más vulnerable sea el individuo y más factores de riesgo reúna, habrá mayores posibilidades de presentar problemas relacionados con el consumo de alcohol (53).

En varios estudios se ha concluido la importante asociación entre la depresión y los trastornos del estado de ánimo con el consumo problemático de alcohol. Hay un riesgo entre dos y tres veces mayor de presentar depresión si existe dependencia al alcohol; por lo tanto, es una comorbilidad bidireccional. De los sujetos con antecedente de trastornos de ansiedad, hasta el 12 % tiene trastorno por el consumo de alcohol, que llegan a empeorar también los trastornos del sueño. Cuando los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tienen consumo de alcohol con patrón de riesgo, los síntomas de la enfermedad psiquiátrica de base empeoran y dicha situación altera su mejoría clínica. En las personas con esquizofrenia, las prevalencias en los últimos 12 meses para abuso de alcohol es del 9,7 % y del 24-33 % al año en los casos dependencia (55). La prevalencia de alcoholismo (abuso o dependencia) puede aumentar al 76 % en personas con personalidad antisocial (56).

3.2.4.2. Impacto

El alcohol es la segunda sustancia psicotrópica activa más usada en el mundo (después de la cafeína); es un factor de riesgo para muerte y discapacidad temprana (53). Los trastornos relacionados con el uso crónico tienen una alta prevalencia de asociación con enfermedades mentales y enfermedades orgánicas, como coronariopatías, cirrosis hepática, epilepsia, cáncer (hepático, colorrectal, seno, laringe, faringe y esófago), inmunosupresión, disminución de adherencia a tratamientos de otras patologías, etc. También es frecuente encontrar que se vean afectados el funcionamiento familiar, económico y social de los individuos (57), relacionado con agresiones y situaciones de violencia, ejecución de actos criminales, intentos de suicidio, suicidios consumados y el uso de otro tipo de sustancias psicoactivas. Se ha encontrado un mayor riesgo de presentar accidentes de tránsito si se está bajo los efectos de alcohol y, así mismo, las concentraciones plasmáticas elevadas de la sustancia están relacionadas con la gravedad (55).

En el mundo, el consumo de alcohol es el responsable de 3,3 millones de muertes al año, es decir el 5,9 % de todas las defunciones (57). Adicionalmente, su impacto en los años de vida ajustados a discapacidad es muy alto, pues representa el 0,7 % del total y el 0,5 % de los años de vida perdidos. Se ha visto que el consumo de esta sustancia tiene predominio masculino y mayor carga de enfermedad en las personas con edades entre los 25 y los 50 años.

3.2.4.3. Estudios epidemiológicos

En la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia (2003) se estableció que la prevalencia de vida de abuso de alcohol es de 6,7 % y dependencia 2,3 %, la cual se disminuye a prevalencia de últimos 12 meses de abuso a 1,1 % y dependencia 1,1 % (37). Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias, para 2013, el rango de edad en el cual se concentra el mayor consumo de alcohol fue el de los 18 a 24 años, hallazgo similar a estudios de abuso de alcohol realizados en el resto del mundo. Otro hallazgo significativo fue que el 5,2 % de jóvenes entre 12 y 17 años tienen consumo perjudicial en el último mes. En cuanto a los valores dependencia, y al igual que en los criterios de consumo y de consumo perjudicial o de riesgo, se encontró que el grupo de 18-24 años es el más comprometido, con un valor de 2,06 % (44).

En este estudio también se observó que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol es de 16 años para hombres y de 18 años para las mujeres. Se practicó la prueba AUDIT para evaluar el consumo riesgo y perjudicial de alcohol y se encontró que el 11 % de la población encuestada tenía algún problema con el patrón de consumo de alcohol, que se concentra en los rangos de edad de mayor consumo (18-24 años) y predominantemente en los hombres (44). La tabla 5.76 describe las diferentes encuestas nacionales y las prevalencias de consumo, riesgo de abuso y dependencia.

Tabla 5.76. Comparación de prevalencias de consumo, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas en Colombia

Estudios y año	Prevalencia	Categoría diagnóstica	Resultados (%)		
			Total	Hombres	Mujeres
1993* (50)	De punto	Riesgo de alcoholismo	9,6	14,2	5,3
		Alcohólico	7,1	12,4	2,1
2003** (44)	De vida	Abuso	6,7	13,2	1,6
		Dependencia	2,3	4,7	0,3
	Últimos 12 meses	Abuso	1,1	2,1	0,4
		Dependencia	1,1	2,5	0,0
	Últimos 30 días	Abuso	0,2	0,4	0,1
		Dependencia	0,5	1,2	0,0
2013*** (44)	De vida	Consumo	87,7	91,1	83,3
	Últimos 12 meses	Consumo	58,8	69,0	49,1
		Consumo de riesgo o perjudicial	11,1	17,0	5,5
		Dependencia	1,2	1,9	0,5
	Últimos 30 días	Consumo	35,8	46,2	25,9
		Consumo de riesgo o perjudicial	30,1	36,8	21,2

* Evaluación con CAGE; ** Evaluación con CID; *** Evaluación con el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC) y AUDIT, en personas de 12 a 65 años de edad.

3.2.4.4. Resultados

Se usan como instrumentos de detección de consumo de alcohol el AUDIT-C, que consta de tres preguntas e identifica a personas con consumo excesivo de esta sustancia, aquellas con puntaje mayor o igual a 4 realizan el AUDIT-A (10 preguntas) que identifica consumo de riesgo y posible dependencia al alcohol (53). De acuerdo con la *Guía de práctica clínica para Colombia sobre detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda de pacientes con abuso o dependencia de alcohol para Colombia* (53) el instrumento AUDIT ha demostrado una adecuada validez de constructo y consistencia interna. Es útil para tamizar y evaluar la severidad del abuso y dependencia, donde un punto de corte de 8 en adelante para hombres y 7 para mujeres, ha demostrado en repetidos estudios una sensibilidad entre 61-96% y una especificidad entre 85-96%, con valores predictivos positivos entre 38-81% y negativo entre 93-100%.

De acuerdo con la aplicación del instrumento en adolescentes (12 a 17 años) y adultos (18-44 y 45 o más) se presentan los resultados de las prevalencias de problemas de abuso o dependencia de alcohol en la población colombiana según edad, sexo y región (tabla 5.77).

Para los adolescentes colombianos se encuentra una prevalencia de 5,2% de consumo excesivo de alcohol, siendo mayor en hombres, 7,7%; sin embargo, el estimador es impreciso para las mujeres, y son bebedores en riesgo-abuso de alcohol el 2,8% de personas de este grupo de edad. Respecto a las personas entre 18 y 44 años se encuentra una prevalencia de consumo excesivo de alcohol del 21,8%, que representa una mayor proporción en hombres que en mujeres (36,3% vs. 11,4%); son bebedores en riesgo-abuso de alcohol el 12% de esta población, también con una mayor proporción de hombres que mujeres (16% vs. 9,1%). Y en las personas de 45 años en adelante los problemas relacionados con el consumo de alcohol tienen una menor prevalencia que en el grupo etario anterior, sin embargo es mayor la diferencia entre hombres y mujeres; en este grupo el consumo excesivo se presenta en el 12,3%, pero para hombres es más de 7 veces más frecuente que en las mujeres (25,5% vs. 3,8%); son bebedores en riesgo el 6,0% de esta población, 10,3% de los hombres y 3,2% de las mujeres (ver tabla 5.53). Las estimaciones de dependencia al alcohol son imprecisas para los 3 grupos etarios por lo que no se reportan.

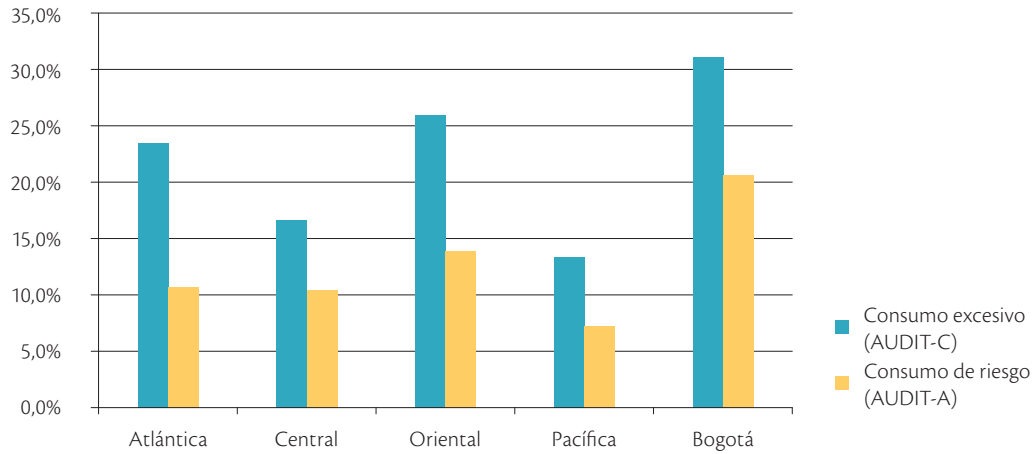
Tabla 5.77. Prevalencia de problemas relacionados con consumo de alcohol en la población colombiana de 12 años en adelante

AUDIT	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
12 a 17 años						
Consumo excesivo (AUDIT-C)	7,7	5,9-10,1	*	*	5,2	4,1-6,6
Consumo de riesgo-abuso (AUDIT-A)	*	*	*	*	2,8	2,0-3,9
18 a 44 años						
Consumo excesivo (AUDIT-C)	36,3	34,1-38,5	11,4	10,2-12,7	21,8	20,6-23,0
Consumo de riesgo-abuso (AUDIT-A)	16,0	14,4-17,8	9,1	8,0-10,3	12,0	11,0-13,0
45 años en adelante						
Consumo excesivo (AUDIT-C)	25,2	23,1-27,5	3,8	3,1-4,7	12,3	11,2-13,4
Consumo de riesgo-abuso (AUDIT-A)	10,3	8,9-12,0	3,2	2,5-4,0	6,0	5,3-6,8

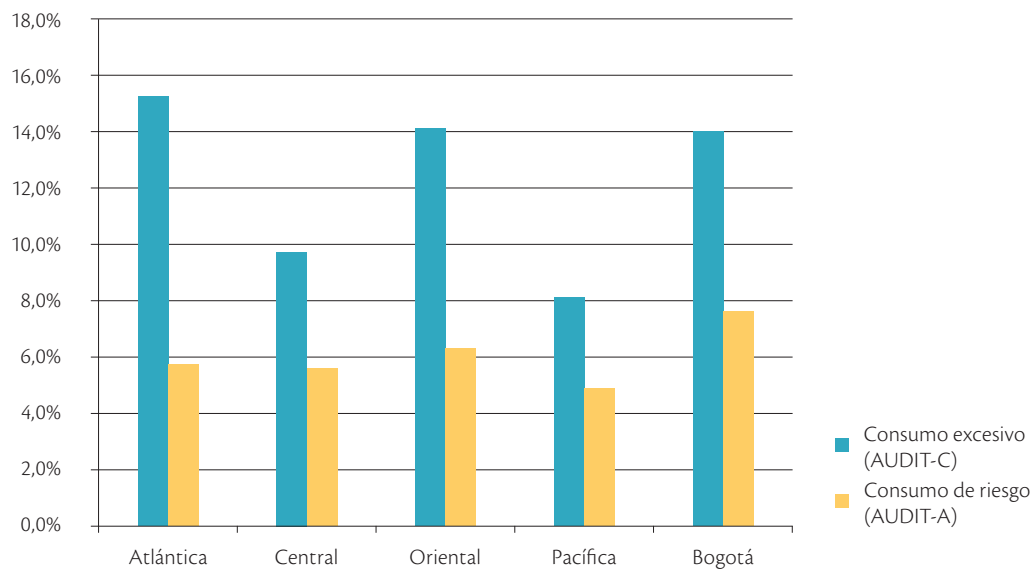
Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Para las personas entre 18 y 44 años de edad hay variabilidad según las regiones, la población que presenta el mayor consumo excesivo de alcohol es la de Bogotá con un 31,2% (IC 95%: 27,7-35,0) de las personas, seguido de la región oriental 26% (IC 95%: 23,4-28,7), Atlántica 23,4% (IC 95%: 21,0-26,1), Central 16,6% (IC 95%: 14,2-19,3) y presentan la menor prevalencia de consumo excesivo son los de la región Pacífica con el 13,2% (IC 95%: 11,1-19,1) de ellas. Para consumo de riesgo-abuso de alcohol la prevalencia es alrededor de la mitad que la encontrada para consumo excesivo en todas las regiones. Este consumo de riesgo-abuso es más prevalente en Bogotá, en la que el 20,5% (IC 95%: 1,74-23,9) de la población tiene abuso de alcohol; seguidos de la región Oriental, con 13,9% (IC 95%: 12,0-16,2); la Atlántica, con 10,5% (IC 95%: 8,8-12,5); la Central, con 10,4% (IC 95%: 8,5-12,7), y la Pacífica, con la menor prevalencia, con 7,1% (IC 95%: 5,6-9,1) (ver gráfica 5.47). Al analizar según situación de pobreza, medida con el IMP, se encuentran prevalencias similares de consumo excesivo, presentándose en el 22,7% (IC 95%: 19,6-26,2) de las personas en esta condición, y en el 21,6% (IC 95%: 20,3-23,0) en las que no; y bebedores en riesgo en el 12,4% (IC 95%: 10,0-15,3) de los del primer grupo y 11,9% (IC 95%: 10,9-13,0).

Para el grupo de edad de personas de 45 años en adelante las prevalencias consumo excesivo o de riesgo de alcohol son similares entre las regiones, aunque sistemáticamente menores que en el grupo etario anterior. En este grupo el patrón de consumo excesivo es un poco mayor en la Atlántica, que se presenta en el 15,3% (IC 95%: 12,8-18,2), seguido de la región Oriental 14,1% (IC 95%: 12,0-16,6), Bogotá 14% (IC 95%: 11,5-16,9) y la menor en la región Pacífica, donde el 8,1% (IC 95%: 6,3-10,3) lo tiene. El patrón de consumo de riesgo-abuso de alcohol es mayor en Bogotá 7,6% (IC 95%: 5,8-10,0), entre 6,3% (IC 95%: 4,8-8,1) y 5,6% (IC 95%: 4,2-7,5) para las regiones Oriental, Atlántica y Central, siendo la menor en la región Pacífica 4,9% (IC 95%: 3,5-6,7) (ver gráfica 5.48). Para el consumo según situación de pobreza, se encuentra consumo excesivo en el 17,7% (IC 95%: 14,2-21,7) en las personas en esta condición, siendo mayor al 11,6% (IC 95%: 10,6-12,7) en las personas que no lo están, pero es similar la prevalencia de riesgo de abuso, en el primer grupo la prevalencia es del 5,9% (IC 95%: 4,0-8,7) comparado con el 6,0% (IC 95%: 5,3-6,9). Las estimaciones de consumo de alcohol son imprecisas al desagregar por región y pobreza para los adolescentes y en los adultos para probable dependencia por lo que no se reportan.



Gráfica 5.47. Prevalencia de consumo excesivo (AUDIT-C) y de riesgo (AUDIT-A) en personas entre 18 y 44 años según región



Gráfica 5.48. Prevalencia de consumo excesivo (AUDIT-C) y de riesgo (AUDIT-A) en personas de 45 años en adelante según región

3.2.5. Consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas

Se define como evento o suceso traumático una situación que pone en peligro la vida o constituye una amenaza para la integridad física de una persona. La exposición al evento traumático puede darse de forma directa, en el que la persona la experimenta, o indirecta, cuando es testigo o le ocurre a alguien cercano. En respuesta a esta situación, las personas pueden presentar manifestaciones psicológicas con un amplio rango de características y gravedad. Por diversos factores, es posible que las consecuencias psicológicas (síntomas) tengan una mayor intensidad y adquieran un valor psicopatológico cuando comprometen la funcionalidad de los sujetos que las padecen (21). Por esto algunos de los sujetos que experimentan los eventos traumáticos pueden desarrollar trastornos mentales, específicamente el trastorno de estrés postraumático (TEPT). De igual forma, se han encontrado asociaciones de los eventos traumáticos con el desarrollo de depresión y abuso de sustancias (58-61).

Las consecuencias o reacciones psicológicas, descritas como síntomas en el TEPT, incluyen: reviviscencias del evento —que pueden ser en forma de pesadillas—, ansiedad, hipervigilancia, evitación de situaciones o cosas que recuerden el evento, pensamientos incontrolables sobre este, entre otras alteraciones.

Las múltiples consecuencias después de eventos traumáticos han sido menos estudiadas en adolescentes que en los adultos, incluido el TEPT en cual tiene características clínicas similares en ambos grupos. En los adolescentes con TEPT son frecuentes las ideas suicidas, el consumo de sustancias psicotrópicas o alcohol que, además, son factor agravante de los síntomas (21). Además, los síntomas en este grupo poblacional pueden variar de acuerdo con la naturaleza de la experiencia y pueden ser influenciados por el grado de desarrollo, los factores culturales, las experiencias previas, la disponibilidad de recursos y el funcionamiento familiar (62).

Dado el contexto de violencia, de múltiples orígenes, en Colombia (63), una persona está expuesta a múltiples eventos de este orden, y por esto se consideró útil conocer, en el marco del estudio, en qué medida las personas pueden llegar a presentar problemas mentales, mediante la determinación de la frecuencia de los síntomas en términos de consecuencias psicológicas que se dan ante las experiencias traumáticas tanto en adolescentes como en los adultos.

Para determinar cuáles son los efectos psicológicos de las experiencias traumáticas en esta encuesta se emplea como instrumento el *PostTraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version* (PCL-C) modificado, en el que se tomó como marco temporal de los síntomas los últimos 12 meses y se utilizaron las mismas preguntas del instrumento traducidas al español. Aunque esta escala es ampliamente utilizada para orientar el diagnóstico clínico, por las modificaciones realizadas para la encuesta no se pretende utilizarla como herramienta diagnóstica del TEPT y se emplea con el objetivo de determinar cuáles son las consecuencias psicológicas de la exposición a experiencias traumáticas y las personas en riesgo de TEPT. Sin embargo, los síntomas indagados ante experiencias traumáticas son los que se presentan en la categoría diagnóstica de TEPT.

3.2.5.1. Factores asociados

Se estima que entre el 50% y el 80% de la población general ha sufrido una experiencia traumática lo suficientemente intensa como para generar un TEPT. Solo un porcentaje de estos individuos desarrollará esta condición (64-67). Entre los factores de riesgo para que esto suceda después de haber experimentado un evento traumático se han descrito la susceptibilidad genética, haber experimentado previamente eventos traumáticos, bajo nivel académico y que el individuo sea de sexo femenino. Así mismo, una experiencia traumática inesperada, muy intensa, repetitiva, como un escaso apoyo social o familiar puede incrementar el riesgo de presentar esta condición (68-71).

Entre los factores de riesgo para desarrollar un TEPT específicamente en adolescentes, luego de exponerse a un evento traumático, se han descrito: el sexo femenino, la exposición a un evento traumático previo, la presencia de trastornos del comportamiento previos, el trastorno afectivo bipolar o el abuso de sustancias (72).

3.2.5.2. Impacto

En el estudio norteamericano *National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement* (NCS-A) se encontró que la probabilidad de desarrollar en algún momento en la vida un TEPT en los adolescentes expuestos a alguna experiencia traumática era del 7,6% y oscilaba entre el 6% y el 37%, según el tipo de evento. De los participantes que desarrollaron el TEPT, la posibilidad de recuperación disminuía con la po-

breza, así como la presencia de experiencias previas al peor evento y el antecedente de trastorno afectivo bipolar (72). Por otro lado, si se considera que aproximadamente el 50% de los casos de TEPT, en general, se hacen crónicos y persisten durante varios años (73,74); por esto se considera que el impacto de esto en la salud pública es significativo.

Por otro lado, en los adultos, tanto de la población general como en poblaciones clínicas, que sufren TEPT tienen un mayor riesgo de presentar otros problemas en salud mental como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y suicidio (75,76). Adicionalmente, esta condición produce una importante discapacidad en los planos laboral, familiar y social, lo cual afecta de manera significativa la calidad de vida del sujeto y genera grandes repercusiones económicas en los sistemas de seguridad social y salud (75,77).

3.2.5.3. Estudios epidemiológicos

En Colombia, en el Estudio de Salud Mental en Adolescentes, la prevalencia de estrés posttraumático en la vida fue del 1,4%; en los últimos 12 meses, de 0,8%, siendo más frecuente en mujeres, en ambos casos, y del 0,1% en los últimos 30 días,

siendo más frecuente en hombres (78). En Puerto Rico, en niños y adolescentes (4-17 años) la prevalencia en los últimos 12 meses fue del 0,8% (80). En Estados Unidos se ha descrito que el 61% de los adolescentes ha llegado a experimentar un potencial evento traumático; en ellos, la prevalencia del TEPT, basado en los criterios del DSM-IV, fue del 4,7%, y fue significativamente mayor entre las mujeres (7,3%) en relación con los hombres (2,2%). La exposición a un potencial evento traumático, particularmente a violencia interpersonal, fue lo que más se presentó entre los adolescentes, que no vivían con sus padres biológicos o que tenían algún trastorno de comportamiento preexistente. La probabilidad desarrollar un TEPT era mayor al exponerse a violencia interpersonal (72).

En la tabla 5.78 se presentan las prevalencias del TEPT en Colombia calculada en la encuesta del 2003, junto a las prevalencias de esta condición en diferentes países. Aunque la prevalencia encontrada en distintos estudios epidemiológicos nacionales indica que la prevalencia global de TEPT en la vida está entre el 3% y el 8%, estos mismos estudios muestran que otro 3,6% de la población general tienen alteraciones en 2 o 3 grupos de síntomas del TEPT sin que cumpla todos los criterios para configurar un TEPT (79).

Tabla 5.78. Prevalencia de TEPT en Colombia y otros países

Estudios			Resultados		
País	Año	Prevalencia	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Colombia (37)*	2003	Últimos 30 días	0,2	0,1	0,3
		Últimos 12 meses	0,5	0,1	0,7
		De vida	1,8	0,8	2,5
Australia (71)*	2007	De vida	7,2	4,7	9,7
Corea del Sur (80)*	2001	De vida	1,7	0,9	2,5
Estados Unidos (81)*	2001-3	12 meses	6,8	-	-
Italia (82)*	2001-3	12 meses	2,5	-	-
Japón (83)*	2002-6	De vida	1,3	-	-
Nepal (84)**	2013	De vida	4	1,2	5,9
Sudáfrica (64)*	2002-4	De vida	2,3	-	-

*WMH-CIDI; **CIDI v3.0.

Finalmente, en el estudio de población desplazada como víctima del conflicto armado colombiano se encontró una alta prevalencia de problemas de salud: el 64% describía do-

lores de cabeza frecuentes, el 62% se sentía nervioso, el 62% presentaba ansiedad, el 60% describía tristeza, entre otros síntomas (63).

3.2.5.4. Resultados

Para determinar cuáles son los efectos psicológicos de las experiencias traumáticas en esta encuesta se emplea como instrumento el PCL-C modificado, respecto a la exposición a eventos, en adolescentes se consideran: accidente de tránsito, ahogamiento, explosión o incendio, desastre natural, robo o atraco, ataque de un animal, enfermedad grave o potencialmente mortal, algún otro evento o experiencia estresante. Para los adultos se exploraron, además de las experiencias traumáticas descritas para los adolescentes, las siguientes: violencia intrafamiliar —ya sea física, psicológica o sexual—, violencia física no originada en el ámbito intrafamiliar, delincuencia organizada o común —robo, atraco, paseo millonario, extorsión, homicidio, secuestro o violencia sexual— y conflicto armado —ya sea desaparición forzada, tortura, secuestro, reclutamiento forzoso, masacre, confrontación entre grupos armados, minas antipersonales o violencia sexual—.

Se presenta la frecuencia de síntomas presentes después de haber experimentado directa o indirectamente un evento traumático y un indicador de posible TEPT, para su cálculo se tomó como marco temporal la presencia de los síntomas en los últimos 12 meses, se cambió la frecuencia de los síntomas a diariamente, 2 a 6 veces a la semana, al menos cada semana, 1 a 3 veces al mes y menos de una vez al mes o no presentar

el síntoma y se utilizó la suma de síntomas con punto de corte mayor o igual a 30 como posible TEPT; para presentar este puntaje la persona debe tener por lo menos 13 síntomas de los 17 de la escala, cada uno presente 1 a 3 veces al mes, la forma de cálculo y la revisión de la literatura que soportan esta decisión se explica en el protocolo de la Encuesta.

3.2.5.4.1. Consecuencias psicológicas en los adolescentes

El 29,3% de los adolescentes en Colombia han estado expuestos a algún tipo de evento traumático, de los cuales el 23,1% reporta solo una experiencia y el 3,9% dos experiencias. Los estimadores de tres o más eventos traumáticos son imprecisos por lo que no se presentan. Los eventos más frecuentemente reportados son: accidente de tránsito (14%) y robo o atraco (10,6%). Al discriminar estas estadísticas por sexo, no se encuentran diferencias porcentuales, salvo para la exposición a robos que es mayor en los hombres (12,6% frente a 8,7%). El 32,6% reportan que en los eventos a los que estuvieron expuestos hubo algún fallecimiento y de forma significativa el 88,1% de esta población manifiesta que ha experimentado un evento consideran que ha generado algún tipo de trauma psicológico sin diferencias entre los sexos (tabla 5.79).

Tabla 5.79. Eventos traumáticos y percepción de trauma psicológico asociado en adolescentes entre 12 y 17 años en Colombia

Eventos traumáticos e indicadores de gravedad de la experiencia	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Por lo menos un evento traumático	30,7	27,3-34,4	27,9	24,7-31,5	29,3	26,9-31,8
Solo un evento traumático	24,6	21,4-28,0	21,7	18,8-25,0	23,1	20,9-25,5
Dos eventos traumáticos	3,7	2,5-5,3	4,2	2,9-6,1	3,9	3,0-5,2
Tipo de experiencia traumática						
Accidente de tránsito	14,8	12,3-17,8	13,2	10,8-16,0	14,0	12,2-16,0
Ahogamiento	*	*	*	*	1,9	1,3-2,8
Robo o atraco	12,6	10,3-15,3	8,7	6,8-11,1	10,6	9,1-12,4
Ataque de un animal	*	*	*	*	2,9	2,2-4,0
Enfermedad grave o potencialmente mortal	*	*	4,3	3,0-6,1	3,6	2,7-4,8
Algún otro evento o experiencia estresante	*	*	4,0	2,7-5,8	3,5	2,6-4,7
Gravedad de la experiencia traumática						
Reporte de fallecimiento de alguna persona por evento traumático	31,8	25,7-38,5	33,6	27,2-40,6	32,6	28,2-37,5
Percepción de trauma psicológico	88,9	83,5-92,7	87,3	81,7-91,4	88,1	84,4-91,1

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: las variables: tres eventos traumáticos o más eventos traumáticos, exposición a explosión o incendio y desastre natural y la presencia de discapacidad por el evento no se presentan porque los resultados totales y por sexo son imprecisos.

En relación con la prevalencia de los síntomas consecuentes a la experiencia traumática en el último año en personas entre los 12 y 17 el 43,1% (IC 95%: 38,2-48,1) presentan, por lo menos, un síntoma, donde 21,3% (IC 95%: 7,5-25,7) de estos adolescentes tiene uno o dos de los síntomas evaluados en el PCL-C modificado, con una mayor prevalencia en los hombres con 24,9% (IC 95%: 19,4-31,4) al compararlos con las mujeres con 17,4% (IC 95%: 12,6-23,6), de tres a cinco síntomas la prevalencia es del 11,1% (IC 95%: 8,3-14,6) y el 10,7% (IC 95%: 8,0-14,1). De estos adolescentes tiene 6 o más síntomas. Los estimadores para hombres en estas dos últimas categorías fueron imprecisos y no se incluyen en la gráfica, mientras que para las mujeres las prevalencias fueron 12,1% (IC 95%: 8,21-17,6) para dos o tres síntomas y 13,1% (IC 95%: 9,03-18,7) para 6 o más síntomas. El indicador de riesgo de TEPT calculado para los adolescentes expuestos a eventos traumáticos no arroja un estimador preciso y en consecuencia no se reporta.

Las prevalencias de cada uno de los síntomas de los adolescentes expuesto a experiencias traumáticas se detallan en la tabla 5.80. El síntoma más prevalente es el de los *recuerdos, pensamientos o imágenes inquietantes* en el 19,4%, seguido por la conducta de *evitar pensar, hablar o tener sentimientos relacionados con el evento* en el 15,5% y también son frecuentes los *problemas para concentrarse, sentirse molesto cuando algo les recuerda el evento y los sueños perturbadores*, con prevalencias entre el 13,3% y el 12,4%. Para todos estos síntomas las mujeres tienen valores de prevalencia más elevados que los hombres (22,2% al 12,6%) cuando los estimadores son precisos. El único síntoma más prevalente en hombres es *sentirse alarmado(a) o estar prevenido, al acecho o en guardia* (12,8%). Aunque los síntomas demás síntomas tienen prevalencias menores los valores son superiores al 6%, siendo el valor más bajo 6,6% para *sentir como si su vida se fuera a acabar de repente*. Los estimadores de riesgo para desarrollar un TEPT, de este grupo poblacional, según pobreza, región y zona urbana y rural no fueron precisos por lo que no se presentan.

Tabla 5.80. Prevalencia en los últimos 12 meses de los síntomas evaluados con el PCL-C modificado en adolescentes entre los 12 y 17 años en Colombia

Síntomas presentes durante los últimos 12 meses	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Recuerdos, pensamientos o imágenes inquietantes	16,6	12,1-22,4	22,5	17,1-29,0	19,4	15,8-23,6
Evitar pensar o hablar o tener sentimientos relacionados con el evento	13,4	9,5-18,7	17,7	13,0-23,8	15,5	12,3-19,3
Sentirse muy molesto cuando algo le recuerda el evento	10,5	7,1-15,2	16,3	11,6-22,4	13,3	10,3-17,0
Tener problemas concentrándose	14,3	10,0-20,1	12,1	8,1-17,6	13,3	10,2-17,1
Sueños perturbadores	11,5	7,8-16,8	13,3	9,2-18,8	12,4	9,5-16,0
Sentirse alarmado(a) o estar prevenido, al acecho o en guardia	12,8	8,8-18,2	*	*	11,5	8,7-15,0
Tener problemas quedándose dormido(a) o despertarse durante la noche	*	*	12,1	8,1-17,7	10,6	7,8-14,1
Tener la sensación o actuar como si el evento estuviese repitiéndose	*	*	11,0	7,3-16,0	9,8	7,2-13,1
Sentirse alejado(a) o distante de otras personas	*	*	12,6	8,5-18,2	9,8	7,2-13,2
Sentirse molesto(a) o irritable o tener ataques de ira	*	*	*	*	9,4	6,9-12,7
Evitar actividades o situaciones debido a que le recuerdan el evento	*	*	*	*	8,9	6,5-12,0
Perder el interés en actividades que disfrutaba previamente	*	*	*	*	8,0	5,7-11,2
Sentirse nervioso(a) o sobresaltarse con facilidad	*	*	*	*	7,9	5,6-11,1
Reacciones físicas como palpitaciones, dificultad para respirar o sudoración, cuando algo le recuerda el evento	*	*	*	*	7,2	4,9-10,3
Tener problemas recordando partes importantes del evento	*	*	*	*	6,9	4,7-9,8
Sentir como si su vida se fuera a acabar de repente	*	*	*	*	6,6	4,6-9,4

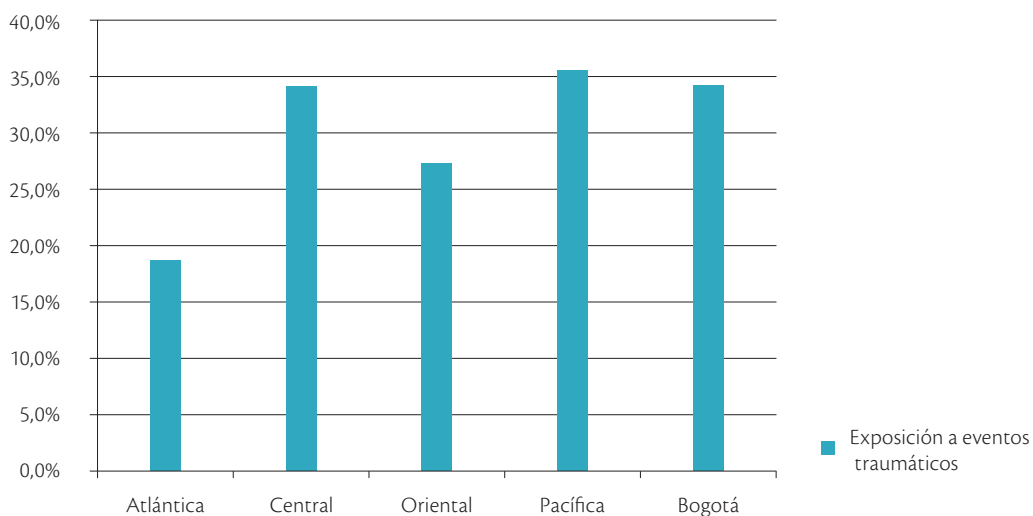
Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: la variable sentirse emocionalmente bloqueado(a) sin poder tener sentimientos amorosos hacia las personas cercanas a usted no se presentan porque los resultados totales y por sexo son imprecisos.

En cuanto a los hallazgos por regiones de la población entre 12 y 17 años, la región Pacífica, la Central y Bogotá tienen prevalencias entre el 34,2% y el 35,6% de exposición a eventos traumáticos, mientras que las regiones Oriental y Atlántica tienen las prevalencias más bajas: 27,4% (IC95%:

22,6-32,7) y 18,7% (IC 95%: 14,7-23,4), respectivamente (gráfica 5.49). Las prevalencias para más de un evento traumático y el número de síntomas al discriminar por regiones son imprecisos por lo que no se reportan.



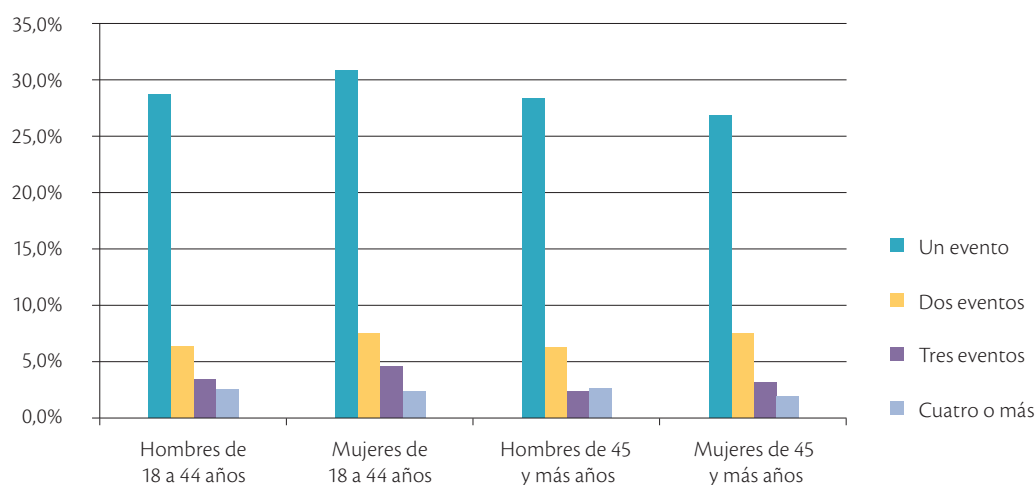
Gráfica 5.49. Prevalencia de exposición a eventos traumáticos en población colombiana entre los 12 y 17 años por regiones

3.2.5.4.2. Consecuencias psicológicas en los adultos

El 40,2% de los adultos entre los 18 y 44 años y el 41,4% de los adultos de 45 años y más han sufrido por lo menos un evento traumático, con porcentajes similares entre hombres y mujeres. El 38,5% y 44,1% de los adultos entre 18 y 44 años y de 45 y más, respectivamente, reportan que en los eventos a los que estuvieron expuestos hubo algún fallecimiento (tablas 30 y 31).

En el primer grupo de edad, el 27,6% (IC 95%: 26,3-29) tuvo un evento traumático, el 6,9% (IC 95%: 6,2-7,7) dos even-

tos, el 3,3% (IC 95%: 2,8-3,9) tres y el 2,3% (IC 95%: 1,9-2,8) cuatro más, sin diferencias entre hombres y mujeres. En los mayores de 44 años la distribución de números de experiencias traumáticas fue similar: un evento el 29,8% (IC 95%: 28,3-31,3), dos eventos el 6,8% (IC 95%: 6,0-7,7), tres el 2,6% (IC 95%: 2,1-3,2) y cuatro o más el 2,1% (IC 95%: 1,7-2,6) con prevalencias por sexo semejantes. En la gráfica 5.50 se ilustran las prevalencias por sexo del número de eventos traumáticos en los adultos.



Gráfica 5.50. Distribución porcentual del número de eventos traumáticos por sexo de los adultos en Colombia

Los eventos más frecuentemente reportados en los adultos entre 18 y 44 años son: accidente de tránsito (18,6%), delincuencia organizada o común (10,7%), conflicto armado (7,9%) y Violencia intrafamiliar, ya sea física, psicológica o sexual (7,7%). Los resultados de los tres primeros fueron similares entre hombres y mujeres, con valores más altos para ellos (20,1% y 17,5% para los accidentes de tránsito, 11,6% y 10,1% para la delincuencia organizada y 8,4% y 7,5% para el conflicto armado), pero para la violencia intrafamiliar se invierte la diferencia y es significativamente más alta en las mujeres (9,4%) que en los hombres (5,3%) (tabla 5.81).

Respecto a la percepción de trauma psicológico en los adultos se exploran la percepción sobre la violencia organizada y el conflicto armado. Se encuentra que en las personas de 18 a 44 años el 38,9% de las mujeres y el 29,2% de la población total expuesta a la violencia por delincuencia organizada afirman que sufren un trauma psicológico. Mientras que el 45,9% de los sujetos expuestos a conflicto armado tienen un reporte positivo de trauma psíquico por el evento, con valores significativamente más elevados para las mujeres que para los hombres (51,7% frente a 38,3%) (tabla 5.81).

Tabla 5.81. Prevalencias de los eventos traumáticos e indicadores de gravedad de la experiencia en adultos de 18 a 44 años de edad en Colombia

Eventos traumáticos e indicadores de gravedad	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Porcentaje de por lo menos un evento traumático	41,0	38,7-43,2	39,7	37,8-41,6	40,2	38,8-41,7
Distribución de eventos traumáticos valor porcentual						
Accidente de tránsito	20,1	18,4-22	17,5	16,1-19,0	18,6	17,5-19,8
Delincuencia organizada o común	11,6	10,2-13,1	10,1	9,0-11,3	10,7	9,8-11,6
Conflicto armado	8,4	7,2-9,8	7,5	6,6-8,6	7,9	7,1-8,7
Violencia intrafamiliar, ya sea física, psicológica o sexual	5,3	4,4-6,4	9,4	8,3-10,6	7,7	6,9-8,5
Enfermedad grave o potencialmente mortal	3,2	2,5-4,1	4,5	3,7-5,3	3,9	3,4-4,6
Violencia física, no originada en el ámbito intrafamiliar	3,7	2,9-4,7	3,0	2,4-3,7	3,3	2,8-3,8

Continúa

Eventos traumáticos e indicadores de gravedad	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Ahogamiento	2,5	1,9-3,4	2,2	1,7-2,8	2,3	1,9-2,8
Desastre natural	2,1	1,5-2,9	2,2	1,7-2,9	2,2	1,8-2,7
Ataque de un animal	2,5	1,9-3,4	2	1,6-2,6	2,2	1,8-2,7
Explosión o incendio	1,4	0,9-1,9	1,4	1,0-2	1,4	1,1-1,8
Algún otro evento o experiencia estresante	1,7	1,2-2,4	1,0	0,7-1,5	1,3	1,0-1,7
Indicadores de gravedad de la experiencia						
Personas que fallecieron por evento traumático valor porcentual	40,6	37,2-44,1	37	34,1-39,9	38,5	36,3-40,8
Trauma psicológico en personas expuestas a violencia organizada	*	*	38,9	30,3-48,2	29,2	23,2-36,1
Trauma psicológico en personas expuestas al conflicto armado	38,3	25,8-52,7	51,7	39,2-63,9	45,9	36,8-55,4

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

Al igual que en el grupo más joven, en los adultos de 45 y más años las experiencias más prevalentes son: accidente de tránsito (18,3%), delincuencia organizada o común (10,4%), conflicto armado (7,9%) y violencia intrafamiliar, ya sea física, psicológica o sexual (6,1%). Los resultados de los tres primeros también fueron similares entre hombres y mujeres y la violencia intrafamiliar es significativamente más alta en las mujeres (7,2%) que en los hombres (4,5%). Respecto al

impacto psicológico reportado en este grupo de edad el 41,8% de las mujeres y 31,1% de la población total en ese rango de edad expuestas a violencia por delincuencia organizada reporta trauma psíquico, en los que afirmaron haber tenido eventos por a conflicto armado el 51,2% de la población expuesta refiere sufrir efectos psicológicos traumáticos, con valores similares entre hombres y mujeres (49,2% y 52,4%, respectivamente (tabla 5.82).

Tabla 5.82. Prevalencias de los eventos traumáticos e indicadores de gravedad de la experiencia en adultos de 45 años en adelante de edad en Colombia

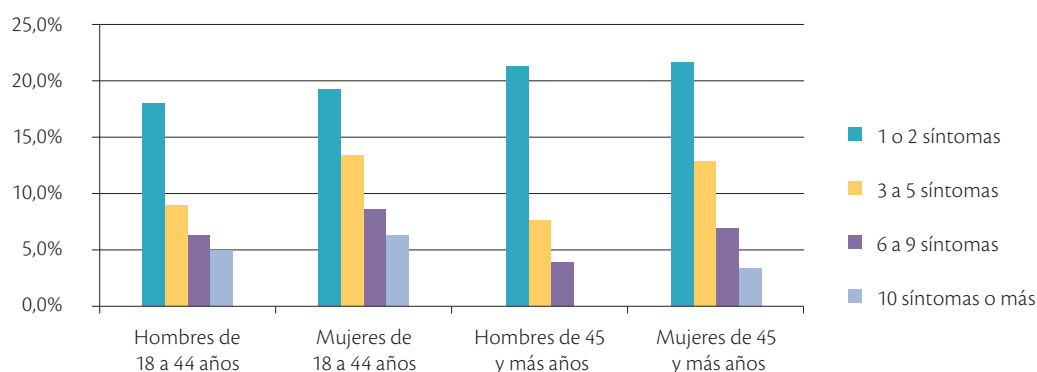
Eventos traumáticos e indicadores de gravedad	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Porcentaje de por lo menos un evento traumático	39,6	37,1-42,1	42,5	40,5-44,6	41,4	39,8-43,0
Distribución de eventos traumáticos valor porcentual						
Accidente de tránsito	19,1	17,1-21,2	17,7	16,2-19,4	18,3	17,0-19,5
Delincuencia organizada o común	10,1	8,6-11,7	10,6	9,4-11,9	10,4	9,4-11,4
Conflicto armado	8,1	6,8-9,6	7,8	6,8-9,1	7,9	7,1-8,9
Violencia intrafamiliar, ya sea física, psicológica o sexual	4,5	3,5-5,7	7,2	6,2-8,3	6,1	5,4-6,9
Enfermedad grave o potencialmente mortal	3,1	2,3-4,1	5,0	4,2-6,0	4,3	3,7-5,0
Ahogamiento	4,0	3,1-5,2	2,6	2,0-3,4	3,2	2,6-3,8
Violencia física, no originada en el ámbito intrafamiliar	3,0	2,3-4,1	3,3	2,7-4,2	3,2	2,7-3,8
Desastre natural	2,6	1,9-3,5	2,3	1,7-3,0	2,4	2,0-3,0
Explosión o incendio	2,0	1,5-2,8	1,8	1,3-2,5	1,9	1,5-2,4
Ataque de un animal	*	*	1,8	1,3-2,4	1,7	1,3-2,2
Algún otro evento o experiencia estresante	*	*	1,4	1,0-1,9	1,2	0,9-1,6

Eventos traumáticos e indicadores de gravedad	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Indicadores de gravedad de la experiencia						
Personas que fallecieron por evento traumático valor porcentual	49,6	45,6-53,7	40,8	37,7-44,0	44,1	41,7-46,6
Trauma psicológico en personas expuestas a violencia organizada	*	*	41,8	31,2-53,3	31,1	23,7-39,7
Trauma psicológico en personas expuestas al conflicto armado	49,2	33,8-64,7	52,4	40,1-64,3	51,2	41,5-60,8

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

La proporción del número de síntomas medidos con el PCL-C en los últimos 12 meses debidos a la experiencia trau-

mática en los adultos, desagregado por sexo y grupos de edad se ilustra en la gráfica 5.51.



Gráfica 5.51. Distribución porcentual del número de síntomas presentes en los últimos 12 meses consecuentes a la exposición a eventos traumáticos en adultos en Colombia, por sexo y grupos de edad

Nota: la barra ausente indica estimador impreciso y no se reporta.

El 18,8% de los adultos expuestos a eventos traumáticos entre 18 y 44 años tiene uno o dos de los síntomas evaluados en el PCL-C modificado (IC 95%: 17,0-20,6), con prevalencias muy similares entre las mujeres (19,3%; IC 95%: 17,0-21,9) y los hombres (18,0%; IC 95%: 15,5-20,8), de tres a cinco síntomas la prevalencia es del 11,5% (IC 95%: 10,2-13,1), el 7,6% (IC 95%: 6,5-8,9) de tiene seis a nueve síntomas, y de diez en adelante 5,7% (IC 95%: 4,7-6,8). Los estimadores para las mujeres en es-

tas tres categorías fueron mayores para las mujeres, sumando un 28,3% mientras que en los hombres la suma es de 20,2% (gráfica 18). La prevalencia del indicador positivo para medir el riesgo de TEPT en este grupo poblacional es del 3,29% y del 3,84% en mujeres, el estimador es impreciso para los hombres (tabla 5.83). Los estimadores de riesgo para desarrollar TEPT, de este grupo poblacional, según pobreza, zona urbana o rural y región no fueron precisos por lo tanto no se presentan.

Tabla 5.83. Prevalencia del indicador positivo para medir el riesgo de TEPT en adultos expuestos a eventos traumáticos en Colombia, por sexo

Adultos en riesgo de tener TEPT	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
De 18 a 44 años	*	*	3,84	2,85-5,17	3,29	2,57-4,21
De 45 y más años	*	*	3,40	2,43- 4,75	3,12	2,36- 4,12

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

En los adultos de 45 y más años el 21,5 % (IC 95 %: 19,6-23,7) de los adultos expuestos a eventos traumáticos tiene uno o dos de los síntomas evaluados en el PCL-C modificado, con prevalencias muy similares entre los hombres (21,3%; IC 95 %: 18,1-24,8) y las mujeres (21,7,0%; IC 95 %: 19,2-24,5), de tres a cinco síntomas la prevalencia es del 10,9 % (IC 95 %: 9,4-12,6), y es mayor en mujeres con 12,9 % (IC 95 % 10,9-15,2) que en hombres (7,7 %; IC 95 %: 5,9-10,0), el 5,8 % (IC 95 %: 4,7-7,0) de tiene seis a nueve síntomas, con una mayor proporción de mujeres que en hombres con una relación de 1,7:1, y de diez en adelante el 3,5 % (IC 95 %: 2,7-4,5). La prevalencia del indicador positivo para medir el riesgo de TEPT en este grupo poblacional es del 3,1 % siendo del 3,4 % para mujeres, el estimador es impreciso para los hombres (tabla 5.83). Los estimadores de riesgo para desarrollar TEPT, de este grupo poblacional, según pobreza, zona urbana o rural y región no fueron precisos por lo tanto no se reportan.

Las prevalencias de cada uno de los síntomas en los adultos expuesto a experiencias traumáticas se detallan en las tablas 33 y 34. En los adultos de 18 a 44 años el síntoma más prevalente es el de *los recuerdos, pensamientos o imágenes inquietantes* en el 23,7%, con diferencias significativas por sexo (19,1 % en hombres frente a 27,2 % en mujeres), seguido por la conducta de evitación de *pensar, hablar o tener sentimientos relacionados con el evento* en el 19,6% y también es frecuente *sentirse molesto cuando algo les recuerda el evento y el evitar actividades o situaciones debido a que le recuerdan el evento*, con prevalencias del 18,7% y el 16,7% respectivamente, con prevalencias significativamente mayores para las mujeres que para los hombres (tabla 5.84). Para los demás síntomas las prevalencias están entre el 13,8% y el 5,7%, de igual forma, todos son más prevalentes en las mujeres.

Tabla 5.84. Prevalencia de los síntomas psicológicos en los últimos 12 meses secundarios a la exposición a eventos traumáticos en adultos de 18 a 44 años, por sexo en Colombia

Síntomas presentes durante los últimos 12 meses	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Recuerdos, pensamientos o imágenes del evento	19,1	16,5-22	27,2	24,5-30	23,7	21,8-25,7
Evitar pensar o hablar de la experiencia	15,2	12,9-17,8	22,9	20,5-25,6	19,6	17,8-21,5
Sentirse molesto cuando algo le recuerda el evento	15,2	12,8-17,8	21,4	19,1-24,0	18,7	17-20,6
Evitar actividades o situaciones debido a que le recuerdan el evento	13,3	11,1-15,8	19,3	17,0-21,8	16,7	15,1-18,5
Sentirse alarmado o ha estado prevenido, al acecho o en guardia	13,2	11-15,8	14,2	12,2-16,4	13,8	12,3-15,4
Sueños perturbadores que ocurren repetidamente	11,4	9,4-13,8	13,3	11,3-15,5	12,5	11-14,1
Sentirse alejado o distante de otras personas	9,8	7,9-12	11,9	10,1-14	11	9,7-12,5
Tener la sensación o actuar como si el evento estuviese repitiéndose	7,9	6,2-10	11,6	9,8-13,7	10	8,7-11,5
Sentirse nervioso o sobresaltarse con facilidad	7,8	6,1-9,8	10,8	9,1-12,8	9,5	8,3-10,9
Tener reacciones físicas cuando algo le recuerda el evento	7,4	5,7-9,4	10,1	8,4-12	8,9	7,7-10,3
Tener problemas recordando partes importantes del evento	7,3	5,7-9,4	10,0	8,3-11,9	8,8	7,6-10,2

Síntomas presentes durante los últimos 12 meses	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Insomnio	6,6	5,1-8,6	9,1	7,5-11	8	6,9-9,4
Pérdida del interés en actividades que disfrutaba previamente	7,4	5,7-9,4	8,4	6,8-10,2	7,9	6,8-9,3
Tener problemas concentrándose	6,9	5,3-8,9	8,1	6,6-9,9	7,6	6,5-8,9
Sentirse molesto o irritable o presentar ataques de ira	6,2	4,7-8,2	5,6	4,4-7,1	5,9	4,9-7,0
Sentir como si la vida se fuera a acabar de repente	3,9	2,8-5,6	7,3	5,8-9	5,8	4,8-7,0
Sentirse emocionalmente bloqueado	5,1	3,8-6,8	6,2	4,9-7,8	5,7	4,8-6,8

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: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

En los adultos de 45 años y más el síntoma más prevalente también es el de los *recuerdos, pensamientos o imágenes inquietantes* en el 20,8 %, pero en este grupo *sentirse molesto cuando algo le recuerda el evento* supera en frecuencia a *evitar pensar, hablar o tener sentimientos relacionados con el evento* (15,7% y 12,9% respectivamente) y también es frecuente *el evitar actividades o situaciones debido a que le re-*

cuerdan el evento, con una prevalencias del 12,0%. Las prevalencias de todos los síntomas son mayores para las mujeres (desde el 23,5% al 4,5% según el síntoma), que para los hombres (19,5 al 3,9% según el síntoma) como se observa en la tabla 5.85. En promedio, las prevalencias de los diferentes síntomas en este grupo de edad son menores que para los adultos más jóvenes.

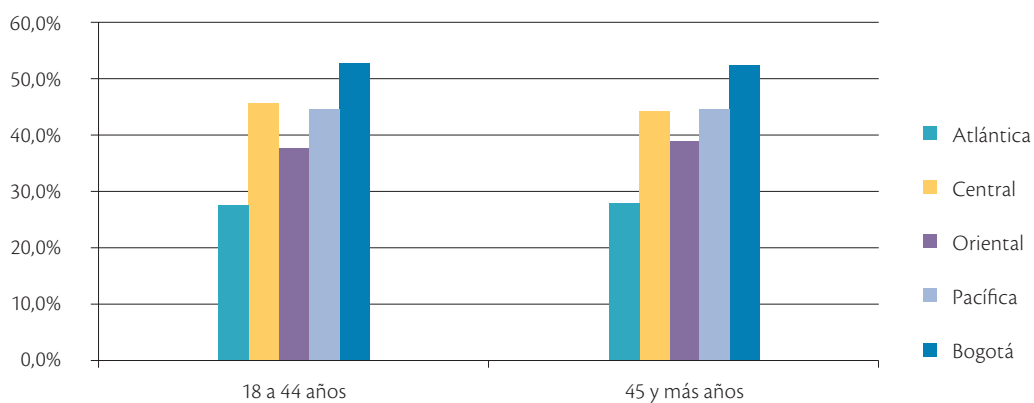
Tabla 5.85. Prevalencia de los síntomas psicológicos en los últimos 12 meses secundarios a la exposición a eventos traumáticos en adultos de 45 y más años, por sexo en Colombia

Síntomas presentes durante los últimos 12 meses	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Recuerdos, pensamientos o imágenes del evento	16,5	13,8-19,7	23,5	20,9-26,3	20,8	18,9-22,9
Sentirse molesto cuando algo le recuerda el evento	13,5	11,0-16,4	17,0	14,8-19,5	15,7	14,0-17,6
Evitar pensar o hablar de la experiencia	10,3	8,2-13	14,4	12,3-16,7	12,9	11,3-14,6
Evitar actividades o situaciones debido a que le recuerdan el evento	10,2	8,0-12,9	13	11-15,3	12,0	10,4-13,7
Sentirse alarmado o ha estado prevenido, al acecho o en guardia	10,2	8,0-13	10,2	8,4-12,2	10,2	8,8-11,8
Sueños perturbadores que ocurren repetidamente	7,2	5,4-9,5	11,7	9,8-13,9	10,0	8,6-11,6
Sentirse nervioso o sobresaltarse con facilidad	6,9	5,1-9,2	11	9,2-13,2	9,5	8,1-11
Sentirse alejado o distante de otras personas	8,4	6,4-10,9	8,6	7,0-10,6	8,5	7,2-10,0
Insomnio	7,7	5,8-10,2	9,0	7,4-11,0	8,5	7,2-10
Tener la sensación o actuar como si el evento estuviese repitiéndose	6,3	4,6-8,4	9,2	7,6-11,2	8,1	6,9-9,5
Tener reacciones físicas cuando algo le recuerda el evento	4,9	3,4-6,9	10,0	8,2-12,1	8,1	6,8-9,5
Tener problemas recordando partes importantes del evento	5,3	3,8-7,3	8,1	6,5-10,0	7,0	5,9-8,4
Pérdida del interés en actividades que disfrutaba previamente	5,4	3,8-7,5	7,0	5,5-8,8	6,4	5,2-7,7
Tener problemas concentrándose	5,6	4,0-7,9	5,4	4,2-7,1	5,5	4,5-6,8
Sentirse emocionalmente bloqueado	4,4	3,0-6,4	5,8	4,4-7,5	5,3	4,2-6,5
Sentir como si la vida se fuera a acabar de repente	3,9	2,6-5,8	5,4	4,1-7,0	4,8	3,9-6,0
Sentirse molesto o irritable o presentar ataques de ira	*	*	4,5	3,4-6,0	4,2	3,3-5,3

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

En la gráfica 5.52 se muestra la distribución por regiones de la prevalencia de la exposición a eventos traumáticos en población colombiana adulta. Se observa que el valor más alto es en Bogotá para los dos grupos de edad (52,9%; IC 95 %: 48,9-56,8) en adultos de 18 a 44 años y 52,4 % (IC 95 %: 48,5-56,3) en adultos de 45 y más, seguido por la región Central con 45,8 % (IC 95 %: 42,4-49,2) y 44,1 % (IC 95 %: 40,7-47,6) y

Pacífica (44,7%; IC 95 %: 41,3-48,1) y 44,5 % (IC 95 %: 40,8-48,2), respectivamente. Las prevalencias reportadas más bajas para los adultos de 18 a 44 años son de las regiones Atlántica y Oriental con valores de 27,6 % (IC 95 %: 25-30,4) y 37,6 % (IC 95 %: 34,7-40,5) respectivamente, al igual que en los adultos de 45 y más años: 27,9 % (IC 95 %: 24,8-31,2) en la Atlántica y 38,9 (IC 95 %: 35,7-42,3) en la Oriental.



Gráfica 5.52. Prevalencia de exposición a eventos traumáticos en adultos colombianos por región

Los hallazgos por regiones del número de eventos traumáticos y número de síntomas psicológicos consecuentes en la población adulta se reportan en las tablas 5.86 y 5.87. Las prevalencias más altas de tres y cuatro o más eventos se registran en Bogotá en adultos entre 18 y 44 años (6,3% y 5,4%) y la región Central (4,3 y 3,2%). En los adultos de 45 y más años de todas las regiones tuvieron prevalencias similares de un evento traumático (entre el 34,4 y el 31,0%) salvo la Atlán-

tica cuya prevalencia fue más baja (21,8%), Igual sucede con dos eventos que van desde el 9,4% al 6,1%, y en la Atlántica es de 4,3%. Los estimadores de tres y cuatro y más eventos solo son concluyentes para Bogotá. En cuanto a la distribución de la cantidad de síntomas por edad y región fueron similares para todos, con proporciones más altas de 6 a 9 síntomas para los adultos entre 18 y 44 años de Bogotá (11,6%) y de 45 y más de la región Central (8,0%).

Tabla 5.86. Distribución porcentual del número de eventos traumáticos en población adulta colombiana por regiones

Número de eventos traumáticos	Atlántica		Central		Oriental		Pacífica		Bogotá	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44 años										
1	22,3	19,9-24,9	31,7	28,7-35,0	25,5	22,9-28,2	30,8	27,8-34,1	30,3	26,8-34,1
2	3,1	2,2-4,3	6,5	5,0-8,4	7,1	5,7-8,8	9,2	7,5-11,4	10,9	8,7-13,6
3	*	*	4,3	3,1-5,9	3,3	2,4-4,5	*	*	6,3	4,6-8,5
4 o más	*	*	3,2	2,2-4,7	*	*	*	*	5,4	3,9-7,4
45 años en adelante										
1	21,8	19-24,9	33,0	29,7-36,4	27,9	25-31	32,2	28,8-35,8	34,4	30,8-38,3
2	4,3	3,0-6,1	6,7	5,2-8,6	6,2	4,8-8,1	7,8	6,0-10	9,4	7,2-12,1
3	*	*	*	*	*	*	*	*	4,8	3,3-6,9
4 o más	*	*	*	*	*	*	*	*	3,8	2,6-5,5

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

Tabla 5.87. Distribución porcentual del número de síntomas en los últimos 12 meses consecuentes de la exposición a eventos traumáticos en población adulta colombiana por regiones

Síntomas presentes en los últimos 12 meses	Atlántica		Central		Oriental		Pacífica		Bogotá	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44 años										
1 o 2	20,7	16,6-25,6	20,1	16,4-24,4	17,0	13,7-21,0	14,4	11,3-18,2	22,9	18,6-27,9
3 a 5	10,2	7,3-14,1	12,3	9,3-16,1	11,6	8,9-15,0	11,3	8,5-14,9	12,0	9,0-15,9
6 a 9	*	*	7,0	4,9-9,9	8,2	6,0-11,3	6,8	4,7-9,8	11,6	8,5-15,7
10 en adelante	*	*	6,3	4,2-9,2	6,1	4,2-8,8	*	*	*	*
45 años en adelante										
1 o 2	28,7	23,0-35,2	23,4	19,2-28,2	17,3	13,7-21,7	20,5	16,3-25,5	20,8	16,7-25,5
3 a 5	*	*	14,1	10,7-18,2	11,8	8,8-15,7	10,6	7,8-14,3	9,5	6,8-13,2
6 a 9	*	*	8,0	5,7-11,1	*	*	*	*	*	*
10 en adelante	*	*	*	*	1,5	0,8-3,1	*	*	*	*

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

3.2.6. Discusión

Primero se describen diferentes problemas relacionados con salud mental medidos con el SRQ se presentan los dominios depresión, ansiedad, psicosis y posibles convulsiones; la comparabilidad con el estudio de Indicadores de Trastornos de Salud Mental en Población Desplazada Colombia 2010 (63) es limitada dadas las diferencias en las poblaciones, por ejemplo para ese estudio la muestra fue predominantemente de mujeres, en este se tomaron solo dos preguntas de psicosis,

dado que es posible que un número muy alto de personas la responden de forma positiva motivado por las circunstancias del país más que por síntomas de psicosis. También se agruparon las respuestas según los dominios a los que pertenece. Se encuentra para los tres grupos etarios una alta prevalencia de problemas en salud mental siendo más prevalente en mujeres que en hombres.

Para los adolescentes el SRQ es indicador de psicopatología en el 12,2% de ellos, donde por lo menos un 52,9% de

las personas tienen uno o más síntomas de ansiedad, además todos los adolescentes reportaron por lo menos un síntoma depresivo de los cuales alrededor de 80% correspondían de 1 a 3, el 10,1% tienen una de las dos preguntas de psicosis evaluadas y el 2,0% comportamiento sugestivo de epilepsia, el síntoma más reportado en el 46,5% es *Usted es mucho más importante de lo que los demás piensan*, seguido de *Se asusta con facilidad* en el 24,6% y *Dolores de cabeza frecuentes* en el 20,5% de los adolescentes. En adultos de 18 a 44 años el SRQ es positivo para el 9,6% de ellos, siendo mayor en mujeres (10,8%) que en hombres (7,9%), donde el 9,0% de las mujeres y el 3,3% de los hombres tienen 5 o más síntomas de ansiedad, respecto al número de síntomas depresivos el 4,9% de las mujeres y el 3,2% de los hombres manifiestan más de 7 síntomas, el 1,2% de los adultos de 18 a 44 años poseen síntomas sugestivos de convulsiones o epilepsia y un 7,1% síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis; el síntoma más reportado en el 51,2% es *Usted es mucho más importante de lo que los demás piensan*, seguido de *Dolores de cabeza frecuentes* en el 24,1% y *Se asusta con facilidad* en el 23,0% de los adultos entre 18 y 44 años.

Y en adultos de 45 y más años el SRQ es positivo para el 11,2% de las personas, siendo mayor en mujeres (13,1%) que en hombres (8,3%), el 12,4% de las mujeres y el 5,3% de los hombres tienen 5 o más síntomas de ansiedad; el 10,6% de las mujeres y el 6,2% de los hombres 7 o más síntomas de depresión, el 1,2% poseen síntomas sugestivos de convulsiones o epilepsia y un 6,7% síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis; el síntoma más reportado en el 45,0% es *Usted es mucho más importante de lo que los demás piensan*, seguido de *Se cansa con facilidad* en el 24,3% y *Se asusta con facilidad* en el 23,9% de los adultos de 45 años en adelante.

Si se contrastan con el estudio de población desplazada se encuentra que ellos presentaron como síntoma más predominante *Dolores de cabeza frecuentes* en el 64,4% de las personas seguido de *Se siente nervioso, tenso o aburrido* en el 62,8% y *Usted es mucho más importante de lo que los demás piensan* en el 61,9%. Se encuentran por lo tanto diferencias importantes en la prevalencia de síntomas como el tipo de estos reportado, que puede obedecer a las diferencias de muestra entre los dos.

En relación con problemas en la conducta alimentaria se toma el término *comportamientos problema o problemas asociados con el acto de comer* para referirse a potenciales conductas de riesgo que pueden escalar hacia un TCA cuan-

do se está en presencia de otros factores de vulnerabilidad. De manera general, el 9,3% de los adolescentes reporta algún comportamiento de riesgo y casi igual proporción (9,1%) de los adultos jóvenes. Si bien las mujeres adultas jóvenes presentan mayores prevalencias de conductas de riesgo que los hombres, los datos obtenidos de la población masculina son muy llamativos. En Colombia, 6,8% de los adolescentes varones manifiestan hacer atracones versus 5,4% de las adolescentes mujeres. En los adultos jóvenes, lo hacen 5,6% de los varones y 5,9% de las mujeres.

En relación con el género, los estudios epidemiológicos en TCA han mostrado que AN y BN son más frecuentes en mujeres que en los varones, sin embargo, la disparidad de género se invierte en el trastorno por atracones de alimentación subclínico (0,6% en mujeres y 1,9% en varones) y la prevalencia de cualquier atracón es bastante comparable en ambos sexos (4,9% en mujeres y 4% en varones) (85). Estos datos confirman estas tendencias epidemiológicas y fueron un poco superiores en los hombres adolescentes: 6,8% vs. 5,4% en mujeres, mientras que en las mujeres adultas la prevalencia de atracones fue levemente superior: 5,9% vs. 5,6%.

Un estudio comunitario realizado por Striegel-Moore y cols. (86) para examinar las diferencias de género en la prevalencia de síntomas alimentarios como preocupación por la imagen corporal, atracones y conductas compensatorias inapropiadas, en hombres y mujeres de 18 a 35 años, encuentra que los hombres reportan más sobre-ingestas de comida (26% vs. 18%; $p < 0,001$) mientras que las mujeres reportan más sensación de pérdida de control con la comida (29,6% vs. 20%; $p < 0,001$). Dada la asociación existente entre atracones de comida y obesidad, los hallazgos son preocupantes para el país no solo por el riesgo de TCA sino de sobrepeso y obesidad.

Cerca del 2% de los encuestados varones reportan temor a no poder parar de comer, pero solamente 0,7% de los adultos jóvenes en Colombia manifiestan que se inducen el vómito como conducta compensatoria para evitar la ganancia de peso, posiblemente, el reporte de un comportamiento de este tipo esté subrepresentado dado que suele generar vergüenza y en ocasiones sentimientos de culpa. Sin embargo, nuevamente es llamativo el alto número de hombres con problemas de control con la comida y atracones.

Respecto a las preguntas que indagan por conductas de dieta, 2,7% de los adolescentes y 2,6% de los adultos jóvenes responden afirmativamente. Entre estos, lo hacen 3,2% de

las mujeres y 1,9% de los hombres. Si bien las metodologías no son comparables, es llamativo que en la Encuesta de Hogares ENSIN 2010 (87), 2,5% de las mujeres y 1,2% de los hombres jóvenes entre 18 y 29 años y 2% de las mujeres y 1,2% de los varones reportan conductas restrictivas de dieta. Se podría especular que existe una tendencia creciente de comportamientos de dieta entre los adultos jóvenes de ambos sexos reflejando posiblemente la presión social por la delgadez.

Junto a la presión social por la delgadez, la interiorización de un ideal delgado y la insatisfacción corporal, las conductas de dieta pueden contribuir a la aparición de un TCA o a su mantenimiento en el tiempo (88). La asociación entre dieta y TCA es quizás uno de las más estudiadas. La dieta ha sido considerada como un importante precursor de los TCA. Existen por lo menos dos líneas de evidencia que lo señalan: descripciones clínicas de factores asociados con el inicio de los síntomas de un TCA en pacientes que buscan tratamiento, y estudios de laboratorio (incluidos modelos animales) que examinan el efecto de la restricción dietaria. La mayoría de los estudios clínicos señalan que las conductas de dietas preceden a la aparición de síntomas bulímicos. En la anorexia, las dietas restrictivas como factor de riesgo se pueden sobreponer al inicio del trastorno, usualmente definido como un periodo prolongado de dieta con pérdida de peso considerable, de modo que trazar una línea entre la exposición al comportamiento de riesgo y el comienzo de la enfermedad puede ser más difícil (89).

Los estudios clínicos realizados en adultos con trastorno por atracones de alimentación sugieren que el inicio de las sobreingestas y atracones de comida ocurre en la adolescencia tardía. Sin embargo, hay una variabilidad marcada en la edad de inicio de los atracones y los patrones de ocurrencia: que el inicio de atracones ocurra después de la dieta como ocurre en la personas con bulimia, o que la dieta sea la respuesta posterior a los atracones de comida. Se estima que entre 35 y 55% de los pacientes con trastorno por atracones han reportado dietas previas (90).

Si bien los comportamientos de dieta no predicen de forma específica el tipo de TCA que puede desarrollarse en el tiempo y que no todas las personas que hacen dieta terminan desarrollando un TCA, todos los casos de TCA van precedidos o inician con una dieta restrictiva.

En general, los datos de prevalencia de conductas de riesgo para TCA en Colombia son preocupantes, están presentes en ambos sexos y no solo en población de adolescentes, sino

de adultos jóvenes, coincidiendo con las tendencias reportadas por estudios epidemiológicos en el mundo.

Para indagar problemas relacionados con el consumo de alcohol se usan el AUDIT-C que describe consumo excesivo y AUDIT-A que discrimina riesgo de abuso y dependencia; son instrumentos usados tanto en el ámbito clínico como de investigación (91,92), donde un punto de corte de 8 en adelante para hombres y 7 para mujeres, ha demostrado en repetidos estudios una sensibilidad entre 61-96% y una especificidad entre 85-96%, con valores predictivos positivos entre 38-81% y negativo entre 93-100%. En el presente estudio se encuentra que para todos los grupos etarios, el patrón de consumo de riesgo y abuso es mayor en hombres que en mujeres, donde el 5,2% de los adolescentes presentan consumo excesivo y el 2,8% consumo con patrón de riesgo de abuso, que al comparar los resultados con el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013 (44) se encuentra para ese año que el 5,2% de la población de 12 a 17 años de edad presentaba una prevalencia de consumo de riesgo de alcohol, algo mayor a prevalencia que se encuentra actualmente para el mismo grupo.

Para las personas entre 18 y 44 años el 21,8% tienen un patrón de consumo excesivo y el 12,0% de riesgo de abuso, que se contrasta con el estudio de sustancias psicoactivas en el que el análisis se hace por grupos de edad más estrechos, donde el 18,7% de las personas entre 18 y 24 años, el 14,1% en los de 25 a 34 años y del 10,5% en las personas de 35 a 44 años tienen patrón de riesgo. Y para las personas de 45 años en adelante el 12,3% de consumo excesivo y 6,0% tienen de riesgo, este se contrasta con el 7,5% de este tipo de consumo en personas entre 45 y 65 años de ese mismo estudio (44).

No se puede hacer la comparación con posible adicción porque en el estudio actual los estimadores son imprecisos, además no se pueden comparar con el Estudio de Salud Mental de 1993 ni de 2003 dado que se usaron instrumentos diferentes (CAGE y CIDI respectivamente). Sin embargo al contrastar la información en el ENSM-2003 la prevalencia de los últimos 12 meses para adolescentes entre 13-17 años fueron de 3,4% para abuso de alcohol, similar a la prevalencia actual y del 2013, y de 1,1% para abuso y dependencia de alcohol, para personas entre 18-65 años, cifra última sensiblemente más bajo que las cifras encontradas para este estudio (2015).

Al analizar consumo de sustancias psicoactivas se diseñó un instrumento a partir de los tipos de sustancias disponibles; legales (alcohol y tabaco) e ilegales (canabinoides, basuco, co-

caína, opioides, alucinógenos, inhalantes, pastillas estimulantes y pastillas tranquilizantes) en el que se preguntaba consumo alguna vez en la vida y en los que son positivos, consumo en los últimos 12 meses. Para todos los indicadores se encuentra una mayor prevalencia de consumo en hombres. Respecto al consumo de cigarrillo en adolescentes la prevalencia de consumo en la vida es del 5,8% y del 3,4% para consumo en los últimos 12 meses, para adultos en entre 18 y 44 años es del 15,9% y 11,3% y para personas de 45 años en adelante es del 20,9% y del 12,4% de las mismas prevalencias respectivamente. Lo que muestra que a mayor edad las personas han tenido más tiempo para estar expuestas al cigarrillo sin embargo es similar la proporción de personas adultas que lo ha consumido en los últimos 12 meses. Al contrastarlo con las prevalencias de consumo actual que reporta la OMS para Colombia en 2010 se encuentra que los grupos etarios son diferentes ellos describen los agrupan en personas de 12 a 24 años, de 25 a 39, de 40 a 54, y de 55 a 69, con prevalencias que van del 11,3% en el de menor edad a 13,8% al de mayor. Estos resultados son menores a la prevalencia de consumo de vida del 42,07% y del 16,2% en los últimos 12 meses descritos en el Estudio de Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013 para todos los grupos etarios (44); lo que muestra una amplia variabilidad en la información reportada que puede obedecer a las características de las encuestas.

Respecto al consumo de alcohol el 20,4% de los adolescentes reportan haberlo consumido alguna vez en la vida y el 17,8% en los últimos 12 meses, de las personas entre 18 y 44 años el 45,8% refieren consumo en la vida y 42,5% en los últimos 12 meses y de las personas de 45 años en adelante el 33,0% en la vida y el 27,2% en los últimos 12 meses, que también es menor a la prevalencia del estudio de 2013 que para todos los grupos etarios en la vida es del 87,1% y en los últimos 12 meses de 58,8% (44).

En relación con consumo de cannabinoides, es la sustancia ilegal más frecuentemente consumida el 3,5% de los adolescentes reportan haberla consumido en la vida y de ellos la mitad lo han hecho en los últimos 12 meses, para las personas entre 18 y 44 años el 6,3% reportan consumo en la vida y 2,2% en los últimos 12 meses y para las personas de 45 años en adelante el 2,6% la han consumido en la vida. Que es menor si se contrasta con la prevalencia reportada en la encuesta de sustancias psicoactivas de 2013 fue para todos los grupos etarios en la vida de 11,5% y de 3,3% en los últimos

12 meses (44); sin embargo, es similar al consumo anual reportado por la OMS que está entre 2,6 y 5,% (42) , pero es mucho mayor al 11,0 por 1000 habitantes de consumo en los últimos 12 meses reportados en el estudio de salud mental de 1993 (50).

El 1,3% de las personas entre 18 y 44 años han consumido cocaína en la vida, de las que el 39,9% lo han hecho en los últimos 12 meses, de las personas de 45 años en adelante el 0,7% lo han hecho en la vida. Que se contrasta con la prevalencia de consumo anual reportada por la OMS que es del 0,3-0,4% (42); en el estudio de sustancias psicoactivas el consumo en la vida fue del 3,2% y en los últimos 12 meses del 0,7% (44) y en el estudio de 1993 fue de 2,8 por 1000 habitantes en los últimos 12 meses (50).

Respecto a otras sustancias y el 0,5% de las personas entre 18 y 44 han consumido inhalantes en la vida, el reportado en el 2013 para todos los grupos etarios fue del 1,9% (44) para le mismo marco temporal. De las personas de 45 años en adelante 0,8% han consumido basuco que alguna vez en la vida; en 2013 en todos los grupos etarios la prevalencia de vida fue de 1,2% (44).

Al interpretar estos datos hay que tener en cuenta que la muestra para este estudio fue de 32.605, se estaba evaluando consumo, abuso y dependencia en el último mes (44); y además se utilizaron instrumentos diferentes. También es notoria la gran diferencia en las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses en la encuesta de 1993 (50), que es posible que se deban a un menor consumo y un menor reporte por parte de las personas.

En consideración que uno de los propósitos de esta Encuesta es detectar los problemas de salud mental que pueda ser intervenido para prevenir el desarrollo de trastornos mentales, es relevante reconocer el impacto del desarrollo de problemas psicológicos y posible TEPT como consecuencias de la exposición a eventos traumáticos. Respecto a la exposición directa o indirecta a eventos considerados como traumáticos el 29,3% de los adolescentes en Colombia han estado expuestos a algún tipo de evento traumático, de los cuales el 23,1% reporta solo una experiencia y el 3,9% dos experiencias. Como indicadores de gravedad una tercera parte (32,6%) de los adolescentes expuestos, reportan el fallecimiento de alguien durante el evento, el 88,1% reportan trauma psicológico secundario al evento y el 43,1% presenta por lo menos un síntoma relacionado con este. Por lo tanto se encuentran para adolescentes una menor prevalencia de exposición a

eventos traumáticos que las reportadas para Estados Unidos que han sido hasta del 61,0%, sin embargo es notorio que la alta proporción de los adolescentes colombianos reportan algún tipo de trauma psicológico secundario, además la muerte de alguien durante el evento y que casi la mitad de ellos reportan por lo menos un síntoma de estrés postraumático.

El 40,2% de los adultos entre los 18 y 44 años y el 41,4% de los adultos de 45 años y más han sufrido por lo menos un evento traumático. Como indicadores de gravedad un poco más de la tercera parte de para las personas entre 18 y 44 años, el 38,5% y el 44,1% de las personas de 45 y más años que han estado expuestas, reportan el fallecimiento de alguien durante el evento. Como indicadores de gravedad un tercio de los que han estado expuestos a violencia intrafamiliar reportan trauma psicológico, el 29,2% de las personas entre 18 y 44 años y el 31,1% de las personas de 45 años en adelante y la mitad de las personas expuestas al conflicto armado describen este tipo de trauma siendo para los mismos grupos etarios del 45,9% y del 51,2%. Finalmente, el indicador positivo de riesgo de TEPT es del 3,3% para las personas de 18 a 44 años y de 3,1% para las de 45 años en adelante. En este caso no se compara con otros estudios, dado que los instrumentos son diferentes pero se considera que para este caso se hizo un análisis bastante detallado de los eventos, además de indicadores de gravedad y aunque no se está haciendo diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, dada las características de la medición se considera que por lo menos las personas consideradas en riesgo para este trastorno tienen problemas que ameritan intervención.

3.2.7. Conclusiones problemas de salud mental en adultos y adolescentes

3.2.7.1. Problemas en general

- En adolescentes el SRQ es positivo para el 12,2% (IC 95%: 10,6-14,1) de las personas, siendo mayor en mujeres (13,2%) que en hombres (11,2%).
- Los adolescentes manifiestan 3 o 4 síntomas de ansiedad el 13,0% (IC 95%: 10,7-15,8) de las mujeres y el 10,1% (IC 95%: 7,9-12,8) de los hombres. Y de 4 a 6 síntomas de depresión el 16,6% (IC 95%: 14,0-19,6) de las mujeres y el 15% (IC 95%: 12,5-18,0) de los hombres.
- El 2,0% (IC 95%: 1,4-2,9) de los adolescentes poseen síntomas sugestivos de convulsiones o epilepsia y un 10,1% (IC 95%: 8,6-11,8) síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis.
- Por regiones el SRQ es positivo entre el 11,7% y el 13,8% de los adolescentes, sin diferencias que resaltar entre ellas. Presentan mayores prevalencias de 3 a 4 síntomas sugestivos de ansiedad las regiones Pacífica (17,7%) y Central (16,8%). En tanto que para depresión de 4 a 6 síntomas el 20,9% de los adolescentes en la región Central y el 16,2% de las personas en la región Oriental. Respecto a síntomas sugestivos de psicosis la región pacífica presenta mayor prevalencia con 15,7%.
- En adultos de 18 a 44 años el SRQ es positivo para el 9,6% (IC 95%: 8,8-10,5) de las personas, siendo mayor en mujeres (10,8%) que en hombres (7,9%).
- Los adultos de 18 a 44 años tienen 5 o más síntomas de ansiedad en 9% de las mujeres y el 3,3% de los hombres. Respecto al número de síntomas depresivos el 4,9% (IC 95%: 4,1-5,8) de las mujeres y el 3,2% (IC 95%: 2,5-4,1) de los hombres manifiestan más de 7 síntomas.
- El 1,2% (IC 95%: 1,0-1,6) de los adultos de 18 a 44 años poseen síntomas sugestivos de convulsiones o epilepsia y un 7,1% (IC 95%: 6,4-7,9) síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis.
- Por regiones en adultos de 18-44 años el SRQ es positivo en alrededor del 11% en Bogotá, región Pacífica y Central y del 7% en Atlántico y región Oriental. Manifiestan 5 o más síntomas sugestivos de ansiedad en Bogotá (9,8%) y en menor monto en la región Atlántica con 4,4%. Para depresión manifiestan mayor prevalencia de 5 o más síntomas en Bogotá (5,5%) y la menor en Atlántico con 2,3%. Para síntomas sugestivos de psicosis presentan la mayor frecuencia Bogotá (9,2%) y región Oriental (8,7%).
- En adultos de 45 y más años el SRQ es positivo para el 11,2% (IC 95%: 10,2-12,3) de las personas, siendo mayor en mujeres (13,1%) que en hombres (8,3%).
- Los adultos mayores de 45 años tienen 5 o más síntomas de ansiedad, en el 12,4% (IC 95%: 11,1-13,9) de las mujeres y el 5,3% (IC 95%: 4,3-6,6) de los hombres. Y 7 o más síntomas de depresión el 10,6% (IC 95%: 9,4-12,0) de las mujeres y el 6,2% (IC 95%: 5,0-7,5) de los hombres. El 1,2% (IC 95%: 0,9-1,6) poseen síntomas sugestivos de convulsiones o epi-

leptia y un 6,7% (IC 95%: 5,9-7,5) síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis.

- Para mayores de 45 años el SRQ es positivo entre el 12 y 13% en Bogotá, región Pacífica y Central, 10,1% en región Oriental y 8,2% de la Atlántica. Presentan 5 o más síntomas sugestivos de ansiedad con mayor prevalencia en Bogotá (12,1%) y la menor en la región Atlántica (5,8%). Para depresión manifiestan 5 o más síntomas en Bogotá (11,5%) y la menor en Atlántico con 6,1%. Los síntomas sugestivos de psicosis tiene mayor frecuencia está en Bogotá (9,2%) y Pacífico (8,7%).

3.2.7.2. Problemas con el acto de comer

- Existe algún comportamiento de riesgo para Trastornos Alimentarios en 9,3% (IC 95%: 7,7-10,8) de la población adolescente y 9,1% (IC 95%: 8,3-10,0) de adultos jóvenes colombianos, lo cual sugiere un incremento importante en la probabilidad de tener anorexia, bulimia nerviosa o trastorno por atracones.
- El comportamiento de riesgo para Trastornos Alimentarios más prevalente tanto en adolescentes como adultos son los atracones de comida. Esta conducta puede ser el resultado de dietas restrictivas previas o de malos hábitos de alimentación que aumentan el riesgo de sobrepeso y obesidad si la conducta persiste en el tiempo.
- Es notorio que cerca del 9,5% (IC 95%: 7,4-12,0) de los adolescentes varones reportan alguno de los comportamientos de riesgo explorados, especialmente atracones de alimentación. Esto es particularmente importante considerando que la consulta de hombres por motivos relacionados con la alimentación e imagen corporal sigue siendo escasa comparado con la de las mujeres.
- En los mayores de 18 años, los comportamientos de dieta, malestar con el acto de comer y atracones de comida son mayores en las mujeres pero el reporte de los varones es significativamente alto señalando la necesidad de alertar a los profesionales de salud en la necesidad de explorar estas conductas de forma sistemática en ambos géneros.
- Por regiones, los adolescentes de la zona central del país reportan tener más conductas de riesgo para TCA, mientras que los adultos jóvenes de Bogotá y la región Central presentan más riesgo en restringir la ingesta alimentaria comparados con los habitantes de la región Pacífica.

3.2.7.3. Problemas relacionados con consumo de alcohol

- El alcohol es la sustancia psicoactiva más frecuentemente usada (consumo), el 20,4% (IC 95%: 18,3-22,6) de los adolescentes reportan haberlo hecho, el 45,8% (IC 95%: 44,3-47,2) de la población entre 18 y 44 años y el 33,0% (IC 95%: 31,5-34,5) de 45 en adelante, en los tres casos los hombres presentan prevalencias más altas que las mujeres. Lo consumen durante el último año el 17,8% de los adolescentes, el 42,5% de los adultos entre 18 y 45 años y el 27,2% de las personas mayores de 45 años, siendo el patrón de consumo más frecuente de consumo para los tres grupos etarios menos de una vez al mes.
- Para el grupo de 18 a 44 años el 2,8% de los que beben alcohol durante el último año 2,8% tienen problemas médicos, el 1,6% algún problema mental, el 5,5% problemas en el hogar, el 2,6% problemas económicas y el 1,6% problemas en el estudio o trabajo. Por otra parte el 2,7% de la población de 45 años en adelante presentan problemas médicos y 2,8% en el hogar.
- El cigarrillo es la segunda sustancia más frecuentemente usada; el consumo en la vida reportado por los grupos etarios aumenta en función de la edad, es del 5,8% (IC 95%: 4,7-7,3) para adolescentes, de 15,9% (IC 95%: 14,8-17,0) para adultos entre 18 y 44 años y de 20,9% (IC 95%: 19,6-22,3) para personas mayores de 45 años de edad, con un mayor proporción de hombres que lo han hecho de la población adulta. De igual forma aumenta el consumo en el último año siendo del 3,8% para el grupo más joven, del 11,3% para el siguiente y del 12,4% para los mayores, en los dos últimos casos reportando el patrón más frecuente de consumo el diario.
- El 5,7% de las personas entre 18 y 44 años que fuman durante el último año tienen problemas médicos y el 6,8% problemas en el hogar; de las personas de 45 años en adelante el 8,6% reportan problemas médicos y el 7,4% problemas en el hogar.
- Al analizar el consumo de sustancias psicoactivas ilegales, la marihuana es la más usada y es la tercera después del alcohol y cigarrillo; el 3,5% (IC 95%: 2,6-4,6) de los adolescentes, el 6,3% (IC 95%: 5,6-7,0) de los adultos entre los 18 y 44 años y el 2,6% (IC 95%: 2,1-3,2) de los mayores de 45 años reportan haber consumido cannabinoides alguna vez

en la vida; el consumo durante los últimos 12 meses se presenta en el 2,2% de la población entre 18 y 44 años. La frecuencia de otras sustancias es aún más baja.

- Hay que tener en cuenta que esta encuesta no se diseñó con un tamaño de muestra para mirar la prevalencia de sustancias psicoactivas y que aunque la entrevista fue realizada de la forma más privada posible, en algunos casos no se lograba este objetivo.

3.2.7.4. Problemas relacionados con consumo de alcohol

- Para adolescentes (11 a 17 años) se tiene un consumo excesivo de alcohol del 5,2% (IC 95%: 4,1-6,6) y son bebedores de riesgo-abuso de alcohol un 2,8% (IC 95%: 2-3,9). En general, los hombres beben más que las mujeres.
- Para el grupo de 18-44 años se tiene un consumo excesivo de alcohol del 21,8% (IC 95%: 20,6-23) y son bebedores de riesgo-abuso de alcohol un 11% (IC 95%: 11-13%). En general, los hombres consumen en exceso 3,2 veces más que las mujeres y son bebedores de riesgo-abuso alcohol 1,8 veces más que las mujeres.
- Regionalmente, para el grupo de 18 a 44 años, el consumo excesivo oscila entre 31,2% y 13,2%, respecto al consumo de riesgo-abuso de alcohol las prevalencias oscilan de 20,5% y 7,1%, en ambas cifras es Bogotá la de mayor prevalencias y la región Pacífica la de menor.
- Para el grupo de 45 y más años se tiene un consumo excesivo de alcohol del 12,3% (IC 95%: 11,2-13,4) y son bebedores de riesgo-abuso de alcohol un 6% (IC 95%: 5,3-6,8) En general los hombres consumen en exceso 6,6 veces más que las mujeres y son bebedores de riesgo-abuso alcohol 3,2 veces más más que las mujeres.
- Regionalmente, para el grupo de 45 años y más, el consumo excesivo oscila entre 15,3% y 8,1%, respecto al consumo de riesgo-abuso de alcohol las prevalencias oscilan de 7,6% y 4,9%, siendo el mayor consumo excesivo en Atlántico y de riesgo en Bogotá, entre tanto tiene las cifras más bajas tanto para consumo excesivo como para el de riesgo la región Pacífica.
- En general tanto el consumo excesivo como el de riesgo-abuso de alcohol, son más prevalentes para el grupo de edad de 18 a 44, seguido del grupo de 45 y más años. En el grupo de 12 a 17 años se observan prevalencias altas

que sugieren la necesidad de realizar intervenciones preventivas tempranas.

3.2.7.6. Consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas

Dada la magnitud de la prevalencia de eventos traumáticos, la morbilidad sentida reportada por los adolescentes y adultos frente a estos y la alta prevalencia de los síntomas reportados se puede concluir que hay un problema de salud mental en términos de consecuencias psicológicas desfavorables frente a la exposición a eventos traumáticos.

- Adolescentes:
 - La tercera parte de los adolescentes entre los 12 y 17 años, es decir el 29,3% (IC 95%: 26,9-31,8), ha estado expuesto a una experiencia potencialmente traumática ya sea porque la ha presenciado, la experimentado o le ha sido contado que alguien cercano la ha sufrido.
 - De estos la gran mayoría, 88,1% (IC 95%: 84,4-91,1) percibe que los eventos a los que han estado expuestos le han causado un trauma psicológico. Lo que indica una morbilidad sentida elevada.
 - Una tercera parte de los sujetos expuestos, 32,6% (IC 95%: 28,2-37,5) reporta el fallecimiento de alguna persona, lo que indica que estos eventos fueron de una posible mayor gravedad.
 - Las mujeres presentan mayor cantidad de síntomas que los hombres. Y de forma discriminada todos los síntomas consecuentes de la exposición a los eventos traumáticos fueron más prevalentes en ellas (22,2% al 12,6%).
 - Aunque no hay un estimativo preciso de riesgo de TEPT la prevalencia de los síntomas individuales estuvo entre el 19,4% (IC 95%: 15,8-23,6) y el 6,6% (IC 95%: 4,6-9,4).
 - Los síntomas más prevalentes son los relacionados con las reexperimentaciones y las conductas evitativas.
 - Los adolescentes entre 12 y 17 años de la región Pacífica, la Central y Bogotá tienen las prevalencias más altas de la exposición a eventos traumáticos (entre el 34,2% y el 35,6%).
- Adultos:
 - Cuatro de cada diez adultos ha estado expuesto a una experiencia potencialmente traumática ya sea porque

la ha presenciado, la experimentado o le ha sido contado que alguien cercano la ha sufrido.

- El 12,5 % de los adultos entre 18 y 44 años y el 11,5 % de 45 años y más reportan la exposición a más de un evento traumático.
- Un poco más de la tercera parte de los adultos expuestos, 38,5 % (IC 95 %: 36,3-40,8) de los adultos entre 18 y 44 años y el 44,1 % (IC 95 %: 41,7-46,6) de las personas de 45 y más años, reportan el fallecimiento de alguna persona, lo que indica que estos eventos fueron de una posible mayor gravedad.
- Los eventos traumáticos más prevalentes en los adultos son: accidente de tránsito, violencia por delincuencia organizada o común, conflicto armado y violencia intrafamiliar, ya sea física, psicológica o sexual, con prevalencias entre el 18,3 % y el 6,1 % según el grupo de edad y el evento.
- La prevalencia de violencia intrafamiliar reportada por las mujeres ambos grupos de edad es casi el doble que en los hombres (9,4 % frente a 5,3 % entre los 18 y 44 años y 7,2 % contra 4,5 % en la población de 45 en adelante), mientras que los otros tipos de eventos fueron más prevalentes en hombres pero sin diferencias significativas.
- Cuatro de cada diez mujeres y tres a cuatro de cada diez adultos en general de la población expuesta a la violencia por delincuencia organizada afirman que sufren un trauma psicológico.
- De cuatro a cinco de cada diez adultos que sufrieron una experiencia traumática por conflicto armado tienen un reporte positivo de trauma psíquico por el evento, sin diferencias significativas entre los sexos.
- La prevalencia de los síntomas individuales, evaluados en el PCL-C modificado, están entre el 5,7 % y 23,7 % en el grupo de adultos menores de 45 años y el 4,2 % y 20,8 % de 45 años en adelante.
- Las mujeres presentan mayor cantidad de síntomas que los hombres. El 28,3 % de las mujeres expuestas entre los 18 y 44 tuvieron de 3 síntomas en adelante, mientras que en los hombres la suma es del 20,2 % y en el grupo de 45 y más años se observan diferencias similares.
- Tres a cuatro de cada cien sujetos expuestos a experiencias traumáticas están en riesgo de TEPT según el punto de corte del puntaje del PCL-C modificado, establecido para determinar sujetos en riesgo. Con esti-

madores precisos para las mujeres: 3,8 % (IC 95 %: 2,8-5,2) de 18 a 44 años y 3,4 % (IC 95 %: 2,4-4,75) de 45 en adelante.

- Los estimadores de riesgo para desarrollar TEPT, de este grupo poblacional, según pobreza, zona urbana o rural y región no fueron precisos por lo tanto no se reportan.
- Al igual que en los adolescentes los síntomas más prevalente son los relacionados con las reexperimentaciones y las conductas evitativas.
- En cuanto a las regiones la exposición a eventos traumáticos en población colombiana adulta es más alta en Bogotá para los dos grupos de edad es 52,9 % (IC 95 %: 48,9-56,8) en adultos de 18 a 44 años y 52,4 % (IC 95 %: 48,5-56,3) en adultos de 45 y más, seguido por la región Central con 45,8 % (IC 95 %: 42,4-49,2) y 44,1 % (IC 95 %: 40,7-47,6) y Pacífica de 44,7 % (IC 95 %: 41,3-48,1) y 44,5 % (IC 95 %: 40,8-48,2), respectivamente.
- En cuanto a la distribución de la cantidad de síntomas por edad y región fueron similares para todos, con proporciones más altas de 6 a 9 síntomas para los adultos entre 18 y 44 años de Bogotá con 11,6 % (IC 95 %: 8,5-15,7) y de 45 y más de la región Central con 8,0 % (IC 95 %: 5,7-11,1).

3.2.8. Recomendaciones

3.2.8.1. Población adolescente (12 a 17 años)

- En la población adolescente (12 a 17 años) se encontraron problemas dados por la presencia especialmente en síntomas de ansiedad, depresión y sugestivos de psicosis. Al igual que en la población infantil, se hace necesario generar acciones comunes entre el área escolar y el sistema de salud que permita la detección temprana de estos problemas en salud mental involucrando instrumentos de tamización validados y adecuados que permitan la detección, la activación temprana de rutas de atención en salud que le den un acceso adecuado a esta población.
- Se requiere la formulación de protocolos y guías de práctica clínica frente a la problemática de salud mental de esta población, vinculado a la difusión e implementación de estas, así como a la capacitación del personal de salud.
- Dadas las características del adolescente, es importante generar demanda inducida a las acciones promocionales en salud mental y preventivas de la enfermedad mental a

través de mecanismos que atraigan al joven y que permitan la detección temprana de problemas de salud mental.

3.2.8.2. Población adulta de 18 a 44 años y población adulta mayor de 44 años

En adultos entre 18 a 44 años y los mayores de 44 años los problemas de salud mental se encontraron de manera particular en el espectro de los síntomas de ansiedad y depresión. Lo que hace necesario, al igual que en los grupos etáreos previamente mencionados, la activación del sistema de salud de forma efectiva para la detección temprana de problemas en salud mental que permitan disminuir la aparición de patología mental a través de las acciones de detección temprana. Es de anotar que esta activación del sistema de salud va de la mano a las acciones dirigidas a la evaluación del riesgo psicosocial desde las áreas o las actividades de salud ocupacional de las organizaciones que tienen a su cargo, según lo definido por la Ley 1616 del 2013: “Monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores” y de las aseguradoras de riesgos laborales “... programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental”. Así mismo se hace fundamental la educación comunitaria que favorezca la demanda inducida a las acciones promocionales y preventivas de detección en estos grupos poblacionales.

3.2.8.3. Conducta alimentaria

- Ante las cifras globales de conductas de riesgo para TCA en Colombia tanto en adolescentes como adultos jóvenes de ambos sexos se amerita una vigilancia epidemiológica estrecha desde el nivel primario de atención.
- Es preciso romper el mito de que los TCA son enfermedades de mujeres adolescentes de nivel socio-económico alto. La presión social sobre la delgadez alcanza a personas de ambos sexos y todas las edades y niveles educativos. Las autoridades sanitarias deben trabajar en promover hábitos de alimentación saludables y los profesionales de la salud deben explorar sistemáticamente conductas de riesgo para TCA en ambos sexos y personas de todas las edades.
- Todas estos problemas pueden desencadenar enfermedades de alto costo y de difícil manejo. Lo cual hace necesaria la promoción y prevención temprana de estos procesos.

3.2.8.4. Consumo de sustancias psicoactivas

- Implementar intervenciones para disminuir el inicio y la cesación consumo de tabaco y alcohol que incluya todos los grupos etarios.
- Considerar las intervenciones para reducir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta las prevalencias individuales y los problemas generados por cada sustancia.
- Ligar los estudios de consumo de sustancias psicoactivas a los estudios de salud mental para explorar posibles factores de riesgo y protección, que permitan profundizar en la problemática de consumo de sustancias.
- Realizar los estudios epidemiológicos en sustancias psicoactivas teniendo en cuenta los aspectos de salud, problemas y trastornos mentales.

3.2.8.5. Recomendaciones alcohol (consumo, consumo excesivo y de riesgo)

- Realizar intervenciones de promoción de la salud e intervenciones de prevención tempranas desde temprana edad.
- Se debe pensar en cambios a nivel de las políticas sobre el mercadeo y expendio de bebidas alcohólicas, dada la alta prevalencia de consumo en exceso y de riesgo de abuso de alcohol.
- Realizar estudios de investigación que profundicen en las razones para el consumo de alcohol y su paso al consumo de riesgo-abuso de alcohol, asociados a evaluación de intervenciones preventivas eficaces para disminuir el consumo de alcohol.
- El alto consumo de alcohol para el grupo de 18 a 44 años tanto en hombres como mujeres, sugieren la necesidad de realización de intervenciones preventivas en los lugares de trabajo o estudio donde se se encuentra gran parte de esta franja de población.
- Divulgación e implementación por parte de los profesionales de la salud de las Guías de manejo para alcohol que ha desarrollado el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Fomentar el tamizaje de alcohol en las instituciones de nivel primario se hace necesario para detección precoz de casos con consumo excesivo, así como a bebedores con alto riesgo.

- Tener en cuenta en las actividades de promoción y prevención las comorbilidades psiquiátricas que existen con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

3.2.8.6. Recomendaciones consecuencias psicológicas a eventos traumáticos adolescentes y adultos

De acuerdo con las conclusiones expuestas se considera que se ameritan las siguientes acciones:

- Desarrollar acciones eficaces para evitar la exposición a los diferentes tipos de trauma y en personas con exposición realizar intervenciones tempranas y de comprobada eficacia que prevengan el desarrollo del TEPT.
- Realizar estudios basados en evidencia para evaluar las intervenciones de promoción, prevención y tratamiento más eficaces en situaciones traumáticas y TEPT.
- Capacitar a los profesionales de salud para atender la potencial demanda de servicios
- Desarrollar guías de práctica clínica o protocolos de manejo sobre TEPT.
- Promover intervenciones educativas comunitarias, familiares y de profesionales de otras áreas, para prevenir la exposición a eventos traumáticos previsible y las consecuencias de la exposición a las experiencias traumáticas, así como para detectar tempranamente los síntomas relacionados.
- Fortalecer las redes de referencia de salud mental y dotar al sector salud de más personal capacitado en detección de estos problemas, pues sus síntomas y sufrimiento emocional ameritan ser atendidos.

3.2.9. Acciones

3.2.9.1. Población adolescente (12 a 17 años)

3.2.9.1.1. Acciones de prevención y atención integral frente a los problemas de salud mental

- Estrategia: fortalecimiento de las competencias del personal de salud y de educación. En la población adolescente (12 a 17 años) se encontraron problemas dados por la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y sugestivos de psicosis. Al igual que en la población infantil, son im-

prescindibles: acciones comunes entre los sectores educativo y de salud que permitan la detección temprana de estos problemas mediante instrumentos de tamización validados y adecuados.

- Estrategia: formulación e implementación de guías o protocolos de práctica clínica. Frente a la problemática mental de esta población y sus particularidades, se requiere la formulación de protocolos o guías de práctica clínica, su difusión e implementación, así como a la capacitación del personal de salud.

3.2.9.1.2. Acciones que favorezcan la generación de una ruta integral de salud mental dirigida a toda la comunidad

- Activación temprana de rutas de atención en salud que le den un acceso adecuado a la población adolescente.
- Dadas las características de los adolescentes, es importante generar demanda inducida a las acciones promocionales y preventivas a través de mecanismos que atraigan al joven y que permitan la detección temprana y la intervención de problemas de salud mental.

3.2.9.2. Población adulta (18 a 44 años) y población adulta (mayor de 44 años)

3.2.9.2.1. Acciones de prevención frente a los problemas y trastornos de salud mental

- Estrategia: desarrollo de actividades que apunten a la búsqueda activa y detección temprana de problemas y trastornos. En adultos entre 18 a 44 años, y los mayores de 45 años, los problemas se encontraron de manera particular en el espectro de los síntomas de ansiedad y depresión. Ello hace necesario, al igual que en los grupos etarios previamente mencionados, la activación del sistema de salud de forma efectiva para la detección temprana de estos problemas que permita disminuir la aparición de patología mental.
- Estrategia: educación comunitaria frente a salud mental-problemas y trastornos mentales, que favorezca la demanda inducida a las acciones promocionales y preventivas de detección en estos grupos poblacionales.

3.2.9.2.2. *Acciones intersectoriales que apunten a la promoción de la salud mental y a la prevención de la enfermedad mental*

Estrategia: acciones dirigidas a favorecer entornos laborales saludables y detección temprana de problemas y trastornos mentales en el lugar de trabajo, desde las áreas o las actividades de salud ocupacional de las organizaciones que tienen a su cargo, según lo definido por la Ley 1616 del 2013: "... monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores", y de las aseguradoras de riesgos laborales: "programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental".

3.2.9.3. *Conducta alimentaria: prevención y atención integral frente a los problemas de salud mental*

- Estrategia: desarrollo de actividades que apunten a la búsqueda activa y detección temprana de problemas y trastornos. Las cifras globales de conductas de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario en Colombia, tanto en adolescentes como en adultos jóvenes de ambos sexos, demandan reforzar la vigilancia epidemiológica estrecha desde el primer nivel de atención. Todos estos problemas pueden desencadenar enfermedades de alto costo y de difícil manejo, lo cual hace necesaria la promoción y la prevención temprana de estos procesos.
- Estrategia: educación comunitaria frente a salud mental-problemas y trastornos mentales. Es preciso romper el mito de que los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades de mujeres adolescentes de nivel socioeconómico alto. La presión social sobre la delgadez alcanza a personas de ambos sexos y todas las edades y niveles educativos. Las autoridades sanitarias deben trabajar en promover hábitos de alimentación saludables, y los profesionales de la salud deben explorar sistemáticamente conductas de riesgo para estos trastornos en ambos sexos y personas de todas las edades.

3.2.9.4. *Consumo de sustancias psicoactivas: prevención y atención integral frente a los problemas de salud mental*

- Estrategias ante el abuso y dependencia de sustancias:

- Fortalecer las intervenciones previstas en la legislación, políticas y programas (resoluciones 1956 de 2008, 5282 de 2006 y 543 de 2001; así como Política Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas), para disminuir el inicio y la cesación consumo de tabaco y alcohol, incluyendo a todos los grupos etarios.
- En el mismo marco, considerar las intervenciones para reducir el consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta las prevalencias individuales y los problemas generados por cada sustancia.
- Estrategia: gestión del conocimiento en prevención frente a los problemas y trastornos en salud mental:
 - Ligar los estudios de consumo de sustancias psicoactivas a los estudios de salud mental para explorar posibles factores de riesgo y protección, que permitan profundizar en la problemática.
 - Continuar con la realización de los estudios epidemiológicos que profundicen en el consumo sustancias psicoactivas, incluyendo en ellos los aspectos de salud, problemas y trastornos mentales.

3.2.9.5. *Alcohol (consumo, consumo excesivo y de riesgo): prevención y atención integral frente a los problemas de salud mental*

- Estrategia nacional frente al consumo de alcohol:
 - Realizar intervenciones de promoción de la salud e intervenciones de prevención desde edades tempranas.
 - Analizar posibles ajustes en las políticas sobre el mercadeo y expendio de bebidas alcohólicas, dada la alta prevalencia de consumo en exceso y de riesgo de abuso de alcohol.
 - El alto consumo de alcohol para el grupo de 18 a 44 años, tanto en hombres como mujeres, hace necesario fortalecer las acciones previstas legal y reglamentariamente dirigidas a la realización de intervenciones preventivas en los lugares de trabajo o estudio donde se encuentra gran parte de esta franja de población.
 - Fomentar el tamizaje de alcohol en las instituciones de primer nivel para detección precoz de casos con consumo excesivo, así como de bebedores con alto riesgo.
- Estrategia: gestión del conocimiento en prevención frente a los problemas y trastornos en salud mental. Realizar estudios que profundicen en las razones para el consumo de alcohol y su paso al consumo de riesgo-abuso, asocia-

dos con la evaluación de intervenciones preventivas eficaces.

- Estrategia: fortalecimiento de las competencias del personal de salud:
 - Divulgar e implementar por parte de los profesionales de la salud las guías de manejo para alcohol que ha desarrollado el Ministerio de Salud y Protección Social.
 - Tener en cuenta en la actividades de promoción y prevención las comorbilidades psiquiátricas que existen con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

3.2.9.6. *Consecuencias psicológicas a eventos traumáticos adolescentes y adultos*

- Acciones de promoción de la salud mental, la convivencia ciudadana y la calidad de vida. Estrategia: movilización social y comunitaria frente a las situaciones de violencia y riesgo. Desarrollar acciones eficaces para evitar la exposición a los diferentes tipos de violencia y trauma.
- Acciones de prevención y atención integral frente a los problemas de salud mental:
 - Estrategia: fortalecimiento de las competencias del personal de salud. Capacitar a los profesionales de salud para atender la potencial demanda de servicios.
 - Estrategia: formulación e implementación de guías y protocolos de práctica clínica basados en evidencia de manejo sobre TEPT.

- Estrategia: educación comunitaria frente a salud mental-problemas y trastornos mentales. Promover intervenciones educativas comunitarias, familiares y de profesionales de otras áreas, para prevenir la exposición a eventos traumáticos previsible y las consecuencias de la exposición a las experiencias traumáticas, así como para detectar tempranamente los síntomas relacionados.

- Estrategia: gestión del conocimiento en prevención frente a los problemas y trastornos en salud mental. Realizar estudios para evaluar las intervenciones de promoción, prevención y tratamiento más eficaces y con mayor evidencia en situaciones traumáticas y TEPT.

- Acciones dirigidas a la atención integral del trastorno mental. Estrategia: detección y atención integral temprana y efectiva a los trastornos mentales en personas con exposición que prevengan el desarrollo del TEPT.
- Acciones que favorezcan la generación de una ruta integral de salud mental dirigida a toda la comunidad:
 - Fortalecer las redes de referencia de salud mental y dotar al sector salud de más personal capacitado en detección de estos problemas, pues sus síntomas y sufrimiento emocional ameritan ser atendidos.
 - Integrar las redes de salud mental a otras de enfermedades crónicas que permitan establecer estrategias comunes e integrar los componentes físico, mental y social.

Referencias

1. McEwen BS, Morrison JH. The brain on stress: vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course. *Neuron*. 2013 Jul 10;79(1):16-29.
2. Arman S, Keypour M, Maracy MR, Attari A. Epidemiological Study of Youth Mental Health Using Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Iran Red Crescent Med J*. 2012;14(6):371-5.
3. Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu Rev Public Health*. 2005;26:399-419.
4. Richardson LK, Amstadter AB, Kilpatrick DG, Gaboury MT, Tran TL, Trung LT, et al. Estimating mental distress in Vietnam: the use of the SRQ-20. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(2):133-42.
5. Morais HCC, Soares AM de G, Oliveira AR de S, Carvalho CM de L, da Silva MJ, de Araujo TL. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(5):944-53.
6. Stratton KJ, Aggen SH, Richardson LK, Berenz EC, Tran TL, Trung LT, et al. Using the SRQ-20 factor structure to examine changes in mental distress following typhoon exposure. *Psychol Assess*. 2014;26(2):528-38.

7. Meekers D, Pallin SC, Hutchinson P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Womens Health*. 2013;13:28.
8. Torres Y, Bareño Silva J, Berbesi D, Sierra Hincapié G. Indicadores de Trastornos de Salud Mental en Población desplazada Colombia, 2010. Medellín. 2012.
9. Caron J, Liu A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can*. 2010 Jun;30(3):84-94.
10. Stratton KJ, Edwards AC, Overstreet C, Richardson L, Tran TL, Trung LT, et al. Caretaker mental health and family environment factors are associated with adolescent psychiatric problems in a Vietnamese sample. *Psychiatry Res*. 2014 Dec 15;220(1-2):453-60.
11. Assunção AÁ, Machado CJ, Prais H a. C, de Araújo TM. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. *Occup Med Oxf Engl*. 2013;63(3):234-7.
12. Baptista P, Tito R. 0046 The shiftwork and the common Mental Disorders among nursing workers. *Occup Environ Med*. 2014;71 Suppl 1:A64.
13. WHO. Mental health, resilience and inequalities [Internet]. WHO Regional Office for Europe; 2009 [cited 2014 Jul 28]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf
14. Xie F, Sun L, Su X, Wang Y, Liu J, Zhang R, et al. Neuropeptide Y reverses chronic stress-induced baroreflex hypersensitivity in rats. *Cell Physiol Biochem Int J Exp Cell Physiol Biochem Pharmacol*. 2012;29(3-4):463-74.
15. Duarte JO, Cruz FC, Leão RM, Planeta CS, Crestani CC. Stress vulnerability during adolescence: comparison of chronic stressors in adolescent and adult rats. *Psychosom Med*. 2015 Mar;77(2):186-99.
16. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980 May;10(2):231-41.
17. Tejada PA, Jaramillo LE, Sánchez-Pedraza R. Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. *Rev Fac Med*. 2014 Jan;62(1):101-10.
18. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2004 Jan;78(1):49-55.
19. Beusenberg M, Orley JH, Health WHOD of M. A User's guide to the self reporting questionnaire (SRQ) [Internet]. 1994 [cited 2015 Jun 10]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf
20. Climent C, Arango MV. Manual de Psiquiatría para trabajadores de atención primaria. 1983rd ed. Washington: OPS;
21. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders [Internet]. World Health Organization; 1993. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
22. Herzog DB, Eddy KT. Eating Disorders: What Are the Risks? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Aug;48(8):782-3.
23. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982 Nov;12(04):871.
24. Constaín GA, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez M de los Á, Álvarez Gómez M, Marín Múnera C, Agudelo Acosta C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria*. 2014 Jun;46(6):283-9.

25. Smith MC, Thelen MH. Development and validation of a test for bulimia. *J Consult Clin Psychol*. 1984;52(5):863-72.
26. Mitchell KS, Mazzeo SE, Schlesinger MR, Brewerton TD, Smith BN. Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study: PTSD and Eating Disorders in Men and Women. *Int J Eat Disord*. 2012 Apr;45(3):307-15.
27. Hay P, Mitchison D. The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clin Epidemiol*. 2014 Feb;89.
28. Nicholls DE, Viner RM. Childhood Risk Factors for Lifetime Anorexia Nervosa by Age 30 Years in a National Birth Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Aug;48(8):791-9.
29. Tchanturia K, Davies H, Harrison A, Fox JRE, Treasure J, Schmidt U. Altered social hedonic processing in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2012 Dec;45(8):962-9.
30. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders: *Curr Opin Psychiatry*. 2013 Nov;26(6):543-8.
31. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb;61(3):348-58.
32. Swanson SA. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jul;68(7):714.
33. Fandiño A, Giraldo S, Martínez C, Aux CP, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colomb Med*. 2007;38(4):344-51.
34. Campo-Arias A, Villamil-Vargas M. Riesgo de trastorno del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de medicina en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2012;41(2):328-39.
35. Piñeros Ortíz S, Molano Caro J, López de Mesa C. Risk Factors for Eating Disorders among School-Aged Young People in Cundinamarca (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39(2):313-28.
36. Ramírez AL, Moreno S, Yepes MM, Posada AC, Pérez GA Roldán L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres estudiantes de secundaria de la ciudad de Medellín y el Área Metropolitana. *Ámbito Médico*; 2004.
37. Posada J, Gómez LF, Gómez LC. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003 [Internet]. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social; 2005. Available from: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
38. Rueda-Jaimes GE, Afanador C, Pilar L del, Díaz-Martínez LA, Barajas O, Patricia D, et al. Validación de la encuesta de comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005 Sep;34(3):375-85.
39. Ángel LA, Martínez LM, Gómez MT. Eating disorders prevalence in high school students. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*. 2008;56(3):193-210.
40. Angel LA, Vásquez R, Chavarro K, Martínez LM, García J. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario. *Acta Médica Colomb* [Internet]. 1997 [cited 2015 Feb 26];22. Available from: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/03-1997-02-.html>
41. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta nacional en demografía y salud 2005. Bogotá: Profamilia.
42. UNODC. World Drug Report 2012 [Internet]. New York: United Nations; 2012. 108 p. Available from: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf

43. Hakulinen C, Hintsanen M, Munafò MR, Virtanen M, Kivimäki M, Batty GD, et al. Personality and smoking: individual-participant meta-analysis of 9 cohort studies. *Addict Abingdon Engl*. 2015 Jul 30.
44. Ministerio de Justicia y del Derecho-Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013-Informe Final. Bogotá, Colombia: ALVI Impresores S.A.S; 2014.
45. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use across Adolescence. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2008 Aug;43(2):157-64.
46. Saban A, Flisher AJ, Grimsrud A, Morojele N, London L, Williams DR, et al. The association between substance use and common mental disorders in young adults: results from the South African Stress and Health (SASH) Survey. *Pan Afr Med J*. 2014;17 Suppl 1:11.
47. Cogle JR, Hakes JK, Macatee RJ, Chavarria J, Zvolensky MJ. Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: An analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Psychiatr Res*. 2015 Aug;66-67:135-41.
48. Uwakwe R, Gureje O. The relationship of comorbidity of mental and substance use disorders with suicidal behaviors in the Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 Mar;46(3):173-80.
49. WHO. WHO global report on trends in tobacco smoking 2000-2025.
50. Torres Y, Posada J, Rojas MC. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas de 1993. Bogotá Minist Salud [Internet]. 1993; Available from: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf
51. Ruiz Á, Macías F, Gómez-Restrepo C, Rondón M, Lozano JM. Niveles de alcohol en sangre y riesgo de accidentalidad vial: revisión sistemática de la literatura [Internet]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2010 [cited 2015 Jun 22]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619869017>.
52. Butt P, Gliksmann L, Beirness D, Paradis C, Stockwell T. Alcohol and Health in Canada: A Summary of Evidence and Guidelines for Low-Risk Drinking. Ottawa.
53. Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. 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-2013. Guía N° 23 [Internet]. Bogotá. Colombia; 2013. 630 p. Available from: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Completa_OH.pdf.
54. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5 edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013.
55. Monteiro MG, Pan American Health Organization. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
56. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2002;14(Suplemento 1):195-219.
57. Cherpitel CJ, Borges G, Giesbrecht N, Monteiro M, Stockwell T, Pan American Health Organization. Prevention of alcohol-related injuries in the Americas: from evidence to policy action. 2013.
58. Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress*. 2005 Feb;18(1):53-62.

59. Van Loey NEE, Van Son MJM. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4(4):245-72.
60. Bloeser K, McCarron KK, Batorsky B, Reinhard MJ, Pollack SJ, Amdur R. Mental health outreach and screening among returning veterans: are we asking the right questions? *US Army Med Dep J*. 2014 Dec;109-17.
61. Reingle JM, Jennings WG, Connell NM, Businelle MS, Chartier K. On the pervasiveness of event-specific alcohol use, general substance use, and mental health problems as risk factors for intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2014 Nov;29(16):2951-70.
62. Children and Trauma: Update for Mental Health Professionals [Internet]. <http://www.apa.org>. [cited 2015 Jun 22]. Available from: <http://www.apa.org/pi/families/resources/children-trauma-update.aspx>.
63. Ministerio de la Protección Social, UNODC O de las NU contra la D y el D, Universidad CES. Indicadores de trastornos de salud mental en población desplazada Colombia, 2010 [Internet]. Medellín, Colombia; 2010. Available from: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/11201950_Informe-tamizajes-poblacion-desplazada.pdf
64. Atwoli L, Stein DJ, Williams DR, McLaughlin KA, Petukhova M, Kessler RC, et al. Trauma and post-traumatic stress disorder in South Africa: analysis from the South African Stress and Health Study. *BMC Psychiatry*. 2013;13:182.
65. Mills KL, McFarlane AC, Slade T, Creamer M, Silove D, Teesson M, et al. Assessing the prevalence of trauma exposure in epidemiological surveys. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011 May;45(5):407-15.
66. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Rodriguez FG, Rodriguez J de JG. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *J Abnorm Psychol*. 2003 Nov;112(4):646-56.
67. Seedat S, Stein DJ, Jackson PB, Heeringa SG, Williams DR, Myer L. Life stress and mental disorders in the South African stress and health study. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneesk*. 2009 May;99(5 Pt 2):375-82.
68. Beiser M, Simich L, Pandalangat N, Nowakowski M, Tian F. Stresses of passage, balms of resettlement, and posttraumatic stress disorder among Sri Lankan Tamils in Canada. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2011 Jun;56(6):333-40.
69. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety*. 2014 Feb;31(2):130-42.
70. Wolf EJ, Mitchell KS, Koenen KC, Miller MW. Combat exposure severity as a moderator of genetic and environmental liability to post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*. 2014 May;44(7):1499-509.
71. Chapman C, Mills K, Slade T, McFarlane AC, Bryant RA, Creamer M, et al. Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychol Med*. 2012 Aug;42(8):1695-703.
72. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Aug;52(8):815-30.e14.
73. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048-60.
74. Perkonig A, Pfister H, Stein MB, Höfler M, Lieb R, Maercker A, et al. Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Am J Psychiatry*. 2005 Jul;162(7):1320-7.
75. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 5:4-12; discussion 13-4.

76. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Am J Psychiatry*. 2006 Apr;163(4): 652-8.
77. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Jul;55(7):626-32.
78. Ministerio de Salud y Protección Social, UNODC, Universidad CES. Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. The Who World Mental Health Survey Consortium. Colombia: L. Vieco e hijas; 2010.
79. McLaughlin KA, Koenen KC, Friedman MJ, Ruscio AM, Karam EG, Shahly V, et al. Subthreshold posttraumatic stress disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biol Psychiatry*. 2015 Feb 15;77(4):375-84.
80. Cho MJ, Kim J-K, Jeon HJ, Suh T, Chung I-W, Hong JP, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. *J Nerv Ment Dis*. 2007 Mar;195(3):203-10.
81. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593-602.
82. Carmassi C, Dell'Osso L, Manni C, Candini V, Dagani J, Iozzino L, et al. Frequency of trauma exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative. *J Psychiatr Res*. 2014 Dec;59:77-84.
83. Kawakami N, Tsuchiya M, Umeda M, Koenen KC, Kessler RC, World Mental Health Survey Japan. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: results from the World Mental Health Japan Survey. *J Psychiatr Res*. 2014 Jun;53:157-65.
84. Axinn WG, Ghimire DJ, Williams NE, Scott KM. Gender, traumatic events, and mental health disorders in a rural Asian setting. *J Health Soc Behav*. 2013;54(4):444-61.
85. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb;61(3):348-58.
86. Striegel-Moore RH, Rosselli F, Perrin N, DeBar L, Wilson GT, May A, et al. Gender Difference in the Prevalence of Eating Disorder Symptoms. *Int J Eat Disord*. 2009 Jul;42(5):471-4.
87. Rodríguez M, Gempeler J, Sarmiento O. Autopercepción del peso corporal, conductas asociadas y de riesgo. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 ENSIN. 2012.
88. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2002 Sep;128(5):825-48.
89. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull*. 2004 Jan;130(1):19-65.
90. Marcus MD, Kalarchian MA. Binge eating in children and adolescents. *Int J Eat Disord*. 2003;34 Suppl:S47-57.
91. Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. 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-2013. Guía N° 23 [Internet]. Bogotá. Colombia; 2013. 630 p. Available from: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Completa_OH.pdf
92. Klimas J, Tobin H, Field C-A, O'Gorman CSM, Glynn LG, Keenan E, et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD009269.

4. Trastornos mentales en niños, adolescentes y adultos

En este segmento se desarrolla la parte final del modelo espectro-continuo de la salud a la enfermedad mental. Se inicia en cada apartado con un contexto introductorio, seguido por los resultados, la discusión, las conclusiones y las recomendaciones de los trastornos psiquiátricos evaluados en esta encuesta de niños, adolescentes y adultos. Para la población infantil de 7 a 11 años se incluyen: depresión mayor, ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de la conducta. Para los adolescentes (entre 12 y 17 años) se abordan los trastornos depresivos (depresivo mayor, menor y distimia), el trastorno afectivo bipolar (I y II) y los trastornos de ansiedad, generalizada, pánico y fobia social; luego se presenta un subcapítulo sobre la conducta suicida en este grupo poblacional. Continúa esta parte con un segmento para los mismos trastornos de adolescentes pero en adultos, seguido por el de conductas suicidas en este grupo y un tamizaje de personalidad. Se finaliza con una sección para las condiciones crónicas y la comorbilidad con los trastornos mentales.

4.1. Trastornos mentales en niños

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el niño se define cronológicamente como aquel individuo mayor de un año y menor de 10 años. Es importante hacer esta diferenciación entre etapas de la vida de los pacientes, puesto que existen enfermedades mentales cuyos inicios se encuentran en la etapa de la niñez o infancia (1).

Debido a que en un comienzo las enfermedades mentales en niños no eran tan estudiadas y diagnosticadas, ha llevado a que cada vez más los sistemas de salud mental tengan en cuenta estas patologías y mejoren los procesos y criterios

diagnósticos propuestos para aumentar su registro y clasificación (2). A pesar de los progresos obtenidos, se ha visto que aún existen algunas barreras para el reconocimiento y tratamiento de este tipo de enfermedades, como la falta de conocimiento de estas enfermedades por los cuidadores y profesionales de la salud, la estigmatización de pacientes que la padecen, además de barreras físicas que dificultan su temprana atención (3-5).

Las características clínicas de los trastornos mentales incluidos en esta encuesta para determinar las prevalencias en la población infantil de 7 a 11 años se describen a continuación.

Trastorno depresivo mayor: en población infantil se presenta cuando hay ánimo triste, pérdida del interés en las actividades diarias, pensamiento de culpa, desesperanza y síntomas somáticos (6). En esta población, los trastornos depresivos se evidencian con irritabilidad en vez de tristeza, asociado a pérdida de interés en realizar actividades en el exterior o en jugar con otros infantes, deterioro del desempeño escolar, disminución de la autoestima, miedo al rechazo por otros niños, aislamiento social, síntomas físicos, entre otros (7-9).

Trastorno de ansiedad de separación: se caracteriza por la ansiedad excesiva e inapropiada para el grado de desarrollo del individuo en relación con la separación de sus figuras de referencia (10). Se manifiesta como una preocupación persistente frente a la pérdida de estas figuras de apego, y genera conductas que buscan evitar la posible separación (11,12). Resulta importante aclarar que cierto grado de displacer por la no presencia de las figuras de apego es esperable dentro del desarrollo normal del niño (6 meses-3 años) (13). Este debe resolverse cuando la figura de apego reaparece o con la posibilidad de simbolizarla en su ausencia. Se considera patológica si interfiere con la vida de relación, los aprendizajes, cuando hay somatización o da lugar a fobias escolares (14). Las características de la ansiedad y su magnitud permiten determinar distintos tipos de trastorno, la ausencia de estas manifestaciones esperables en un niño pequeño puede indicar autismo o trastornos tempranos del vínculo (15) o si no

se da la separación necesaria en el proceso de individualización, indica una configuración simbiótica.

Trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza por una preocupación constante, que abarca una gama tan amplia de actividades o situaciones, en la que ninguna de ellas se destaca. En los niños y niñas, las situaciones que generan ansiedad son: el rendimiento escolar, su salud, el cumplimiento de sus obligaciones o su buen actuar (16). A esta preocupación se asocian síntomas como inquietud, cansancio, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, entre otras. Y cuadros somáticos, en el 70% de los casos, donde predominan las palpitaciones, la sudoración, la disnea, la cefalea y el dolor abdominal difuso, por lo cual la consulta es a pediatría (11). Es poco frecuente que se presenten conductas evitativas; sin embargo, puede haber excepciones (17,18).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, que interfiere con el adecuado desempeño del niño o adolescentes en las áreas académica, social y familiar. Se encuentra en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como trastorno hiperactivo (2,16). Las dos clasificaciones incluyen a los niños que presentan alteraciones en la atención, hiperactividad e impulsividad. Sin embargo, para el diagnóstico del trastorno hiperactivo en el CIE-10 es necesaria la presencia de un número mínimo de síntomas en las tres dimensiones sintomáticas (inatención, hiperactividad e impulsividad). Entre tanto, en el TDAH del DSM-5, el trastorno es concebido en las dimensiones sintomáticas de inatención e impulsividad y de hiperactividad, y permite hacer el diagnóstico con un mínimo de síntomas en cada una de estas dimensiones. En este sentido, existen tres subtipos del trastorno: uno de predominio inatento, uno de predominio hiperactivo/impulsivo y otro mixto (19). También el TDAH se ha relacionado con dificultades ejecutivas como planeación, inhibición, memoria de trabajo y control cognitivo (20).

Trastorno negativista (oposicionista u oposicional) desafiante: se caracteriza por la presencia de un patrón anormal

de comportamientos que incluyen enfado o irritabilidad, actitud desafiante o contestataria (discusiones) o vengativa, también se describen comportamientos negativistas (de desobediencia), agresivos y hostiles; pero no hay irrespeto a las normas, ni la vulneración de los derechos de los demás (a diferencia del trastorno de la conducta). Los niños y adolescentes con este trastorno exhiben a los adultos un patrón de conductas recurrentes negativistas, de argumentación, de oposición y desafío. La desobediencia, las conductas vengativas y la hostilidad hacia las figuras de autoridad generan problemas en la funcionalidad social, familiar y académica (2,16). Este es el trastorno del comportamiento más frecuente en niños y adolescentes y es una de las principales causas de consulta a servicios médicos en niños y adolescentes. Los síntomas usualmente inician al finalizar la edad preescolar e inicios de la escolar, aunque el rango de edad está entre los 7 y los 13 años (21).

Trastorno de la conducta: se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente del comportamiento en el que se violan los derechos de las otras personas o las normas sociales. Dentro de las conductas presentes se encuentran: la agresión a personas o animales, la destrucción de la propiedad, el robo o la fraudulencia y otras violaciones graves a las normas (10). Se puede observar en estos niños que los comportamientos agresivos son la *consecuencia dinámica de una serie de eventos que confluyen en escenarios de relación... donde establecen reacciones de los sucesos antes que deducciones*, como lo afirman en sus conclusiones Salazar y cols. (22).

4.1.1. Factores asociados

Se ha visto que los cuidados de los padres, las relaciones con el cuidador o el nivel educativo de los padres son factores que pueden ser protectores para la enfermedad mental. Por otro lado, son factores generadores la desnutrición, las experiencias de violencia física o psicológica, el consumo de sustancias en cuidadores o hermanos, la inasistencia a la escuela y la pobreza entre otros (23-25). En la tabla 5.88 se presenta un listado de algunos de los factores asociados descritos en la literatura a los trastornos mentales que se evalúan con esta encuesta.

Tabla 5.88. Factores asociados a trastornos mentales en población infantil

Trastornos	Factores Asociados
Depresivos (7,26-28)	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de depresión • Enfermedades no psiquiátricas o mentales • Obesidad • Dependencia psicológica • Antecedentes de intento de suicidio • Baja autoestima • Pensamientos negativos • Disminución de la actividad física • Pobreza • Eventos traumáticos (abuso sexual o físico) • Duelo por muerte de pariente • Antecedente de depresión en padres • Aislamiento social
Ansiedad por separación (12,29)	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes en los padres o cuidador de algún tipo de trastorno de ansiedad o depresión • Eventos traumáticos (duelos por muerte, enfermedad o cambios en estructura familiar) • Vivencia de abandono e intrusión en relación con las necesidades de separación del niño y la actitud de los cuidadores
Trastornos de ansiedad (30)	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión materna • Comorbilidad médica • Disfunción familiar
Hiperactividad con déficit de atención (31,32)	<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos, ambientales y psicosociales • Exposición al cigarrillo y alcohol durante embarazo • Problemas perinatales
Negativista desafiante (33,34)	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades con pautas de crianza • Tensión o conflictos de familia • Factores biológicos: antecedentes familiares de depresión, ansiedad o del aprendizaje • Habitar en contextos con: <ul style="list-style-type: none"> – Alto índice de criminalidad y delincuencia – Problemas económicos – Hacinamiento
De conducta (18)	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de maltrato • Alteración en relación parental • Débil establecimiento de normas • Complicaciones perinatales • Déficit en habilidades verbales y de comunicación • Disfunción ejecutiva

Así mismo, cobra pertinencia precisar entre los factores asociados la comorbilidad entre diferentes trastornos mentales en edades tempranas del desarrollo. Por ejemplo, la evidencia de depresión en niños ha sido asociada con la presencia de otras enfermedades mentales, al tiempo de ser considerado un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, bajo desempeño escolar y desenvolvimiento social (7,35,36).

Por su parte, el trastorno de ansiedad generalizada es descrito dentro de la literatura como un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes trastornos de ansiedad o afectivos en la adolescencia y la edad adulta, así como de patología psicósomática y de dificultades escolares y relacionales (17).

Es relevante destacar que el TDHA, al estar asociado con diversas comorbilidades en la infancia y la adolescencia, puede dificultar su diagnóstico, tratamiento y presentación clí-

nica. Las más frecuentes entidades asociadas al TDAH a edades tempranas son los trastornos de conducta, los trastornos del aprendizaje, los trastornos depresivos y de ansiedad, los trastornos del lenguaje, los trastornos del espectro autista, la epilepsia, el síndrome de Gilles de la Tourette, entre otros (37,38). Específicamente, el TDAH se presenta en el 35 % de niños y jóvenes con trastorno negativista desafiante (21). Entre la comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno negativista desafiante, cabe resaltar que en los pacientes primariamente diagnosticados con TDAH, la comorbilidad con el trastorno negativista desafiante es del 61,5 %; mientras que en los primariamente diagnosticados con trastorno negativista desafiante la comorbilidad con el TDAH es del 19,8 % (39).

Respecto al trastorno negativista desafiante, podrían señalarse otros datos acerca de la comorbilidad con otros trastornos. Se estima que en el transcurso de la vida el 92,4 % de las personas diagnosticada con este trastorno presentará al menos una comorbilidad psiquiátrica (21). Entre los trastornos asociados se encuentran los depresivos (45,8 %), los de ansiedad (62,3 %), los de consumo de sustancias psicoactivas (47,2 %) y los del control de los impulsos (68,2 %).

En el contexto nacional dos estudios desarrollados en Bogotá y Medellín establecieron la relación entre la presencia del trastorno negativista desafiante y dificultades en las condiciones sociales de las familias de estos niños. Además, encontraron la alta comorbilidad con el TDAH y las mayores dificultades desde el punto de vista comportamental, cuando se presentó esta comorbilidad (40,41).

Finalmente, en relación con el trastorno de conducta, es fundamental, antes de pensar en un continuo entre el trastorno de conducta en la infancia y otras patologías a lo largo del ciclo vital (principalmente el trastorno de personalidad antisocial en el adulto), tener claro que su presencia no se refiere a una organización patológica de la personalidad y, por lo tanto, los desenlaces son múltiples, es decir, aunque las características sintomáticas de estos niños coincidan con un diagnóstico clínico, pueden cambiar en el tiempo. La presencia de este trastorno en niños se ha asociado con trastornos depresivos, de ansiedad, somatomorfos, antisocial de personalidad y abuso de sustancias en edad adulta (11,17). Se han descrito cuatro posibles trayectorias a lo largo del desarrollo:

- Grupo de individuos con leves pero sostenidas manifestaciones conductuales para el desarrollo.

- Sujetos que inician con el trastorno en la infancia y se limita al concluir esta.
- Pacientes que inician en la adolescencia.
- Inicia en la infancia y persiste durante el desarrollo.

4.1.2. Impacto

A diferencia de los adultos, el impacto de la enfermedad mental en niños reviste una gravedad particular, debido a que impacta en el desarrollo de su sistema nervioso. Se ha descrito que alteraciones en los procesos de desarrollo cerebral pueden condicionar la aparición de enfermedades mentales en la edad adulta o ser el origen de una enfermedad mental temprana (24,25,42).

En el estudio de carga de enfermedad mental y abusos de sustancias realizado en 2010, se encontró que la proporción de años de vida ajustados por enfermedad de las enfermedades mentales en niños era muy baja (43); sin embargo, los costos para la sociedad no se verán incrementados de manera inmediata, sino cuando los niños que sufrían de esas enfermedades sean adultos en capacidad de producir (44).

Por ejemplo, las consecuencias de un trastorno depresivo en los infantes no solo se limitan a problemas durante el periodo de la infancia, como mal desempeño escolar y alteraciones cognitivas (7,36,45), sino que se convierte en un factor asociado al desarrollo de patologías mentales en la adolescencia y en la etapa adulta (46).

En el caso del trastorno de ansiedad de separación, es descrito en la literatura como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad en la adolescencia y la edad adulta, así como de patología psicósomática y de dificultades relacionales.

Cabe señalar que el TDAH en la niñez se relaciona con mayor riesgo de presentar problemas académicos, pérdidas de años escolares, dificultades en la relación padres-hijos y dificultades en las competencias sociales. Se manifiesta a temprana edad y no remite de forma espontánea con el paso del tiempo; de hecho, puede ser más claro en la medida que las exigencias del entorno son mayores (47). Algunos estudios han encontrado que alrededor del 50 % de los sujetos que tenían TDAH en la infancia persisten con el trastorno en la adultez, especialmente aquellos con el subtipo de TDAH combinado/mixto (48).

Este trastorno puede ser la puerta de entrada a un amplio rango de trastornos mentales; incluso en el transcurso de la vida se estima que el 94,9 % de los casos presenta al me-

nos un diagnóstico psiquiátrico relacionado. Tal es el caso de mayor riesgo para presentar en la adolescencia y adultez, comorbilidades como el trastorno afectivo bipolar, trastornos depresivos, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (incluido el alcohol), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, fobias específicas y trastornos de personalidad histriónico, límite, narcisista, antisocial y esquizotípico (49,50). Además, se asocia a comportamientos impulsivos por dificultades en la planeación y en el control inhibitorio, involucramiento en situaciones potencialmente peligrosas, menor calidad de vida, menor percepción del estado de salud, altos niveles de tensión emocional y, en ocasiones, necesidad de apoyo social por un peor funcionamiento (37).

Teniendo en cuenta el mayor riesgo de involucramiento en situaciones potencialmente riesgosas, un estudio reciente mostró que los niños, los adolescentes y los adultos con el diagnóstico de TDAH tienen un riesgo mayor de muerte prematura en comparación con la población sin este diagnóstico. Los niños menores de 6 años tienen 1,9 veces más de riesgo de muerte prematura que los niños de la misma edad sin el diagnóstico; los niños entre 6 y 17 años tienen 1,6 veces más de riesgo de muerte prematura en comparación con controles; y los mayores de 18 años tienen 4,3 veces más riesgo de muerte prematura; estas se relacionan principalmente con situaciones accidentales (51).

Por su parte, el trastorno negativista, cuando inicia antes de los 10 años se relaciona con una mayor duración del trastorno, así como más comorbilidades con trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos del control de los impulsos y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (21), mayor riesgo de involucramiento en actividades delictivas en la adolescencia, fugas del hogar, problemas académicos, fracaso y abandono escolar. Por el contrario, su aparición tardía, es decir, después de los 10 años, es menos grave y se asocia a condiciones de marginalidad social, favorecido por el modelamiento de los adolescentes con sus pares (33).

Finalmente, respecto al trastorno de conducta, en estudios anteriores se evidenció asociación con altos índices de lesiones accidentales (52), incremento del riesgo de abuso de sustancias psicoactivas (53) y actividad criminal (54). En un artículo publicado en 2014 se interpretó la carga de enferme-

dad para trastorno disocial publicado en el *Global Burden of Disease*, de 2010 (55), y arrojó datos de 5,75 millones de años de vida ajustados por discapacidad, que corresponden al 0,25 % de todos estos. Fueron especialmente elevados en los pacientes de género masculino, y se mantuvo constante entre los 5 y los 9 años y los 15 y los 19. Fue catalogado como la septuagésima segunda causa de los años de vida ajustados por discapacidad dentro de las 291 estudiadas (55). De las 291 causas estudiadas, el trastorno de conducta fue la trigésima causa de años vividos con discapacidad en todas las edades, por encima de VIH/sida, autismo, malaria y enfermedad cerebrovascular. En los hombres de 5 a 9 años, fue la segunda causa, por detrás solamente de la anemia ferropénica (56). Sin embargo, no se encontró el trastorno de la conducta como causa de mortalidad directa en los certificados de defunción de jóvenes. Aun cuando se ha asociado con un incremento de actividades criminales (53), faltan estudios que demuestren un incremento en la mortalidad por esta causa, lo cual incrementaría de manera significativa la carga de la enfermedad, sobre todo por la edad de los pacientes (55).

4.1.3. Estudios epidemiológicos

En el ámbito internacional, los datos epidemiológicos hasta el 2005 sugerían una prevalencia de trastornos mentales hasta del 20 % de los niños y adolescentes; de estos, entre un 4 % y un 6 % requieren atención en servicios de salud (1). Los estudios epidemiológicos más recientes en otros países, al compararlos con estudios más antiguos, indican que la tendencia es heterogénea, como se muestra en la tabla 5.89, donde se registran los resultados de estudios epidemiológicos de trastornos mentales realizados en diferentes países. Esto se explica por la influencia de las costumbres y aspectos culturales de cada país, además de la capacidad diagnóstica y discriminatoria que tengan los instrumentos empleados para su evaluación y los trastornos evaluados. En cuanto a los estudios realizados en Colombia se ha excluido la identificación de trastornos mentales en esta población de las grandes encuestas epidemiológicas previas a esta, pero como se detallan más adelante se encuentran algunos reportes para patologías específicas y en poblaciones con circunstancias particulares.

Tabla 5.89. Prevalencia de los trastornos mentales en población infantil de varios países (en porcentajes)

Pais (año)	Edad	Tipo de prevalencia	Depresivo	Distimia	Ansiedad por separación	Ansiedad generalizada	TDAH	Negativista desafiante	De la conducta	Cualquier afectivos	Cualquier depresivo	Cualquier ansiedad	Cualquier disruptivo
Brasil-Taubate* (1999) (57)	7-14	NE	1,0	-	1,4	0,4	1,8	3,2	2,2	-	1,0	5,2	7,0
Chile** (2007-9) (58)	4-11	12 meses	3,4	0,04	6,1	3,8	15,5	7,8	0,9	3,5	-	9,2	20,6
Puerto Rico** (2002) (59)	4-17	12 meses	3,0	0,5	3,1	2,2	8,0	5,5	2,0	-	3,4	6,9	11,1
Irán*** (2013) (60)	6-11	NE	2,6	0,7	2,8	9,0	15,9	4,1	-	-	-	-	-
Reino Unido* (1999) (61)	8-10	NE	0,3	-	1,1	0,6	2,5	2,8	0,8	-	0,3	3,5	5,8
Reino Unido* (2004) (62)	5-10	NE	0,2	-	2,2	0,2	1,6	3,5	0,6	2,4	-	2,1	4,9
Holanda**** (2006) (63)	6-10	NE	-	-	-	-	19	11	3	8	-	8	-

NE: no específica.

*Development and Well-Being Assessment (DAWBA).

**Diagnostic Interview Schedule for Children, versión IV (DISC-IV).

***Child Symptom Inventory IV (CSI-IV).

****Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).

La prevalencia de los trastornos depresivos en niños oscila entre el 1% y el 3,4% (7,57-60,64-66) en los ámbitos rural y urbano, y similar a la población mayor, es más frecuente en el sexo femenino (tabla 5.89). En Colombia se han realizado estudios en Antioquia (67) y Huila (68) usando el *Child Depression Inventory* (CDI), ambos en niños escolarizados entre 8 y 11 años de edad. Así, se han encontrado síntomas en el 21,7% y el 17,1%, respectivamente, que no se pueden comparar con estudios epidemiológicos que hayan evaluado el diagnóstico de trastorno depresivo.

El trastorno de ansiedad de separación es uno de los más comunes en el espectro de los trastornos de ansiedad en niños y niñas. Los reportes de su prevalencia en varios estudios van desde un 1,4% a un 6,2% en población infantil (12,57-62) (tabla 5.89). En cuanto a la incidencia acumulada, se ha observado que el trastorno de ansiedad de separación tiende a ser más frecuente en mujeres, con un 2,2% frente al género masculino en 1,2% (29). En Colombia, evaluaron en adultos de forma retrospectiva la prevalencia de este trastorno y reportan que el 0,3% de los hombres y el 0,8% de las mujeres

habían tenido trastornos de separación en la infancia con una mediana de inicio a los 5 años (64,69).

En los estudios epidemiológico el trastorno de ansiedad generalizada en niños tiene en promedio prevalencias menores desde el 0,4% hasta el 3,8%, salvo el resultado de Irán en el que reportan 9% (57-62) (tabla 5.89). En Colombia no hay información respecto a esta patología en población infantil.

Los estudios de prevalencia del TDAH han mostrado gran variabilidad en sus resultados, al oscilar entre el 1% y el 20% (57-63,70) (tabla 5.89). Este amplio rango se ha atribuido a diferencias culturales, demográficas y geográficas; sin embargo, recientemente esta variabilidad se ha arrojado a las diferencias metodológicas de las diversas investigaciones, y a la supeditada heterogeneidad en estudios como metanálisis y revisiones sistemáticas de la literatura (70). Se presenta con mayor frecuencia en varones que en mujeres con una proporción que varía de 1:1 a 9:1, dependiendo del estudio analizado (71,72). En la tabla 5.90 se muestran las prevalencias de TDAH de otros países por sexo.

Tabla 5.90. Prevalencias del TDAH y del trastorno de la conducta en diferentes países por sexo

País (año)	Trastorno/tipo de prevalencia	Edad	Total (%)	Niños (%)	Niñas (%)
Chile* (2007-09) (58)	TADH/12 meses	4-18	10,3	9,7	10,9
Brasil** (2009-10) (73)	TADH/NE	5-13	5,1	7,0%	3,6%
Estados Unidos **** (2001-4) (74)	TADH/12 meses	8-15	8,7	11,8	5,4
Alemania***** (2003-6) (75)	TADH/6 Meses	7-10	6,4	8,8	4,1
Irán***** (2012-13) (60)	TADH/NE	6-18	11,9	14,9	8,5
Chile** (2007-9) (76)	Conducta/12 meses	4-18	1,9	2,7	1,0
Gran Bretaña+ (2004) (66)	Conducta /NE	5-16	5,8	7,5	3,9
Puerto Rico** (2000) (77)	Conducta/12 meses	4-17	2,6	1,1	1,5

NE: no específica.

*Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV (ADHD RS-IV).

**Swanson, Nolan, and Pelham-IV Rating Scale (MTA-SNAP-IV Scale).

***Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CID).

****Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DISC-IV).

*****Diagnostic System for Mental Disorders in Childhood and Adolescence (DISYPS-K).

*****Children's Symptom Inventory (CSI-4).

+ Development and Well-Being Assessment (DAWBA).

En Colombia se han llevado a cabo estudios de prevalencia del TDAH. En un estudio realizado en Antioquia donde se emplearon criterios del DSM-IV, entrevistas estructuradas, aplicación de la Escala de Conners y pruebas de inteligencia, se encontró una prevalencia del 16,9% en los niños entre 7 y 11 años, y en el grupo de 12 a 17 años la prevalencia fue del 14,2%. El trastorno fue más prevalente en hombres que en mujeres (20,9% vs. 10,1%), con una razón de prevalencia de 3,9 a 1, respectivamente. Entre los subtipos del TDAH fueron más frecuentes en esta muestra el subtipo combinado y el hiperactivo/impulsivo (78).

Un estudio transversal realizado en niños escolares sanos entre 5 y 12 años de la ciudad de Bogotá, se encontró una prevalencia de 5,7 para el TDAH. Las prevalencias de los subtipos fueron inatento (2,5%), combinado o mixto (2,4%) y el hiperactivo/impulsivo (0,8%). Además, se halló una mayor prevalencia del trastorno entre los 7 y 9 años para cualquier

subtipo. Los varones presentaron mayor prevalencia de los subtipos mixto e hiperactivo, y en general fue más prevalente en los varones que en las mujeres (47). En otros estudios realizados en Colombia se han encontrado prevalencias tan altas como del 16,4% al 17,1% (79,80).

La prevalencia del trastorno negativista desafiante se ha estimado entre 2,8% y el 11% (57-63) (Tabla 52), pero en un metanálisis reciente reportan entre un 3% y un 5% (70). En la ciudad de Bogotá fue llevado a cabo un estudio para evaluar la prevalencia de psicopatología en una población escolar. Allí se encontró una prevalencia del 11,9%. Así mismo, se encontró que estos trastornos, junto al trastorno de la conducta, fueron más prevalentes en los varones preescolares y escolares; mientras que en las mujeres escolares los trastornos afectivos fueron más frecuentes (81).

Finalmente, respecto a la epidemiología del trastorno de la conducta, los datos encontrados en la literatura son muy

variados: desde el 0,6% hasta el 3,0% (57-59,61,62), con una prevalencia mayor en niños que en niñas (tabla 5.70). En contraste, los estudios realizados en Colombia en poblaciones específicas bajo circunstancias psicosociales particulares muestran otro panorama. Por ejemplo, en Cundinamarca, en un estudio llevado a cabo con población infantil víctima de desplazamiento forzado, se detectó una prevalencia de punto del 13,8% de trastorno de la conducta (disocial) utilizando los criterios diagnósticos psiquiátricos infantiles del DSM-IV (82). En un estudio realizado en 2008 en un colegio distrital de Bogotá, en niños entre 9 y 11 años y utilizando el CBC, la prevalencia de punto fue 28,6%; más alta en niños con un 10,2% que en niñas, un 4,1% (83). En el caso de Medellín, en población entre 13 y 18 años, se encontró una prevalencia para trastorno de la conducta a lo largo de la vida del 5,65% y en el último año de 2,34% (41).

4.1.4. Resultados

Los resultados que se muestran a continuación (ENSM-2015) son el producto de la entrevista sobre el cuidador (madre en la mayoría de los casos) de población infantil entre 7 y 11 años. Vale la pena aclarar que, a diferencia de otros estudios clínicos en los que la evaluación involucra directamente a los niños, en este disponemos de la información aportada por la madre o cuidador a través de una entrevista estructurada, la *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-P)*, versión P, que provee diagnósticos DSM-IV, que a pesar de sus limitaciones para la población infantil son la mejor aproximación que tenemos de la realidad, pero no dejan de ser una percepción del cuidador. La prevalencia se presenta tanto en la presencia del trastorno en los últimos 30 días como en los últimos 12 meses. Para la discusión de los resultados se toma la prevalencia de 12 meses, puesto que con ella se realizan habitualmente la mayoría de mediciones y la toma de decisiones en políticas públicas. En esta encuesta se recogen los datos de algunos trastornos mentales que por su posible prevalencia podrían

resultar positivos en la muestra que se calculó. Estos son: depresivo mayor, distimia, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, negativista desafiante, TDAH en sus 3 variedades: inatento, hiperactivo y combinado (mixto) y trastorno de la conducta. Por otra parte, algunos resultados que se presentan, tienen unos coeficientes de variación estimados (CVE) mayores del 20%, que por tanto son estimativos poco confiables y precisos dada la incidencia tan baja de casos.

4.1.4.1. Prevalencia últimos 30 días

Se refiere a la presencia de cualquiera de los trastornos descritos en los últimos 30 días. En general, se observa que cualquiera de los trastornos medidos está en el 3% (IC95%: 2,2-4,0) de la población infantil de 7 a 11 años. Esto quiere decir que según la percepción de los cuidadores 3 de cada 100 niños sufren un trastorno mental en el último mes. Todos los estimados de los trastornos individuales tuvieron CVE mayores al 20%. Sin embargo, se presentan los resultados del estimado de las prevalencias de este periodo obtenidas en este grupo poblacional.

Respecto a los trastornos afectivos se observa que la depresión mayor se describe en 0,04% (IC95%: 0-0,2) y la distimia no se detectó. Para los trastornos de ansiedad que se midieron la prevalencia global es del 1% (IC95%: 0,7-1,5), siendo un poco mayores en los niños 1,1% que en las niñas 0,9%. El trastorno de ansiedad de separación tiene una prevalencia de 1,2%; en tanto que el de ansiedad generalizada, el 0,4%.

Para otros trastornos de comienzo habitual en la infancia, el trastorno negativista desafiante, el TDAH y el trastorno de conducta tienen prevalencias totales de 0,4%, 2,3% y 0,2%, respectivamente. Acerca del TDAH, la variedad más frecuente encontrada es el de tipo hiperactivo (1,3%), seguido del inatento (0,8%) y el combinado (0,2%). Es ligeramente mayor en las niñas que en los niños (2,4% vs. 2,1%). Los trastornos de la conducta tienen una prevalencia de 0,2%, y es más frecuente en niños (0,4%) (tabla 5.91).

Tabla 5.91. Prevalencia en los últimos 30 días de trastornos mentales en población infantil entre 7 y 11 años por sexo, en Colombia

Trastornos mentales últimos 30 días	Niños			Niñas			Total		
	%	CVE	IC95%	%	CVE	IC95%	%	CVE	IC95%
Cualquier trastorno depresivo	0,1*	76,8	0,0-0,4	+		+ - +	0,04*	76,8	0,0-0,2
Depresivo mayor	0,1*	76,8	0,0-0,4	+		+ - +	0,04*	76,8	0,0-0,2
Cualquier trastorno de ansiedad	1,1*	29,4	0,6-1,9	0,9*	28,7	0,5-1,6	1,0*	20,7	0,7-1,5
Ansiedad de separación	0,9*	31,5	0,5-1,7	0,6*	37,8	0,3-1,2	0,7*	24,2	0,5-1,2
Ansiedad generalizada	0,5*	46,9	0,2-1,3	0,3*	42,3	0,1-0,7	0,4*	33,2	0,2-0,8
Cualquier trastorno de comienzo habitual en la infancia	2,4*	26,0	1,4-4,0	2,7*	27,0	1,6-4,5	2,5	18,8	1,7-3,7
TDAH cualquier tipo	2,1*	26,8	1,3-3,6	2,4*	29,2	1,4-4,2	2,3*	20,0	1,5-3,4
TDAH tipo inatento	0,7*	70,0	0,2-2,6	0,9*	65,3	0,2-3,1	0,8*	47,9	0,3-2,0
TDAH tipo hiperactivo	1,2*	25,2	0,8-2,0	1,4*	28,9	0,8-2,4	1,3	19,4	0,9-1,9
TDAH tipo combinado	0,2*	60,1	0,1-0,7	0,1*	70,8	0,0-0,6	0,2*	45,9	0,1-0,5
Negativista desafiante	0,5*	43,8	0,2-1,2	0,3*	59,6	0,1-0,8	0,4*	35,3	0,2-0,8
De la conducta	0,4*	72,4	0,1-1,7	+		+ - +	0,2*	72,5	0,1-0,9
Cualquier trastorno mental	2,7	19,5	1,8-4,0	3,2*	23,0	2,1-5,1	3,0	15,4	2,2-4,0

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: no se encontraron casos para distimia.

4.1.4.2. Prevalencia últimos 12 meses

Esta prevalencia describe la presencia de cualquiera de los trastornos descritos en los últimos 12 meses. Se observa que cualquiera de los trastornos medidos tiene una prevalencia de 4,7% (IC95%: 3,6-6,2) de la población infantil de 7 a 11 años (tabla 5.92). Esto quiere decir que cerca del 5% de todos los niños y niñas de la población tienen o han tenido un trastorno mental según la percepción de sus cuidadores en el último año.

En los trastornos afectivos, se observa en depresión mayor una prevalencia de 0,1% y la distimia no está presente, esto es, tiene una prevalencia no detectable con el presente estudio. Para los trastornos de ansiedad que se midieron la prevalencia global es del 2% (IC95%: 1,2-3,2), mayores en general en las niñas (2,3%) que en niños (1,6%). El trastorno de ansiedad de separación tiene una prevalencia de 1,8% y el de ansiedad generalizada del 0,4%.

Los otros trastornos de comienzo habitual en la infancia medidos: el TDAH, el trastorno negativista desafiante y de

conducta tienen prevalencias de 3,0%, 0,4%, y 0,2%, respectivamente. Acerca del TDAH se observa que el subtipo más frecuente hallado es el predominantemente hiperactivo (1,7%), seguido del predominantemente inatento (1,1%) y el combinado (0,3%). Es ligeramente mayor en las niñas que en los niños (3,3% frente a 2,6%), el subtipo inatento es el más frecuentemente observado en niñas (1,4% vs. 0,7%). Esta distribución de género llama la atención respecto a lo descrito típicamente en la literatura, sin embargo hay que recordar que esto se refiere a la percepción de cuidadores quienes posiblemente toleran más conductas hiperactivas e impulsivas en niños que en niñas, a quienes pueden percibir más problemáticas al calificar sus conductas.

El trastorno negativista y el trastorno de la conducta tienen prevalencias más altas en niños. Por su baja frecuencia de algunos resultados, los CVE obtenidos de algunos estimados son mayores del 20% y deben ser vistos con cautela por su imprecisión (tabla 5.92).

Tabla 5.92. Prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 12 meses evaluados en población infantil entre 7 y 11 años por sexo, en Colombia

Trastornos mentales últimos 12 meses	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Cualquier trastorno depresivo	0,2*	47,9	0,1-0,5	0,01*	100	0,0-0,1	0,1*	45,6	0,0-0,3
Depresivo mayor	0,2*	47,9	0,1-0,5	0,01*	100	0,0-0,1	0,1*	45,6	0,0-0,3
Cualquier trastorno de ansiedad	1,6*	23,9	1,0-2,6	2,3*	37,4	1,1-4,8	2,0*	24,3	1,2-3,2
Ansiedad de separación	1,6*	24,3	1,0-2,5	2,0*	42,9	0,9-4,6	1,8*	26,4	1,1-3,0
Ansiedad generalizada	0,5*	46,9	0,2-1,3	0,3*	40,9	0,1-0,7	0,4*	32,8	0,2-0,8
Cualquier trastorno de comienzo habitual en la infancia	2,9*	23,8	1,8-4,6	3,6*	21,9	2,3-5,5	3,2	16,1	2,4-4,4
TDAH cualquier tipo	2,6*	24,4	1,6-4,2	3,3*	23,0	2,1-5,2	3,0	16,8	2,1-4,1
TDAH tipo inatento	0,7*	66,5	0,2-2,6	1,4*	45,7	0,6-3,4	1,1*	37,7	0,5-2,2
TDAH tipo hiperactivo	1,6*	26,3	1,0-2,7	1,8*	24,8	1,1-2,9	1,7*	18,0	1,2-2,4
TDAH tipo combinado	0,3*	47,1	0,1-0,8	0,2*	58,4	0,1-0,6	0,3*	36,7	0,1-0,5
Negativista desafiante	0,6*	39,0	0,3-1,3	0,3*	53,0	0,1-0,8	0,4*	31,5	0,2-0,8
De la conducta	0,4*	72,4	0,1-1,7	+		+++	0,2*	72,5	0,1-0,9
Prevalencia de cualquier trastorno	3,8	16,8	2,8-5,35,6*	20,4	3,7-8,3	4,7	14,0	3,6-6,2	

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

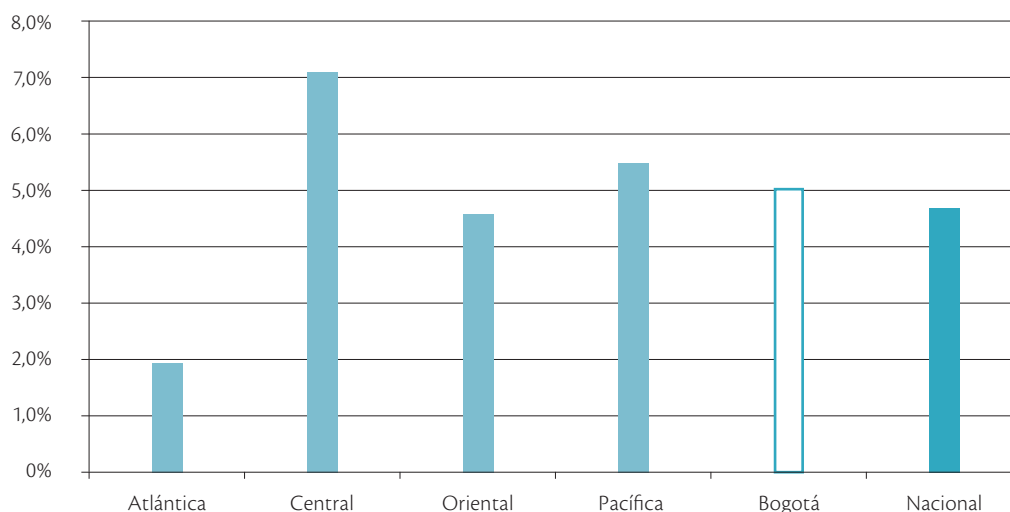
Nota 3: no se encontraron casos para distimia.

4.1.4.3. Trastornos mentales: regiones, zona urbana o rural, educación y pobreza

Al discriminar por con región podemos observar que la prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental (gráfica 5.53), de los medidos, es mayor en la región central (7,1%; CVE 26; IC95 %: 0,4-11,6), seguido de la región Pacífica (5,5%; CVE 23,7; IC95 %: 3,4-8,6), Oriental (4,6%; CVE 29; IC95 %: 2,6-8,0) y Atlántica (1,9%; CVE 32,5; IC95 %: 1,0-3,7). Es de resaltar que los CVE son altos, por esto los estimados deben evaluarse con precaución, siendo en general aceptados resultados hasta del 20%, pero algunos grupos pueden tolerar hasta un 33% (84), lo cual llevaría a pensar en que los datos de Bogotá son muy imprecisos (5,0%; CVE 43,9; IC95 %: 2,1-11,5), por lo cual podrían regirse por el nacional (4,72%) semejante al descrito. De manera similar las prevalencias de los últimos 30 días son imprecisas al discriminarlas por región, por lo cual no se presentan.

Las prevalencias de cualquier trastorno en los últimos 12 meses en la población infantil de 7 a 11 años de las zonas urbanas son superiores al reporte nacional (5,5% vs. 4,7%). De igual forma sucede con los resultados para los últimos 30 días (3,5% vs. 3,0%) (tabla 5.93).

Respecto a escolarización o no, de acuerdo con los resultados, se reporta que la mayoría de la población con trastorno está escolarizada y la prevalencia es cercana al promedio nacional (tabla 5.94). No hay diferencias en la prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales evaluados en personas en situación de pobreza valorado con el índice multidimensional respecto a la prevalencia nacional (4,8%; IC95 %: 3,5-6,5) frente a (4,72%; IC95 %: 3,6-6,2), diferencia no significativa puesto que los IC95 % se superponen. En la tabla 5.95 se presentan los resultados desagregados por cada grupo de trastornos.



Gráfica 5.53. Prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses en población infantil de 7 a 11 años en Colombia por región

Nota 1: las estimaciones pálidas son imprecisas, dado que tienen un CVE mayor al 20% y vacías CVE mayor al 33%.

Tabla 5.93. Prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales evaluados en población infantil de 7 a 11 años según zona urbana o rural en Colombia

Cualquier trastorno mental	Urbano			Rural		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
En los últimos 12 meses	5,5	15,6	4,0-7,4	2,6*	28,8	1,5-4,6
En los últimos 30 días	3,3	17,5	2,3-4,6	2,2*	32,1	1,1-4,0

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra.

Tabla 5.94. Prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales evaluados en población infantil de 7 a 11 años según escolarización en Colombia

Cualquier trastorno mental	Escolarizado			No escolarizado		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
En los últimos 12 meses	4,8	14,0	3,6-6,3	0,10*	101,60	0,01-0,73
En los últimos 30 días	3,0	15,4	2,2-4,1	0,10*	101,60	0,01-0,73

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra.

Tabla 5.95. Prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales evaluados en población infantil de 7 a 11 años según situación de pobreza en Colombia

Trastornos mentales	En situación de pobreza			En situación de no pobreza		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Cualquier trastorno en los últimos 12 meses	4,8	16,0	3,5-6,5	4,5*	27,6	2,6-7,7
Cualquier trastorno en los últimos 30 días	3,1	16,8	2,2-4,3	2,4*	38,7	1,1-5,1
Cualquier trastorno depresivo en los últimos 12 meses	0,1*	54,5	0,0-0,3	0,1*	81,4	0,0-0,7
Cualquier trastorno depresivo en los últimos 30 días	0,1*	76,8	0,0-0,2	0,0		+
Cualquier trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses	2,2*	26,9	1,3-3,6	1,2*	42,9	0,5-2,8
Cualquier trastorno de ansiedad en los últimos 30 días	1,0*	22,3	0,7-1,6	0,9*	53,7	0,3-2,5
Cualquier trastorno de comienzo habitual en la infancia en los últimos 12 meses	2,9	18,0	2,0-4,1	4,6*	34,0	2,4-8,9
Cualquier trastorno de comienzo habitual en la infancia en los últimos 30 días	2,4*	20,3	1,6-3,6	3,0*	45,6	1,2-7,3

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, pues tienen un CVE mayor al 20%, y aun cuando se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra, dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

4.1.4.4. Comorbilidad

La presencia de un solo trastorno por niño o niña en los últimos 12 meses es del 84,4% (IC95%: 75,1-90,7) y de dos o más trastornos en una sola persona es del 15,6% (IC95%: 9,3-24,9). Esta comorbilidad (2 o más trastornos mentales) parecería ser más frecuente en niños con 31,6% (IC95%: 18,7-48,3)

comparado con las niñas 4,8% (IC95%: 1,9-11,8), pero estos datos deben evaluarse con precaución por tener un CVE mayor a 20% (gráfica 5.54). Para los últimos 30 días la comorbilidad reportada es del 21,4% (IC95%: 12,4-34,5) siendo más frecuente de nuevo en hombres 40,9% que en mujeres 5,6% (tabla 5.96).



Gráfica 5.54. Distribución porcentual de uno y dos o más de los trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses en población infantil de 7 a 11 años por sexo en Colombia

Nota: las estimaciones de 2 o más trastornos son imprecisas, dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Tabla 5.96. Prevalencia de uno o más trastornos mentales evaluados los últimos 30 días en niños de 7 a 11 años según sexo en Colombia

Trastornos mentales en los últimos 30 días meses	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Solo un trastorno	59,1	16,4	39,5-76,2	94,4	3,3	83,7-98,2	78,6	7,1	65,5-87,6
Dos o más trastornos	40,9*	23,7	23,8-60,5	5,6*	56,8	1,8-16,3	21,4*	26,0	12,4-34,5

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, pues tienen un CVE mayor al 20%, y aun cuando se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra, dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

4.2. Trastornos mentales en adolescentes

Los trastornos mentales están caracterizados por un conjunto de síntomas que indican alteraciones en el pensamiento, las percepciones, las emociones, el comportamiento, la relación con el medio y el otro, que limitan el desenvolvimiento social, laboral, familiar y personal. En los adolescentes, los cambios psicológicos y físicos, mediados por el proceso puberal, son capaces de generar conflictos y crisis en ellos (85). Algunas enfermedades como la esquizofrenia o el trastorno afectivo bipolar debutan en este grupo de edad (86,87), además de observar una prevalencia de hasta el 15 % de trastorno depresivo en este grupo etario (88).

La clasificación de las enfermedades mentales, al igual que en los adultos, depende de las áreas afectadas, lo que ha permitido la estandarización de los diagnósticos de enfermedades mentales, facilitando no solo la práctica clínica, sino también su registro en bases de datos (8). Los trastornos evaluados para este grupo poblacional incluyen: depresivo mayor, depresivo menor, distimia, trastornos afectivos bipolares, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social.

- Trastornos depresivos: en adolescentes tiene características generales similares que en los adultos (16); sin embargo, dentro de la presentación clínica del trastorno depresivo en los adolescentes aparecen síntomas como conductas negativistas, disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor, agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones, es posible que tengan pensamientos relativos al suicidio. Es frecuen-

te que el trastorno depresivo esté asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención o trastornos de ansiedad (89).

- Trastorno afectivo bipolar: inicia en la adolescencia, y se ha descrito que alrededor del 60 % de las personas con trastorno afectivo bipolar tipo I presentan los primeros episodios antes de los 18 años (90). El diagnóstico de esta enfermedad durante la adolescencia presenta grandes retos, debido a los cambios biológicos, mentales, psicológicos y sociales que están presentando (91); en general, se retrasa el momento del diagnóstico por las similitudes entre los síntomas de este y otras patologías, tales como el TDAH o con los cambios en el comportamiento propios de esta etapa de la vida (92-94). Al igual que en la población adulta, la principal característica de esta enfermedad mental es el cambio o viraje de estados de ánimo desde un ánimo depresivo hasta un estado eufórico (91,93). Dentro de la presentación clínica es más frecuente que en los episodios de manía haya irritabilidad, conductas agresivas y menor reconocimiento de síntomas; por el contrario, presentan menos alteración en el patrón de sueño, menos fuga de ideas e ideas de grandeza al compararlos con los adultos (95), y dentro del trastorno es más frecuente que sean cicladores rápidos (8,91,96).
- Trastorno de ansiedad generalizada: al igual que en los adultos, se entiende como una ansiedad excesiva y persistente ante muchas situaciones, asociado a síntomas vegetativos y de hiperactivación (8,97). Es frecuente que en adolescentes haya una necesidad constante de seguridad, irritabilidad y una percepción negativa de sí mismo (98).
- Trastorno de pánico: cuenta con características clínicas similares que en los adultos (97); sin embargo, en este grupo poblacional se destaca como una condición acompañada por dificultades psicosociales y académicas (99). Se ha descrito que hasta el 90 % de los adolescentes con tras-

torno de pánico van a presentar comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, entre los que se han encontrado trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social y agorafobia. Así mismo, se encuentra comorbilidad con trastornos somatomorfos, abuso de sustancias y trastorno afectivo bipolar en aproximadamente el 50% de estos pacientes (99).

- Fobia social: también cuenta con características similares que en los adultos (97); al tiempo que puede limitarse a ciertos escenarios o extenderse de manera tal que el individuo únicamente tolere estar rodeado por miembros de su familia (fobia social generalizada) (100).

4.2.1. Factores asociados a los trastornos mentales en adolescentes

En la adolescencia existen factores protectores para el desarrollo de una enfermedad mental, como la capacidad de regular los pensamientos y apoyo familiar. Sin embargo, debe atenderse a los factores asociados que pueden aumentar el riesgo de padecerlas. Por ejemplo, tener hermanos o padres consumidores de alguna sustancia psicoactiva, maltrato infantil, pobreza y déficit nutricional (101,102). En la tabla 5.97 se presentan los factores más comunes asociados a los trastornos mentales en adolescentes.

Tabla 5.97. Factores asociados a trastornos mentales en adolescentes

Trastorno	Factores asociados
Trastornos depresivos (89)	<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos • Historia de trastorno afectivo en los padres • Sexo femenino • Edad pospuberal • Antecedentes síntomas depresivos • Antecedentes abuso físico y sexual en la infancia • Afectividad negativa • Pensamiento de tipo rumiativo • Conflictos conyugales • Desestructuración familiar • Acoso o humillación • Abuso emocional • Consumo de tóxicos
Trastorno afectivo bipolar (103-105)	<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos • Antecedente de trastorno de ansiedad • Antecedente trastorno por déficit de atención o hiperactividad • Antecedente de consumo de sustancias psicoactivas
Cualquier trastorno de ansiedad (29,106)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo femenino • Bajo nivel educativo • Bajo nivel socioeconómico • Antecedentes familiares de algún trastorno de ansiedad • Experiencias traumáticas en la niñez • Sobreprotección de pares
Fobia social (65)	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Miedo a la crítica • Persistencia de episodios depresivos • Comportamientos disruptivos • Consumo de sustancias psicoactivas • Trastornos de la alimentación

Respecto a la depresión, existen factores de protección que reducen la probabilidad de deprimirse en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación como son: tener sentido del humor, buenas relaciones de amistad, relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia, logros personales valorados socialmente, nivel de inteligencia normal-alto, práctica de algún deporte o actividad física y participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado (107).

La ansiedad fóbica coexiste con la depresión, y en caso de ser preexistente a esta, un episodio depresivo puede empeorar los síntomas ansiosos (108). La comorbilidad con otras condiciones es frecuente en este grupo de edad, e incluye otros trastornos del afecto, comportamiento disruptivo, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de la alimentación (65).

4.2.2. Impacto

En 2010 se encontró a escala mundial que las enfermedades mentales y el consumo de sustancias representaban el 7,4 de los años de vida ajustados a discapacidad. En adolescentes y adultos jóvenes se registró la mayor proporción de años ajustados a discapacidad en este reporte (43).

Sin embargo, el impacto de la enfermedad no solo es el referido en las estadísticas, los trastornos mentales tienen impacto en la calidad de vida de las personas de las padecen por en múltiples aspectos. Los adolescentes enfermos están en riesgo de ser estigmatizados y discriminados, por lo que tienden a consultar menos y a tener una menor adherencia a los tratamientos (85), y esto a la vez impacta de forma negativa el pronóstico de los diferentes trastornos mentales. También se han descrito efectos negativos particulares para cada trastorno en esta población en esta población que a continuación se sintetizan.

En primera línea se encuentra los trastornos depresivos, pues tienen un gran impacto en el crecimiento y desarrollo personal de los adolescentes, en su rendimiento escolar y en las relaciones familiares e interpersonales. También en la posible continuidad del trastorno depresivo durante la etapa adulta, lo cual se ve reflejado en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relación en el futuro que origina (109). Los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como con trastornos de la conducta alimentaria, por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede

conllevar un grave coste social. La depresión mayor es, además, uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes.

Continuando con los trastornos afectivos, se ha descrito que el inicio temprano del trastorno afectivo bipolar en la infancia o la adolescencia se asocia con mayor comorbilidad a largo plazo, por ejemplo, en el estudio de Perlis y colaboradores reportaron OR ajustados que van desde 2,96 (IC95 %: 2,03-4,31) con el abuso de sustancias hasta de 1,6 con la fobia social (IC95 %: 1,02-2,37) en adultos cuya enfermedad inició entre los 13 y 17 años (110). Se ha descrito que produce una gran afectación en las relaciones interpersonales y en el adecuado desarrollo del individuo (111,112). Además de presentar una prevalencia significativa de intentos y de suicidio consumado (113,114).

Respecto al trastorno de ansiedad generalizada, los adolescentes con este trastorno tienen alto riesgo de suicidio y de autolesionarse, además de consumir alcohol y cigarrillos, presentar dificultades escolares, con pares y familiares (106). Y en el caso de la fobia social que inicia en la adolescencia, se han reportado consecuencias negativas como disconfort emocional, dificultades para la interacción social, interferencia en el rendimiento académico, y tiene mayor riesgo de presentar otros trastornos de ansiedad y de consumo de alcohol y tabaco (115). Si no se da tratamiento o pasa inadvertido como timidez puede tener un curso crónico y sin remisión sintomática (65,116). Se ha documentado que este trastorno tiene impacto económico en la vida adulta con menor posibilidad de pertenecer a un estrato socioeconómico alto, menores tasas de empleo e ingresos familiares, con altos niveles de consumo de sustancias psicoactivas y prescripción de medicamentos. Aunque no se ha documentado un mayor costo a nivel de prestación de servicios general, estos individuos tienen mayor cantidad de consultas a médicos generales (117). Por el contrario, su detección temprana puede garantizar un mejor funcionamiento en la edad adulta (115).

4.2.3. Estudios epidemiológicos

Los reportes de los estudios epidemiológicos para la población de adolescentes son más limitados comparados con los de adultos. Como se describió en la sección de los trastornos mentales en niños, se ha reportado que hasta el 20% de los niños y adolescentes del mundo sufren de algún tipo de trastorno mental según datos epidemiológicos registrados hasta el año 2005, de estos entre el 4% y el 6% requieren atención

clínica por la gravedad de su trastorno (1). De igual forma, las prevalencias en los distintos países varían de acuerdo con las condiciones socioeconómicas, culturales y políticas en el momento de la valoración, de los instrumentos empleados y otros factores de difícil determinación que se relacionan con el proceso de la medición de este tipo de enfermedades (tabla 5.98).

En los países revisados el rango de prevalencia para trastorno depresivo mayor se encontró entre 1,4 % y 11,7 %. Para

trastorno de ansiedad generalizada los porcentajes oscilaron entre 1,2 % y 2,6 %. El rango para trastorno por fobia social fue de 0,5 % a 9,1 % y para cualquier trastorno afectivo entre un 5,0 % y un 14,3 %. Para cualquier trastorno mental el rango de prevalencia fue entre 11,5 % y 16,5 %. Es importante señalar que estas estimaciones varían según el periodo de medición de la prevalencia y el instrumento empleado para la recolección de la información (23,62,76,77,118).

Tabla 5.98. Prevalencias en porcentajes de los trastornos mentales en adolescentes en algunos países (en porcentajes)

Pais (año)	Edad (años)	Tipo de prevalencia	Depresivo mayor	Distimia	Bipolar I y II	Ansiedad generalizada	De pánico	Fobia social	Cualquier afectivo	Cualquier ansiedad	Cualquier trastorno	Instrumento
Estados Unidos (1994-2004) Merikangas (118)	13-18	De vida	11,7*		2,9	2,2	2,3	9,1	14,3	0,8		NCS-A DSM IV-CIDI
Chile (2007-9) Vicente (76)	12-18	12 Meses	6,9	0,1		2,6		3,9	7,0		16,5	DISC IV entrevistas
Puerto Rico (2000) Canino (59)	4-17	12 Meses	3,0	0,5		2,2	0,5	2,5		6,9	16,4	DSM IV-DISC IV
Gran Bretaña (2004) Green (62)	11-16	NE	1,4			1,2	0,4	0,5	5,0	4,4	11,5	DAWBA

* Este dato corresponde a depresión.

** Development and Well-Being Assessment.

En la tabla 5.99 se muestran las prevalencias de los trastornos mentales en adolescentes en Colombia, en el 2003 (23), que son similares con estudios epidemiológicos realizados en otros países. Para este año se destaca una prevalencia de 5,3 % para cualquier trastorno afectivo, con un porcentaje mayor en mujeres de 6,8 % frente a un 3,8 % en hombres. En el caso del trastorno depresivo mayor la prevalencia en mujeres fue de 6,5 % y en hombres de 3,5 %. Sin embargo, la prevalencia para distimia es casi nula; incluso los registros son menores para trastorno bipolar I y II, con un total para hombres y mujeres de un 0,9 %. Cabe señalar que en el estudio realizado en 2003, no se precisó en la prevalencia total de trastorno de pánico o fobia social. No obstante, sí se estimó una prevalencia de 5,5 % para cualquier trastorno de ansiedad entre los 13 y 17 años.

Respecto a la depresión, en el Estudio Nacional de Salud Mental de 1993 se encontró que de los grupos de mayor ries-

go de padecer depresión estaban las personas entre los 16 a 19 años de edad, con una proporción del 5,5 % (119). Al revisar los resultados de la ENSM del 2003 discriminados por sexo (tabla 5.99) se encuentra que la razón hombre-mujer es de aproximadamente 2:1 (23). En los resultados discriminados por escolaridad en el mismo estudio los adolescentes que abandonaron sus estudios académicos presentaron prevalencias de vida (15,4 %) y anuales (12,1 %), más del doble de la encontrada en los que permanecían en el colegio en el momento de la encuesta (6,0 % para toda la vida y 4,2 % para los últimos 12 meses) (23).

En el primer Estudio Poblacional de Salud Mental en Medellín, la prevalencia de vida para trastorno depresivo mayor en la edad de 13 y 18 años fue de 4,30; en los últimos 12 meses fue de 12,65, y en el último mes fue de 0,54 (41).

Respecto al trastorno de pánico, en el Estudio de Salud Mental de 1993 no lo evaluaron como tal, pero sí reportan

que el pánico, como síntoma, se encontró en el 29,2 % de la población estudiada, siendo más frecuente en el sexo femenino (119).

Los trastornos de ansiedad son las patologías mentales más frecuentes en los adultos, pero en niños y adolescentes la prevalencia también es alta (alrededor de 8 % en promedio con una variabilidad entre estudios del 2 % al 24 %) (65). Finalmente, respecto a la fobia social se ha descrito que el pico

de aparición se encuentra en la adolescencia temprana y tiene una mayor prevalencia en las mujeres (11). En otros reportes de Colombia se encuentra el estudio realizado en el 2005, en el Hospital de La Misericordia en Bogotá, el cual reportó que la fobia social en población adolescente fue el tercer motivo de consulta entre los trastornos de ansiedad (120), lo cual da una idea de la relevancia clínica que tiene este trastorno mental en los adolescentes.

Tabla 5.99. Prevalencia últimos 12 meses de trastornos mentales en adolescentes entre 13 y 17 años en la ENSM del 2003

Diagnóstico	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Cualquier trastorno afectivo	3,8	6,8	5,3
Trastorno depresivo mayor	3,5	6,5	5,0
Distimia	0,0	0,27	0,0
Trastorno afectivo bipolar I y II	0,8	0,9	0,9
Cualquier trastorno de ansiedad	3,5	7,5	5,5
Trastorno ansiedad generalizada	0,4	0,6	0,5
Trastorno de pánico	1,3*		
Fobia social	ND	ND	ND
Uno o más trastornos	11,4	13,3	12,4
Dos o más trastornos	4,1	3,4	3,7
Tres o más trastornos	0,8	2,1	1,5

*Prevalencia alguna vez en la vida.

ND: no hay datos.

Fuente: adaptado de ENSM 2003 (23).

4.2.4. Resultados

Para esta evaluación se utilizó el CIDI-CAPI (versión 21.1.3), que provee diagnósticos del DSM-IV. Aquí se presentan los resultados de las prevalencias de vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días de los trastornos agrupados y de forma individual, que se seleccionaron por tener una posible mayor prevalencia o impacto en salud pública y cuya medición con el instrumento empleado es confiable. Estos son: depresivo mayor, depresivo menor, distimia, afectivos bipolares, de pánico, de ansiedad generalizada y la fobia social. Para la discusión de los resultados se toma la prevalencia de 12 meses puesto que con ella se realizan habitualmente la mayoría de mediciones y la toma de decisiones en políticas públicas. La evaluación de los problemas en salud mentales por el uso de alcohol, los relacionados con la conducta alimenta-

ria y los síntomas producidos por la exposición a eventos traumáticos se presentan en el segmento tres de este capítulo.

4.2.4.1. Prevalencias nacionales por sexo y totales: de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días

En lo Colombia la prevalencia de vida de los trastornos mentales en población de 12 a 17 años evaluados en la ENSM 2015 es del 7,2 %, con una prevalencia en los hombres de 4,6 % y en las mujeres de 9,7 % (tabla 5.100). En los últimos 12 meses la prevalencia es del 4,4 %, con una distribución por sexo del 2,4 % para los hombres y el 6,3 % para las mujeres (tabla 5.101). En los últimos 30 días los resultados son del 2,5 % para el total nacional, y del 1,5 % y 3,4 % para hombres y mujeres respectivamente, pero estos dos últimos estimados tienen CVE mayor a 20 % lo que indica imprecisión de sus resultados (tabla 5.102).

Tabla 5.100. Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adolescentes de la población colombiana en toda la vida

Prevalencia de trastornos mentales en adultos	Hombre			Mujer			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Depresión mayor	1,0*	38,3	0,5-2,2	2,9*	26,1	1,7-4,8	2,0*	21,8	1,3-3,0
Depresión menor	0,2*	66,8	0,1-0,9	0,6*	37,7	0,3-1,2	0,4*	33,1	0,2-0,8
Distimia	0,1*	81,1	0,0-0,6	0,3*	99,9	0,0-2,0	0,2*	75,7	0,0-0,9
Cualquier trastorno depresivo	1,4*	32,1	0,7-2,6	3,4*	22,7	2,2-5,3	2,4	18,7	1,7-3,5
Trastorno bipolar I	0,6*	46,0	0,3-1,5	0,2*	78,7	0,0-0,9	0,4*	39,8	0,2-0,9
Trastorno bipolar II y otros bipolares no clasif.	0,2*	62,7	0,1-0,7	+	+	+	0,1*	62,7	0,0-0,4
Cualquier trastorno afectivo	2,1*	25,2	1,3-3,5	3,6*	21,9	2,4-5,6	2,9	16,7	2,1-4,0
Fobia social	3,0*	22,1	1,9-4,5	6,6	16,5	4,8-9,1	4,8	13,3	3,7-6,2
Trastorno de pánico	+	+	+	0,2*	75,8	0,1-1,0	0,1*	75,8	0,0-0,5
Trastorno de ansiedad generalizada	0,0*	100	0,0-0,2	0,6*	49,7	0,2-1,5	0,3*	47,9	0,1-0,8
Cualquier trastorno de ansiedad	3,0*	22,1	1,9-4,5	7,1	15,7	5,2-9,6	5,0	12,9	3,9-6,5
Cualquier trastorno mental	4,6	17,2	3,3-6,5	9,7	13,4	7,4-12,5	7,2	10,7	5,8-8,9

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: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

Tabla 5.101. Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adolescentes de la población colombiana los últimos 12 meses

Prevalencias trastornos mentales en adultos	Hombre			Mujer			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Depresión mayor	0,2*	57,7	0,1-0,7	1,4*	33,3	0,7-2,6	0,8*	29,7	0,5-1,4
Depresión menor	0,1*	100,1	0,0-0,5	0,3*	46,5	0,1-0,7	0,2*	42,2	0,1-0,4
Distimia	0,1*	81,1	0,0-0,6	0,3*	99,9	0,0-2,0	0,2*	75,7	0,0-0,9
Cualquier trastorno depresivo	0,4*	44,9	0,2-1,0	1,7*	28,7	0,9-2,9	1,0*	24,7	0,6-1,7
Trastorno afectivo bipolar I	+	+	+	0,2*	78,7	0,0-0,9	0,1*	78,6	0,0-0,4
Trastorno afectivo bipolar II y otros bipolares no clasif.	0,2*	62,7	0,1-0,7	+	+	+	0,1*	62,7	0,0-0,4
Cualquier trastorno afectivo	0,6*	36,5	0,3-1,3	1,8*	27,0	1,1-3,1	1,2*	22,2	0,8-1,9
Fobia social	1,9*	28,3	1,1-3,3	4,9	19,9	3,3-7,1	3,4	16,4	2,5-4,7
Trastorno de pánico	+	+	+	0,1*	100,1	0,0-0,5	0,0*	100,1	0,0-0,3
Trastorno de ansiedad generalizada	+	+	+	0,0*	100,1	0,0-0,3	0,0*	100,1	0,0-0,2
Cualquier trastorno de ansiedad	1,9*	28,3	1,1-3,3	5,0	19,5	3,4-7,2	3,5	16,2	2,5-4,7
Cualquier trastorno mental	2,4*	23,7	1,5-3,9	6,3	16,7	4,5-8,7	4,4	13,8	3,3-5,7

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: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del CVE alto.

Tabla 5.102. Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adolescentes de la población colombiana los últimos 30 días

Prevalencias trastornos mentales en adultos	Hombre			Mujer			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Depresión mayor	0,1*	83,0	0,0-0,7	0,1*	61,1	0,0-0,5	0,1*	50,6	0,1-0,4
Distimia	0,0*	100	0,0-0,2	+	+	+	0,0*	100	0,0-0,1
Cualquier trastorno depresivo	0,1*	83,0	0,0-0,7	0,1*	61,1	0,0-0,5	0,1*	50,6	0,1-0,4
Trastorno afectivo bipolar I	+	+	+	0,0*	100,1	0,0-0,3	0,0*	100	0,0-0,2
Trastorno afectivo bipolar II y otros bipolares no clasif.	0,0*	100	0,0-0,3	+	+	+	0,0*	100	0,0-0,1
Cualquier trastorno afectivo	0,2*	67,5	0,0-0,6	0,2*	52,3	0,1-0,5	0,2*	42,0	0,1-0,4
Fobia social	1,4*	34,4	0,7-2,6	3,2*	26,1	1,9-5,3	2,3*	21,1	1,5-3,4
Trastorno de ansiedad generalizada	+	+	+	0,0*	100	0,0-0,3	0,0*	100	0,0-0,2
Cualquier trastorno de ansiedad	1,4*	34,4	0,7-2,6	3,2*	25,8	1,9-5,3	2,3*	20,9	1,5-3,5
Cualquier trastorno mental	1,5*	31,5	0,8-2,8	3,4*	24,5	2,1-5,5	2,5	19,6	1,7-3,6

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: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra, dado el valor del CVE tan alto. Esta estimación puede no ser una estimación suficientemente confiable para el evento.

Nota 4: los estimados de trastornos depresivo menor y pánico para el periodo evaluado no se incluyen por no se encontró ningún caso.

Al evaluar los totales nacionales, los resultados de los trastornos agrupados en los últimos 12 meses indican que la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad es más alta que la de cualquier trastorno afectivo (3,5% frente a 1,2%) en esta población, pero el resultado de los trastornos afectivos es impreciso. En el mismo periodo el trastorno más prevalente en los adolescentes es la fobia social (3,4%) y la prevalencia en las mujeres es del 4,9%, es decir superior al estimado nacional. El segundo más prevalente en los últimos 12 meses es el trastorno depresivo mayor (0,8%) cuyo resultado también debe ser evaluado con precaución por tener un CVE mayor a 20% (tabla 5.101).

Los hallazgos detallados para toda la vida se presentan en la tabla 5.100, la prevalencia que cualquier trastorno depresivo es del 2,4% y de cualquier afectivo 2,9%, cuyos valores son inferiores a de cualquier trastorno de ansiedad que es del 5%. Todos los trastornos son más prevalentes en las mujeres, salvo los bipolares pero los resultados discriminados por sexo obtuvieron CVE superiores al 20% y deben ser evaluados con precaución pues pueden carecer de validez inferencial. El único resultado desagregado que es significativo es la prevalencia de fobia social en las mujeres adolescentes, cuya prevalencia de vida es 6,6%.

Respecto a los resultados de las prevalencias de los trastornos mentales evaluados en los últimos 30 días, los hallazgos son consistentes con las otras mediciones de periodo pero las prevalencias tanto de las agrupaciones por tipos de trastornos, como las de los trastornos individuales totales y por sexo son poco precisas. No se encuentran casos de depresión menor, ni de trastorno de pánico en la medición de este periodo (tabla 5.102).

4.2.4.2. Trastornos mentales: regiones, zona urbana o rural y pobreza

Los resultados discriminados por región, y pobreza en toda la vida, últimos 12 meses y los últimos 30 días para cualquier trastorno se presentan en la tabla 5.103. Se puede observar que en los últimos 12 meses la región con mayor prevalencia de cualquier trastorno mental es la Pacífica con un 6,3%, seguida de la región central (5,6%) y la oriental (5,2) y en toda la vida todas las regiones, salvo la Atlántica, las prevalencias están entre el 8,9% y el 8,5% y en los últimos 30 días la estimación más alta es para la región pacífica (3,6%). La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental es mayor en los adolescentes de la zona urbana (8,0%; CVE 11,7; IC95%: 6,3-10,0) que en los de la zona rural (5,0%; CVE 26,8; IC95%: 2,9-8,4) (gráfica 5.56).

Los estimados para la prevalencia de cualquier trastorno por pobreza en los tres periodos evaluados, calculado con el índice multidimensional de pobreza (IMP)¹ con su categorización de dos niveles, no indican diferencias significativas en las prevalencias de los trastornos mentales evaluados entre los adolescentes en condición de pobreza con los que no lo están. Para las prevalencias de los últimos 12 meses las personas entre 12 y 17 años que están en pobreza tienen una prevalencia del 5,1% y los que no lo están del 4,2%, la diferencia es un poco mayor en los últimos 30 días y la diferencia se invierte para toda la vida, cabe resaltar que los resultados de las personas en pobreza tienen CVE altos, que pueden explicar la variabilidad de los hallazgos.

En la gráfica 5.55 se presentan los resultados de pobreza por la categorización alterna del IMP² en cuatro niveles para toda la vida de la población entre 12 y 17 años en Colombia. Los adolescentes provenientes de hogares vulnerables a PMD tienen una mayor prevalencia de cualquier trastorno en la vida (8,1%; CVE 21,8; IC95 %: 5,2-12,2), seguido por los de hogares no vulnerables (7,9%; CVE 15,1; IC95 %: 5,9- 10,6), los que están en hogares en estado de pobreza (6,2%; CVE 26,9; IC95 %: 3,6-10,3) y los de hogares con acceso (5,5%; CVE 30,4; IC95 %: 3,0-9,9) tienen prevalencias menores al promedio nacional (7,2%; CVE 10,7; IC95 %: 5,8-8,9).

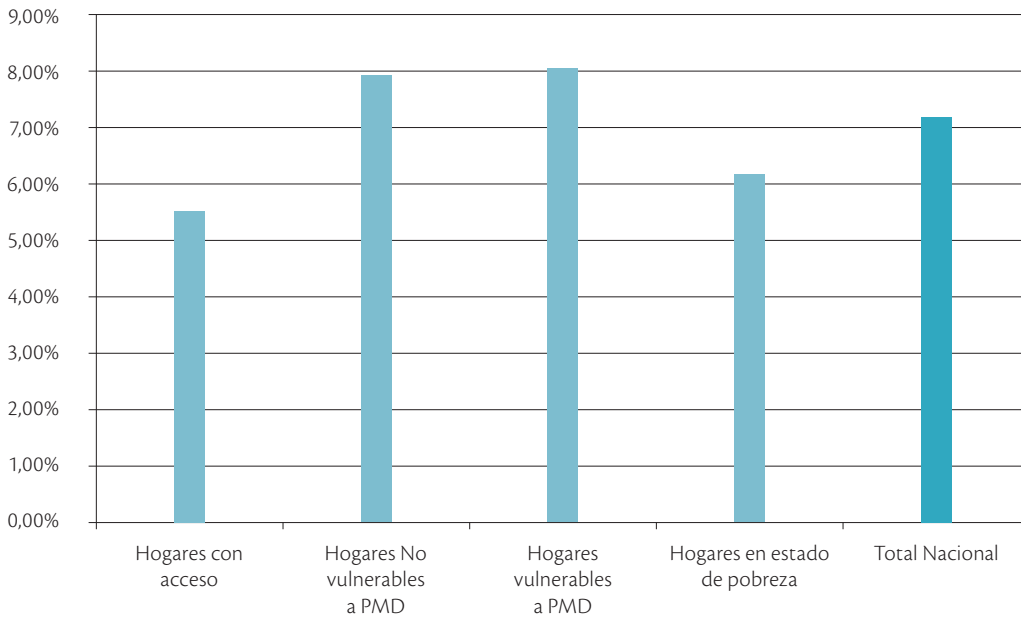
Tabla 5.103. Prevalencia de cualquier trastorno en adolescentes de la población Colombiana según región y situación de pobreza

Cualquier trastorno	Toda la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Región									
Central	8,6*	22,7	5,5-13,3	5,6*	30,0	3,1-10,0	3,3*	43,7	1,4-7,6
Atlántica	2,5*	31,1	1,3-4,5	1,0*	47,1	0,4-2,6	0,7*	59,7	0,2-2,4
Bogotá	8,5*	21,6	5,5-12,8	4,5*	28,1	2,6-7,7	2,6*	33,6	1,3-4,9
Oriental	8,9*	20,4	6,0-13,2	5,2*	24,3	3,2-8,3	2,6*	33,1	1,3-4,9
Pacífica	8,5*	24,1	5,3-13,5	6,3*	27,2	3,7-10,7	3,6*	39,8	1,6-7,8
Total	7,2	10,7	5,8-8,9	4,4	13,8	3,3-5,7	2,5	19,6	1,7-3,6
Pobreza									
No	7,5	11,5	6,0-9,4	4,2	14,7	3,1-5,5	1,9*	21,4	1,3-2,9
Sí	6,2*	26,9	3,6-10,3	5,1*	31,2	2,8-9,3	4,2*	36,1	2,1-8,4
Total	7,2	10,7	5,8-8,9	4,4	13,8	3,3-5,7	2,5	19,6	1,7-3,6

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del CVE alto.

1 Consiste en un número entre 0 y 1 que indica las limitaciones que tiene un individuo o familia con relación a tres dimensiones: salud, educación y condiciones de vida. A mayor IPM menos acceso a servicios o condiciones de vida.

2 Las categorías son: 1) "Pobreza multidimensional" IPM mayor a 0,33; 2) "Población vulnerable a pobreza multidimensional" hogares con un IPM menor a 0,33 y mayor o igual a 0,21, se refiere a aquellos hogares no pobres que tienen una mayor probabilidad de caer en pobreza multi-



Gráfica 5.55. Prevalencia de vida de cualquier trastorno mental por cuatro niveles de pobreza y el total nacional en población colombiana de 12 a 17

Nota: las barras de tono pálido indican que los estimados tienen un CVE > 20%.

Al igual que para cualquier trastorno, en las regiones ninguno de los estimados sobre cualquier trastorno del afecto (que incluye a los depresivos y bipolares) es preciso, y los CVE en su totalidad superan el 33%, en los últimos 12 meses y en la vida la región Pacífica tiene la prevalencia más alta de estos trastornos (tabla 5.104). La prevalencia de vida de cualquier trastorno del afecto es mayor en los adolescentes de la zona urbana (3,4%; CVE 18,3; IC95 %: 2,3-4,8) que en los de la zona rural (1,5%; CVE 39,0; IC95 %: 2,1-4,0) (gráfica 5.56).

Los estimados para la prevalencia de cualquier trastorno afectivo por pobreza en la población adolescente, de vida y

de los últimos 12 meses indican que es un poco mayor en las personas que no están en condición de pobreza según el Índice Multidimensional de Pobreza (3,3% y 1,3%) frente a las personas que sí lo están (1,7% y 1,0%) sin diferencias en los últimos 30 días; sin embargo, estos resultados deben ser evaluados con gran cautela pues los CVE son altos (tabla 5.104). Resultados similares se obtienen tanto de la desagregación por regiones como por pobreza cuando se analizan los datos para cualquier trastorno depresivo en los tres periodos evaluados (tabla 5.105).

dimensional; 3) "Población no vulnerable a pobreza multidimensional", compuesta por las familias con IPM mayor que cero e inferior a 0,21, que aunque registraron alguna limitación, no están cercanas a llegar a pobreza multidimensional, y 4) "Familias con acceso" a aquellas que reportaron 0 en el IPM, en razón a que de acuerdo con la encuesta se puede

afirmar que tienen acceso a condiciones dignas de vivienda, mercado laboral, cuidado de los menores y servicios de salud, pero no es posible afirmar que no presentan ningún tipo de limitación. El detalle de su formulación está registrado en el protocolo de la encuesta disponible en la página web del Ministerio de Salud.

Tabla 5.104. Prevalencia de cualquier trastorno del afecto en adolescentes de la población Colombiana según región y situación de pobreza

Cualquier trastorno	Toda la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Región									
Central	2,8*	36,7	1,4-5,7	1,3*	51,9	0,5-3,6	0,1*	100	0,0-0,7
Atlántica	0,9*	48,2	0,4-2,3	0,4*	72,6	0,1-1,5	0,2*	100	0,0-1,5
Bogotá	2,2*	33,5	1,2-4,3	1,3*	42,0	0,6-3,0	0,3*	59,9	0,1-1,0
Oriental	4,4*	32,0	2,3-8,1	1,3*	49,2	0,5-3,4	0,2*	100	0,0-1,1
Pacífica	4,5*	32,3	2,4-8,4	2,2*	38,0	1,0-4,5	0,2*	100	0,0-1,1
Total	2,9	16,7	2,1-4,0	1,2*	22,2	0,8-1,9	0,2*	42,0	0,1-0,4
Pobreza									
No	3,3	18,3	2,3-4,7	1,3	25,1	0,8-2,1	0,1*	47,9	0,1-0,4
Sí	1,7*	39,9	0,8-3,7	1,0*	47,6	0,4-2,6	0,3*	75,2	0,1-1,3
Total	2,9	16,7	2,1-4,0	1,2	22,2	0,8-1,9	0,2	42,0	0,1-0,4

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, pues tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra.

Tabla 5.105. Prevalencia de cualquier trastorno depresivo en adolescentes de la población Colombiana según región y situación de pobreza

Cualquier trastorno	Toda la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Región									
Central	2,0*	44,1	0,9-4,8	1,2*	55,5	0,4-3,6	+	+	+
Atlántica	0,9*	48,2	0,4-2,3	0,4*	72,6	0,1-1,5	0,2*	100,0	0,0-1,5
Bogotá	1,7*	38,9	0,8-3,6	1,2*	45,3	0,5-2,8	0,2*	71,4	0,0-0,7
Oriental	4,4*	32,0	2,3-8,1	1,3*	49,2	0,5-3,4	0,2*	100,1	0,0-1,1
Pacífica	3,3*	40,2	1,5-7,1	1,2*	48,9	0,5-3,2	0,2*	100,1	0,0-1,1
Total	2,4	18,7	1,7-3,5	1,0*	24,7	0,6-1,7	0,1*	50,6	0,1-0,4
Pobreza									
No	2,7	20,7	1,8-4,0	1,1	28,2	0,6-1,8	0,1*	54,3	0,0-0,3
Sí	1,6*	41,9	0,7-3,6	0,9*	51,5	0,3-2,6	0,2*	100	0,0-1,5
Total	2,4	18,7	1,7-3,5	1,0	24,7	0,6-1,7	0,1	50,6	0,1-0,4

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, pues tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

En la tabla 5.106 se presentan los resultados de la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad en adolescentes por región y pobreza. Los estimados de la desagregación por regiones tienen CVE mayor a 20%; sin embargo, son la mejor

aproximación que hay para evaluar la situación regional. La prevalencia de vida más alta es la de Bogotá (7,0%), seguida por la de la región Central (6,4%), superando el valor nacional (5,0%). Para los últimos 12 meses las prevalencias más alta

tienen en su orden las regiones Pacífica, Oriental y Central, con porcentajes de 4,7, 4,5 y 4,3 %, respectivamente. Las prevalencias en los últimos 30 días son similares en todas las regiones con el valor más bajo en la región Atlántica (0,5 %). La

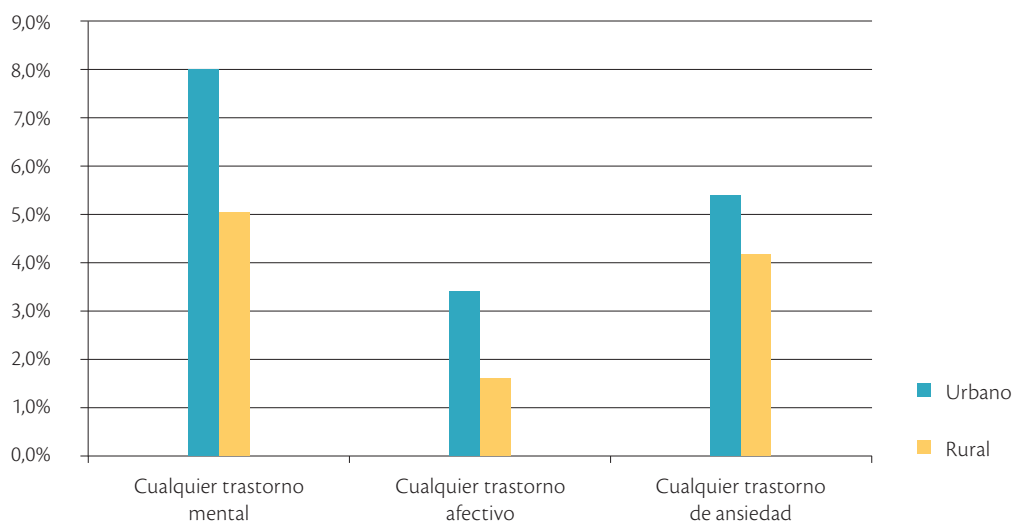
prevalencia de vida de cualquier trastorno de ansiedad es mayor en los adolescentes de la zona urbana (5,4 %; CVE 14,1; IC95 %: 4,1-7,1) que en los de la zona rural (4,1 %; CVE 31,2; IC95 %: 2,2-7,5), pero esta diferencia es pequeña (gráfica 5.56).

Tabla 5.106. Prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad en adolescentes de la población colombiana según región y situación de pobreza

Cualquier trastorno	Toda la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Región									
Central	6,4*	27,3	3,7-10,8	4,3*	36,3	2,1-8,6	3,2*	45,0	1,3-7,6
Atlántica	1,6*	40,5	0,7-3,4	0,7*	60,7	0,2-2,3	0,5*	73,7	0,1-2,2
Bogotá	7,0*	24,2	4,3-11,2	3,7*	31,5	2,0-6,8	2,2*	37,2	1,1-4,6
Oriental	6,0*	23,5	3,8-9,4	4,5*	26,0	2,7-7,4	2,4*	34,7	1,2-4,7
Pacífica	5,1*	32,1	2,7-9,5	4,7*	34,4	2,4-9,0	3,5*	41,3	1,5-7,7
Total	5,0	12,9	3,9-6,5	3,5	16,2	2,5-4,7	2,3*	20,9	1,5-3,5
Pobreza									
No	4,9	13,9	3,7-6,5	3,1	17,4	2,2-4,3	1,8*	22,8	1,1-2,8
Sí	5,4*	29,9	3,0-9,6	4,7*	33,7	2,4-8,9	3,9*	38,6	1,8-8,2
Total	5,0	12,9	3,9-6,5	3,5	16,2	2,5-4,7	2,3	20,9	1,5-3,5

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, pues tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.



Gráfica 5.56. Prevalencia de vida de los trastornos mentales evaluados población adolescente de 12 a 17 años por zona urbana o rural en Colombia

Nota: las estimaciones de la zona rural tienen un CVE mayor al 20%.

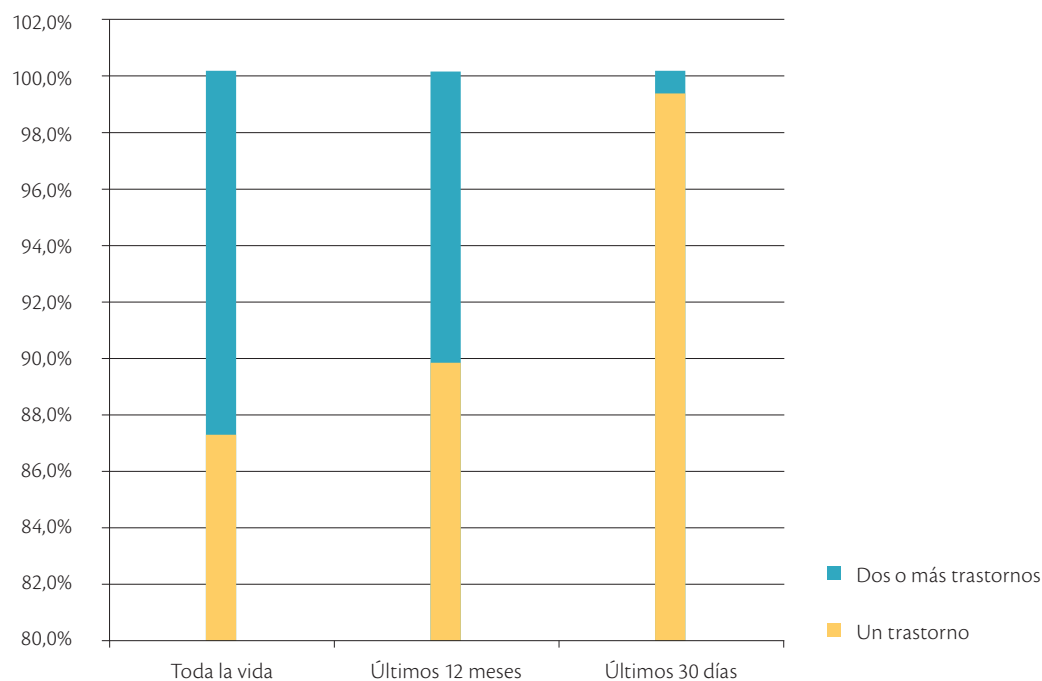
Las prevalencias de cualquier trastorno de ansiedad, en los tres periodos medidos en los adolescentes (de vida 5,4 %, últimos 12 meses 4,6 % y últimos 30 días 3,9 %), son mayores que las prevalencias de aquellos que no estaban en condiciones de pobreza según el índice multidimensional (4,9 %, 3,1 % y 1,8 %, respectivamente). De igual forma los estimados de los sujetos en pobreza tuvieron CVE mayor a 20 %.

4.2.4.3. Comorbilidad

En la gráfica 5.57 se presentan los resultados de la frecuencia de comorbilidad en población adolescente en Colombia. El

12,6 % (CVE 28,0; IC95 %: 7,1-21,4) de los adolescentes tiene dos o más trastornos en toda la vida; para aquellos que han tenido cualquier trastorno en los últimos 12 meses, el 10,2 % (CVE 41,9; IC95 %: 4,3-22,2) tiene dos o más de los evaluados.

La comorbilidad es más frecuente en las mujeres en ambos periodos (13,5 % y 12,2 % respectivamente) frente al 10,8 % para toda la vida y el 4,7 % en los últimos 12 meses en los hombres (tabla 5.107). Los estimados de las frecuencias de comorbilidad son imprecisos y deben ser evaluados con cautela. Los estimados para la frecuencia de un solo trastorno son confiables.



Gráfica 5.57. Distribución porcentual de uno y dos o más de los trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses en población infantil de 12 a 17 años en toda la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días

Nota 1: las estimaciones de dos o más trastornos tienen un CVE mayor al 20 %.
 Nota 2: el valor porcentual en la gráfica inicia en 80 %.

Tabla 5.107. Frecuencia de la comorbilidad entre los trastornos mentales evaluados en población colombiana entre los 12 y 17 años por sexo

Número de trastornos (respecto a las personas que tienen cualquier trastorno)		Toda la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Hombres	1 trastorno	89,2	6,3	72,2-96,3	95,3	4,0	79,1-99,1	98,4	1,7	87,8-99,8
	2 o más trastornos	10,8*	52,1	3,7-27,8	4,7*	81,2	0,9-20,9	1,6*	104,2	0,2-12,2
Mujeres	1 trastorno	86,5	5,2	75,0-93,2	87,8	6,4	71,7-95,3	100,0	0,0	-
	2 o más trastornos	13,5*	33,3	6,8-25,0	12,2*	46,1	4,7-28,3	+	+	+
Total	1 trastorno	87,4	4,1	78,6-92,9	89,8	4,7	77,8-95,7	99,5	0,5	96,3-99,9
	2 o más trastornos	12,6*	28,0	7,1-21,4	10,2*	41,9	4,3-22,2	0,5*	102,3	0,1-3,7

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, pues tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

4.3. Suicidio en adolescentes

La conducta suicida es una secuencia de eventos denominada *proceso suicida* que se da de manera progresiva en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado (121).

4.3.1. Factores asociados

En los adolescentes, los episodios depresivos se asocian con trastornos disociales, de la conducta alimentaria, ansiedad, por déficit de atención y relacionados con sustancias. A su vez, la consecuencia más grave de un trastorno depresivo es la tentativa de suicidio y el suicidio consumado (122). A la depresión usualmente se le asocian eventos vitales estresantes que pueden ser detonantes de intentos de suicidio como: peleas con los padres, separación, rompimiento con la pareja, cambio de vivienda, suicidios de terceros, entre otros (123).

Los factores familiares asociados de manera más fuerte son los relacionados con su madre sea ansiosa, con trastornos de personalidad de la madre o antecedente de intento de suicidio. También el maltrato físico por parte de la madre es un factor asociado relevante. En cuanto al padre, se han asociado consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de personalidad (122). Algunos estudios de autopsias psicológicas; sin embargo, plantean de manera general ciertos antecedentes familiares como factores de riesgo para suicidio en

adolescentes, entre ellos: historia de suicidio en la familia, relaciones distantes con los padres o no tener ningún tipo de contacto con ellos, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, enfermedad mental o divorcio de los padres (124). El abuso sexual, el maltrato y la falta de satisfacción de necesidades básicas se han considerado también factores de riesgo asociados (125).

El consumo de sustancias del adolescente se encuentra asociado al riesgo de suicidio, particularmente la cocaína y la heroína (122). Otros factores de riesgo individuales son: recientes dificultades disciplinarias, pérdidas interpersonales, problemas en la escuela y falta de actividades (sin empleo ni asistencia a una institución educativa) (124).

Como tendencia global, los hombres tienen más suicidios consumados, y las mujeres, más intentos. Por otro lado, se ha demostrado que el principal signo de alerta son los intentos de suicidio previos. Aunque todavía no hay datos para establecer una relación clara, el fenómeno del matoneo en Colombia es cada vez más visible y son necesarios estudios epidemiológicos para establecer la posible relación. Finalmente, los suicidios de indígenas se han incrementado drásticamente en los últimos años, sobre todo en algunas comunidades (como la embera katio), donde se ha convertido en una práctica común, que puede asociarse a la sensación de desesperanza que alberga esta población asociada al conflicto armado y sus consecuencias (123).

En cuanto al método utilizado para los intentos de suicidio, un estudio en Argentina logró establecer que la mayoría

de las veces se encuentra en casa (medicamentos, sogas, cáusticos o armas) y concluyeron en su muestra que el más frecuente fue el consumo de medicamentos, en especial de psicofármacos, lo cual concuerda con otros estudios en la literatura (126).

4.3.2. Impacto

Las tasas de suicidio en adolescentes aumentan con la edad, son una de las causas de muerte más frecuente en este grupo y se ha constituido en un problema de salud pública en el mundo. A pesar de las variaciones de cifras en los diferentes países (124), es la tercera causa de muerte en jóvenes estadounidenses (121). Por otro lado, el trastorno depresivo mayor se puede presentar desde la adolescencia e incrementa el riesgo de alteraciones en la conducta y suicidio (122). Colombia presenta unas tasas de suicidio menores a las de Chile y Argentina, y bastante menores a las de países de Norteamérica y Europa. En general, representa la cuarta causa de muerte violenta (en comparación a otros lugares donde es segunda o tercera); sin embargo, es importante tener en cuenta que esto puede estar relacionado con una mayor tasa de homicidios (123).

Estudios de autopsias psicológicas han encontrado que entre el 81 % y el 95 % de los niños y adolescentes que fallecieron por suicidio tenían una patología mental. Otros estudios que comparan individuos jóvenes con enfermedades mentales con la población general han logrado establecer que la razón de disparidad para suicidio va desde el 12 % hasta el 35 % si hay patología (124). Algunos estudios de seguimiento de adolescentes con intento de suicidio plantean que el 10 % de los individuos que han realizado intentos de suicidio se suicidarán en los siguientes 10 años (127). Adicionalmente, la mayoría de adolescentes y niños con intento de suicidio no solo presentan patología mental e intentos previos, sino que se ha encontrado que no han recibido tratamiento ni seguimiento adecuado (126).

Uno de los boletines del Instituto Nacional de Medicina Legal de 2013 reporta que para ese año la tasa general de suicidios en Colombia (en los últimos cinco años) se había mantenido entre 4 y 4,1; mientras que aquella de menores entre

5 y 18 años pasó de 1,57 en 2008 a 1,75 en 2012 (18 casos más), lo cual plantea que es una cifra lo suficientemente alta como indagar qué está sucediendo para que más jóvenes decidan quitarse la vida. Entre enero y agosto de 2013 se presentaron 109 suicidios de menores entre 5 y 17 años (solo 2 de ellos de los 5 a los 9 años) (123).

Dado el creciente riesgo de suicidio con la edad, los adolescentes son el principal grupo etario para las intervenciones de prevención (124). Una prevención efectiva implica la comprensión de los factores de riesgo relacionados sociales, situacionales, familiares e individuales (incluidos los problemas y trastornos mentales).

4.3.3. Estudios epidemiológicos

De acuerdo con las estadísticas de la OMS, la tasa promedio mundial de suicidios por 100.000 habitantes para 1995 era 0,5 para mujeres y 0,9 para hombres en el grupo entre 5 y 14 años; entre tanto, las tasas respectivas entre los 15 y 24 años eran de 12 y 14,2. En los últimos años, las tasas de suicidio en jóvenes han aumentado en varios países europeos, Nueva Zelanda y Australia, que se relaciona con el incremento de hombres que presentan suicidio consumado. En Estados Unidos y Finlandia, desde 1995, las tasas posteriores a un aumento han disminuido, posiblemente, gracias al control del acceso a métodos letales como las armas de fuego (124).

En el estudio de salud mental de adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia, con una muestra de 1586, el 11 % de los adolescentes informó haber pensado seriamente la posibilidad de suicidarse, con un pico para los hombres entre los 12 y 13 años, y para las mujeres entre los 14 y 15 años (122).

La tabla 5.108 corresponde a la prevalencia de ideación, plan e intento de suicidio en la vida y en los últimos 12 meses. En la tabla 5.109 se presentan las tasas de suicidio por 100.000 en adolescentes entre 15 y 19 años en diferentes países (124). Respecto a la intención suicida en algunas muestras de Estados Unidos, la prevalencia de vida de intento de suicidio va de 5,6 a 8,9. En áreas metropolitanas de Canadá, la prevalencia de vida de autolesión no suicida es del 15 (128); en Sudáfrica la prevalencia de intento en el último mes de suicidio fue de 3,2: de plan, de 5,8, y de ideación, de 7,2 (129).

Tabla 5.108. Prevalencia de vida y en el último año de indicadores de conducta suicida Colombia 2003

Variables sociodemográficas		Prevalencia en la vida			Prevalencia en los últimos 12 meses en		
		Ideación suicida	Plan suicida	Intento de suicidio	Ideación suicida	Plan suicida	Intento de suicidio
Sexo	Hombre	7,3	1,3	1,6	1,8	0,3	0,3
	Mujer	13,8	5,9	7,2	7,1	3,2	3,6
Situación escolar	Todavía en el colegio	9,3	3,3	3,8	4,2	1,8	1,8
	Graduado	12,2	6,0	3,2	7,4	2,9	1,7
	Dejó/abandonado	12,2	4,2	8,5	4,0	1,1	3,3
	Temporalmente abandonó	29,2	4,7	9,3	6,5	1,1	2,2
Total		10,6	3,6	4,4	4,5	1,7	2,0

Fuente: adaptado de Torres y colaboradores (122).

Tabla 5.109. Promedio (de dos años) de la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes en adolescentes

País	Año 1			Año 2			Media de 2 años	
	Año	Hombres	Mujeres	Año	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Australia	1998	16,3	5,6	1997	18,7	5,2	17,5	5,4
Canadá	1997	19,8	5,5	1996	18,4	4,2	19,1	4,9
Estonia	1999	35,1	11,4	1998	22,4	3,8	28,8	7,6
Finlandia	1998	23,2	5,6	1997	25,2	5,6	24,2	5,6
Francia	1998	7,9	2,6	1997	7,2	3,1	7,6	2,9
Italia	1997	17,0	4,2	1996	14,9	5,4	16,0	4,8
Japón	1997	6,9	2,8	1996	6,6	3,0	6,8	2,9
Estados Unidos	1998	14,6	2,9	1997	15,2	3,4	14,9	3,2
Rusia	1998	34,0	8,5	1997	35,0	8,5	34,5	8,5
Reino Unido	1999	6,5	1,8	1997	6,0	2,1	6,3	2,0

Fuente: adaptado de Pelokonen y Marttunen (124).

4.3.4. Resultados

En cuanto a los resultados de suicidio en adolescentes colombianos, se encuentra una proporción de ideación suicida total del 6,6%, distribuida en 7,4% en adolescentes mujeres y 5,7% en hombres; el valor estimado para adolescentes hombres tiene un CVE mayor del 20%. Por otra parte, el plan suicida está presente en el 1,8% de los adolescentes, siendo 2,5%

en mujeres y 1,0% en hombres. Para este desenlace la precisión fue baja con un CVE mayor al 20%. Finalmente, el paso a intento de suicidio se da en 2,5% de los adolescentes (2,9% en mujeres y 2,1% en hombres).

La proporción de adolescentes que han intentado suicidarse con respecto a quienes han pensado en hacerlo es del 37,6% (tabla 5.110).

Tabla 5.110. Conducta suicida en adolescentes

Conducta suicida	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Ideación suicida	5,7*	22,7	3,7-8,9	7,4	16,7	5,3-10,2	6,6	13,6	5,0-8,6
Plan suicida	1,0*	57,1	0,3-2,9	2,5*	34,1	1,3-4,9	1,8*	29,3	1,0-3,1
Intento de suicidio	2,1*	43,8	0,9-4,9	2,9*	31,5	1,5-5,3	2,5*	25,8	1,5-4,1
Intento suicida en los adolescentes que han planeado	36,3*	33,2	16,9-61,6	38,5*	23,3	22,8-56,9	37,6	19,3	24,6-52,6

Nota: los indicadores con (*) indican CVE mayores a 20, por lo que deben ser interpretados con precaución.

La información con respecto al plan suicida e intento de suicidio, incluyendo el tipo de intento, método y número de intentos, no se reporta por baja precisión del estimativo, al igual que las desagregaciones por región, escolarización o pobreza.

4.4. Trastornos mentales en adultos

Los trastornos mentales comprenden un grupo amplio de condiciones que se caracterizan por la alteración del pensamiento, las percepciones, las emociones, el comportamiento o la relación con el medio, y limitan el desenvolvimiento social, laboral, familiar y personal. Entre los grupos de enfermedades se encuentran los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, otras psicosis, las demencias, la discapacidad intelectual, los trastornos del desarrollo como el autismo y otros (130). Su clasificación se define según las características que se alteran en cada dominio del funcionamiento mental; esto permite la estandarización en el diagnóstico, así como facilita la práctica clínica, la investigación y la gestión en salud (16).

En esta encuesta se evalúan en los adultos los trastornos depresivos (mayor, distimia y menor), trastorno afectivo bipolar I, II y otros no clasificados, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, cuyas principales características clínicas son:

- Los trastornos depresivos se caracterizan por la presentación de episodios de longitud temporal variable, según el tipo de trastorno, en los que el sujeto experimenta ánimo triste y pérdida de interés en las actividades que antes eran placenteras la mayor parte del tiempo. Estos síntomas suelen acompañarse de síntomas somáticos como las altera-

ciones en el apetito y en el sueño; síntomas cognitivos como la falta de concentración, pérdida de confianza en sí mismo, ideas negativas hacia el futuro, de culpa o de suicidio, entre otros. Estas condiciones alteran las actividades usuales del individuo, porque disminuyen su funcionalidad y la gravedad depende de la cantidad, la magnitud de síntomas y el grado de compromiso funcional (16).

- El trastorno afectivo bipolar se identifica por la presencia de episodios de cambios en el afecto que pueden fluctuar desde el tipo depresivo a manía o tener episodios en los que se presentan ambos tipos de síntomas, pasando por estados intermedios de estos y en muchos casos regresando al estado afectivo basal del sujeto (131). Dependiendo de las características de los episodios, el trastorno se clasifica en distintos tipos. Los más frecuentes son el I y el II. El tipo I es el clásico, que consiste en virajes entre episodios de depresión y de manía, los cuales pueden estar o no asociados con síntomas psicóticos. El tipo II se caracteriza por presentar episodios de hipomanía, que se diferencian de la manía por tener menos compromiso en la funcionalidad de los pacientes y sin presencia de episodios psicóticos, pero deben ir precedidos o seguidos de al menos un episodio de depresión mayor. Adicionalmente, existe otros tipos que no cumple los criterios para ser clasificado en ninguno de los grupos anteriores pero presentan alteraciones en el estado del ánimo de carácter expansivo (2).
- El trastorno de ansiedad generalizada se manifiesta con la presencia de ansiedad global y persistente, que no está limitada a circunstancias particulares. Los síntomas más frecuentes son la presencia de preocupación excesiva ante muchas circunstancias, síntomas de hiperactivación (incluida inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irri-

tabilidad, tensión muscular y problemas de sueño) y de manera fluctuante síntomas neurovegetativos como sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. Estos síntomas causan un malestar significativo y un deterioro marcado en el funcionamiento global de los pacientes (2,16).

- El trastorno de pánico se define por la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico o angustia); no está limitado a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares, aparece en circunstancias en las que no hay peligro real y se acompaña de síntomas neurovegetativos, como palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, sudoración, mareo o vértigo, y sensación de irrealidad asociados a cogniciones catastróficas como temor a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar de 10 a 15 minutos y los síntomas en las crisis se hacen tan intensos que los pacientes suelen experimentar temor a presentar nuevas crisis y debe haber un cambio significativo del comportamiento como consecuencia de las crisis (16). Generalmente, el curso del trastorno es crónico y fluctuante, y tiene una elevada limitación funcional (132). La prevalencia es mayor en mujeres en comparación con los hombres en una proporción 2:1, aproximadamente (132).
- La fobia social consiste en temor a ser juzgado por otras personas. Esto lleva a evitar situaciones que requieran diferentes tipos de interacción con otros. Suele acompañarse de baja autoestima, miedo a ser criticado, miedo a ruborizarse, temblor, náuseas o necesidad imperiosa de

micción en los momentos en que se relaciona con otras personas. Los síntomas pueden desembocar en una crisis de pánico. Existe una amplia gama de conductas de evitación en la cual en los casos más severos puede haber aislamiento social. Para el diagnóstico se requiere: síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos; manifestaciones de la ansiedad, y no secundarias a otros síntomas (ideas delirantes u obsesivas). Esta ansiedad se limita a situaciones sociales concretas y determinadas y la situación fóbica es evitada cuando es posible (16).

4.4.1. Factores asociados a los trastornos mentales en adultos

Es de conocimiento general que tanto las características individuales de los sujetos como las circunstancias ambientales están involucradas en la génesis de los trastornos mentales. Se han descrito factores como la carga genética, el funcionamiento psíquico (la capacidad de regular los pensamientos, las emociones, los comportamientos y la interacción con los otros) y otros como: la pobreza, las comorbilidades médicas, el bajo nivel educativo, la historia de algún tipo de abuso o negligencia durante la infancia, el uso de sustancias psicoactivas desde la adolescencia o infancia o pertenecer a grupos minoritarios ponen en riesgo al individuo de presentar enfermedades mentales (133-135). Para cada tipo de trastorno se han descrito multiplicidad de factores, en la tabla 5.111 se listan los principales factores de riesgo reportados en la literatura para cada uno de los trastornos evaluados en esta encuesta.

Tabla 5.111. Factores de riesgo de los trastornos mentales

Trastornos/grupo de trastornos/episodios	Factores de riesgo o asociados
Depresión (136,137)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo femenino • Historia personal de episodios depresivos • Historia familiar de depresión • Desempleo • Separación conyugal • Eventos vitales estresantes • Abuso y dependencia de sustancias • Consultas a menudo al sistema de salud • Enfermedades médicas crónicas especialmente, cuando hay compromiso de la funcionalidad: <ul style="list-style-type: none"> – Enfermedad cardiovascular – Diabetes – Enfermedades que producen dolor crónico – Trastornos neurológicos

Trastornos/grupo de trastornos/episodios	Factores de riesgo o asociados
Depresión (136,137)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades médicas graves • Otros trastornos psiquiátricos: <ul style="list-style-type: none"> – Trastornos de ansiedad – Trastornos de personalidad • Épocas de cambios hormonales: embarazo y menopausia • Historia de intentos de suicidio • Sedentarismo • Alteraciones cognitivas
Trastornos bipolares (103,138,139)	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar del trastorno: <ul style="list-style-type: none"> – Gemelos monocigóticos – Padres que tienen el trastorno – Gemelos dicigóticos • Antecedente de un episodio traumático • Vivir en áreas de escasos recursos • Haber sido maltratado en la infancia
Trastorno de ansiedad generalizada (132,140)	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de otro trastorno de ansiedad • Antecedente de episodios depresivos • Patologías médicas crónicas • Consumo de sustancias psicoactivas
Trastorno de pánico (141,142)	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de cualquier tipo de trastorno afectivo • Antecedente de otros trastornos de ansiedad asociados a una reducida capacidad de afrontamiento • Episodio de pánico subclínicos en el último año • Alcoholismo • Trastornos de personalidad (en especial los pertenecientes al grupo C) • Historia familiar de trastorno mental • Presencia de conflictos interpersonales (factores desencadenantes) • La viudez, las separaciones o divorcios (desencadenantes) • Enfermedades físicas (desencadenantes)
Fobia social (2)	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de rasgos de temperamento con tendencia a la inhibición del comportamiento • Miedo a la evaluación negativa • Maltrato infantil • Factores genéticos (parientes de primer grado con el trastorno) • Factores fisiológicos

4.4.2. Impacto

En el mundo, en 2010 las enfermedades mentales fueron la primera causa de años vividos con discapacidad y contribuyen al 7,4 % de los años de vida ajustados por discapacidad, siendo solo menor que los producidos por las enfermedades cardiovasculares, cáncer y todos los tipos de lesiones. Estos han aumentado en la medida en que disminuyen los producidos por enfermedades transmisibles (143). Al discriminar por los diferentes trastornos se estableció que el trastorno depresivo mayor fue la segunda causa de años vividos con discapacidad, al contribuir con el 8,2 % de los años globales, y la distimia generaba un 1,4 % de carga adicional (144), los trastornos de ansiedad ocuparon el sexto lugar como causa de incapacidad,

tanto en países de altos ingresos como en los países de medianos y bajos ingresos y fueron responsables de la pérdida de 390 años de vida saludables (años ajustados por discapacidad [AVAD]) por cada 100.000 personas, el trastorno afectivo bipolar causa más años de vida ajustados por discapacidad que la ansiedad, y la carga que genera ha aumentado (145).

Adicionalmente, el trastorno depresivo mayor también genera un impacto negativo, pues las personas que la padecen tienen un mayor riesgo de suicidio y muerte por enfermedad coronaria (146). El trastorno afectivo bipolar tiene una comorbilidad con otras patologías hasta en el 70 % de los casos, dentro de las que se encuentran los trastornos de ansiedad, el abusos de sustancias psicoactivas y un mayor riesgo

de suicidio (147-149), al igual que el trastorno de ansiedad generalizada en la que se ha descrito comorbilidad con los trastornos depresivos, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas (150), y se ha calificado este trastorno como un factor de riesgo para los desenlaces negativos de las patologías comórbidas (151-153). Finalmente, la fobia social incrementa el riesgo de otros trastornos mentales, como la depresión y la dependencia a sustancias (130).

En el plano individual, las personas con enfermedad mental son víctimas de estigmatización y discriminación, tienen mayor dificultad para acceder a los servicios de salud, encuentran mayores barreras cuando intentan acceder a la educación o al trabajo y son vulnerados sus derechos (154). En el caso particular de la fobia social, la presencia del trastorno se asocia con tasas elevadas de abandono escolar y con altera-

ciones del bienestar, el empleo, la productividad laboral, el nivel socioeconómico y la calidad de vida (2). Conlleva unos costos elevados, toda vez que afecta la obtención de logros académicos, incrementa la dependencia financiera, disminuye la productividad laboral y produce compromiso social y disminución de la calidad de vida.

4.4.3. Estudios epidemiológicos

La epidemiología de los trastornos mentales ha sido ampliamente estudiada en el mundo y en Colombia. Los estudios han sido realizados con multiplicidad de instrumentos y conducen a una amplia variabilidad en los hallazgos entre los diferentes países. En la tabla 5.112 se resumen los hallazgos de las prevalencias en los diferentes países, incluidos los resultados del estudio previo en Colombia.

Tabla 5.112. Prevalencias de cualquier trastorno mental en el mundo

País	Año	Tipo de prevalencia	Resultados		
			Hombres	Mujeres	Total
Colombia	2003*** (155)	De vida	41,0	39,5	40,1
		Últimos 12 meses	15,6	16,3	16,0
		Últimos 30 días	5,8	8,7	7,8
Grecia	2009** (134)	Última semana	10,8	17,2	14,1
Hong Kong	2010** (156)	Última semana	9,4	16,9	-
México	2001-2003* (157)	Últimos 12 meses	-	-	12,2
EE. UU.			-	-	26,4
Francia			-	-	18,4
Alemania			-	-	9,1
Italia			-	-	8,2
España			-	-	9,2
Japón			-	-	8,8
Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos y España	2000* (158)	Últimos 12 meses	12,0	9,6	7,1
		De vida	21,6	28,1	25,0

* Criterios CIE-10; ** CIS-R; *** CIDI-CAP1 15.

En Colombia, el estudio del 2003, tuvo en cuenta los trastornos del estado del ánimo, de ansiedad incluyendo las fobias, relacionados con sustancias psicoactivas, trastornos de inicio de la infancia, de alimentación, entre otros (155). La prevalencia de vida fue más alta en los hombres debido a que

estos presentaron una mayor frecuencia de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, contrario a las otras enfermedades en las que las mujeres tuvieron prevalencia de más alta (155), mientras que los otros países las prevalencias globales de trastornos mentales fueron más altas para las

mujeres. Debe tenerse en cuenta que en los dos estudios que utilizan la entrevista CIS-R se observa una prevalencia alta de problemas en la última semana; esto se puede deber a que esta entrevista cubre problemas y trastornos mentales (156). En cuanto a los reportes de los trastornos específicos en Colombia, hay reportes de los estudios de salud mental previos que se resumen en las tablas 5.113 y 5.114 se presentan los resultados de los estudios epidemiológicos de otros países.

Respecto a los trastornos depresivos reportados en el estudio de 1993 se utilizó la Escala de Zung para ansiedad y depresión como instrumento de medición (159), y esto

explicaría la alta prevalencia de este trastorno, esto es más congruente con problemas o posibles trastornos. Estudios regionales sobre este trastorno en Colombia muestran para Medellín, en 2011 y 2012, que al aplicar el CIDI-CAPI hubo una prevalencia en los últimos 30 días de 0,63 %, con una razón por sexo (mujeres: hombres) de 2: 6; en los últimos 12 meses, de 1,62 %, con razón por sexo de 3,4 %; y de vida, de 5,69 % con razón por sexo de 2,2 % (161). Y en Santander, con una evaluación de tamizaje se encontró que el 15,1 % de la población tenía un alto riesgo de presentar depresión (162).

Tabla 5.113. Prevalencias de los trastornos mentales específicos en Colombia por sexo en estudios epidemiológicos previos

Tipo de trastorno o de síntomas	Año	Tipo de prevalencia	Resultados en porcentajes		
			Hombres	Mujeres	Total
Síntomas de depresión	1993* (159)	De punto	21,4	33,5	25,1
Trastorno depresivo mayor	2001** (160)	Últimos 12 meses	6,2	12,0	10,0
		Últimos 30 días	5,3	10,2	8,5
	2003*** (155)	De vida	8,6	14,9	12,1
		Últimos 12 meses	3,5	7,3	5,6
Trastorno depresivo menor	2003*** (155)	Últimos 30 días	0,7	2,8	1,9
		De vida	1,6	2,0	1,8
		Últimos 12 meses	0,5	0,9	0,7
Trastorno distímico	2003*** (155)	Últimos 30 días	0,1	0,3	0,2
		De vida	0,6	0,7	0,7
		Últimos 12 meses	0,5	0,5	0,5
Trastorno Bipolar I	2003*** (155)	Últimos 30 días	0,1	0,2	0,1
		De vida	2,1	1,5	1,8
		Últimos 12 meses	0,7	0,9	0,8
Trastorno Bipolar II	2003*** (155)	Últimos 30 días	0,1	0,1	0,1
		De vida	0,2	0,2	0,2
		Últimos 12 meses	0,1	0,1	0,1
Trastorno de ansiedad Generalizada	2003*** (155)	Últimos 30 días	0,0	0,0	0,0
		De vida	1,5	1,2	1,3
		Últimos 12 meses	0,9	0,5	0,7
Trastorno de Pánico	2003*** (155)	Últimos 30 días	0,5	0,2	0,3
		De vida	0,6	1,7	1,2
		Últimos 12 meses	0,3	0,9	0,6
Fobia Social	2003*** (155)	Últimos 30 días	0,1	0,5	0,3
		De vida	5,1	5,1	5,1
		Últimos 12 meses	2,1	2,8	2,5
		Últimos 30 días	0,8	0,7	0,7

* Evaluación con la Escala de Zung; ** Evaluación con CIDI 2.1 modificado; *** CIDI-CAPI 1.5.

Tabla 5.114. Prevalencias de los trastornos mentales específicos en otros países

Tipo de trastorno o de síntomas	País	Año	Tipo de prevalencia (total)	%
Episodios depresivos mayores (163)*	Bélgica	2001-2	Últimos 12 meses	5,0
			De vida	14,1
	Francia	2001-2	Últimos 12 meses	5,0
			De vida	14,1
	Alemania	2002-3	Últimos 12 meses	3
			De vida	9,9
	Israel	2002-4	Últimos 12 meses	6,1
			De vida	10,2
	Italia	2001-2	Últimos 12 meses	3,0
			De vida	9,9
	Japón	2002-6	Últimos 12 meses	2,2
			De vida	6,6
	Holanda	2002-3	Últimos 12 meses	4,9
			De vida	17,9
	Nueva Zelanda	2004-5	Últimos 12 meses	6,6
			De vida	17,8
	España	2001-2	Últimos 12 meses	4,0
			De vida	10,6
	Estados Unidos	2002-3	Últimos 12 meses	8,3
			De vida	19,2
	São Paulo, Brasil	2004-7	Últimos 12 meses	10,4
			De vida	18,4
	Pondicherry, India	2003-5	Últimos 12 meses	4,5
			De vida	9,0
	Líbano	2002-3	Últimos 12 meses	5,5
			De vida	10,9
	México	2001-2	Últimos 12 meses	4,0
			De vida	8,0
Shenzen, China	2006-7	Últimos 12 meses	3,8	
		De vida	6,5	
Sudáfrica	2003-4	Últimos 12 meses	4,9	
		De vida	9,8	
Ucrania	2002	Últimos 12 meses	8,4	
		De vida	14,6	
Trastorno bipolar total (148)*	Brasil	2005-7	De vida	2,1
	Bulgaria	2003-7	De vida	0,3
	India	2003-5	De vida	0,1
	Japón	2002-6	De vida	0,7
	Líbano	2002-3	De vida	2,4
	México	2001-2	De vida	1,9
	Nueva Zelanda	2004-5	De vida	3,9
	Rumania	2005-6	De vida	1,8
	Estados Unidos	2002-3	De vida	4,4

Tipo de trastorno o de síntomas	País	Año	Tipo de prevalencia (total)	%
Trastorno de ansiedad Generalizada**	México (164)	2001	Último mes	0,7
	Estados Unidos (165)	2001-3	Últimos 12 meses	3,1
	Japón (166)	2002-3	Últimos 12 meses	1,2
	Chile (167)	1992-9	De vida	2,6
	Brasil (167)	2005-7	De vida	3,8
Trastorno de pánico**	México (164)	2001	Último mes	1,1
	Estados Unidos (165)	2001-3	Últimos 12 meses	2,7
	Japón (166)	2002-3	Últimos 12 meses	0,5
	Chile (167)	1992-9	De vida	1,3
	Brasil (167)	2005-7	De vida	1,6
Fobia social	Estados Unidos (168) ***	2001-3	De vida	11,1
	Suiza (169)+	1993	De vida	4,4
	Francia (169)	1995	De vida	4,1
	Alemania (169)++	1998	De vida	3,5
	Italia (169)**	1998	De vida	3,1
	Brasil (São Paulo) (167) ++	2000	De vida	5,9
	Chile (167) ++	1992-9	De vida	10,2
Puerto Rico (167) +++	1984	De vida	1,6	

*DSM IV/CIDI encuesta mundial de salud mental; ** CIDI diferentes versiones; *** CIDI 3.0; + DSM III; ++ DSM IV; *** DIS.

Del reporte de Bromet y colaboradores (163) hay que considerar que las prevalencias son de los episodios depresivos mayor y no del trastorno depresivo mayor, los cuales en términos nosológicos no son iguales (tabla 5.114). Es decir, cuando se diagnostican los episodios depresivos mayores, no se descuentan la presencia de episodios maniacos e hipomaniacos previos, los cuales implican el diagnóstico de algún tipo de trastorno afectivo bipolar en una proporción de esas personas evaluadas y descartarían de plano un trastorno depresivo mayor y en consecuencia sobrestiman la medición de la enfermedad.

4.4.4. Resultados

Para esta evaluación se utilizó el CIDI-CAPI (versión 21.1.3), que provee diagnósticos del DSM-IV. Aquí se presentan los resultados de las prevalencias de vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días de los trastornos agrupados y de forma individual en las personas de 18 años o más. Estos trastornos se seleccionaron por tener una posible mayor prevalencia o impacto en salud pública y cuya medición con el

instrumento empleado es confiable. Estos son: depresivo mayor, depresivo menor, distimia, afectivos bipolares, de pánico, de ansiedad generalizada y fobia social. La evaluación de los problemas en salud mentales por el uso de alcohol, los relacionados con la conducta alimentaria en un subgrupo de los adultos (hasta los 44 años) y los síntomas producidos por la exposición a eventos traumáticos se presentan en el segmento tres de este capítulo.

4.4.4.1. Prevalencias nacionales por sexo y totales: de vida, últimos 12 meses y últimos 30 días

En lo Colombia, la prevalencia de vida de los trastornos mentales evaluados en la presente encuesta es el 9,1%, con una prevalencia en los hombres de 8,2% y en las mujeres de 10,1% (tabla 5.115). En los últimos 12 meses la prevalencia es del 4%, con una distribución por sexo del 3,2% para los hombres y el 4,8% para las mujeres (tabla 5.116). En los últimos 30 días los resultados son del 1,6% para el total nacional, y del 1,1% y 2,1% para hombres y mujeres, respectivamente (tabla 5.117).

Tabla 5.115. Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adultos de la población colombiana en toda la vida por sexo

Prevalencias trastornos mentales en adultos	Hombre			Mujer			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Depresión mayor	3,2	15,0	2,4-4,2	5,4	8,5	4,6-6,4	4,3	7,7	3,7-5,0
Depresión menor	1,1*	31,4	0,6-2,0	1,0*	23,9	0,6-1,5	1,0	19,9	0,7-1,5
Distimia	0,4*	43,0	0,2-0,9	0,5*	28,5	0,3-0,9	0,5*	24,7	0,3-0,7
Cualquier trastorno depresivo	4,4	13,5	3,4-5,7	6,4	8,0	5,5-7,5	5,4	7,2	4,7-6,2
Trastorno bipolar I	1,9*	20,3	1,3-2,9	0,6	19,8	0,4-0,9	1,3	16,1	0,9-1,7
Trastorno bipolar II	0,3*	34,0	0,1-0,5	0,1*	59,8	0,0-0,3	0,2*	29,6	0,1-0,3
Cualquier trastorno afectivo	6,3	10,9	5,1-7,8	7,1	7,4	6,1-8,2	6,7	6,4	5,9-7,6
Fobia social	2,3	14,5	1,8-3,1	3,1	11,0	2,5-3,8	2,7	8,9	2,3-3,2
Trastorno de pánico	0,1*	44,4	0,1-0,3	0,3*	25,3	0,2-0,4	0,2*	22,3	0,1-0,3
Trastorno de ansiedad generalizada	0,7*	21,8	0,4-1,0	1,9	18,5	1,3-2,8	1,3	14,9	1,0-1,7
Cualquier trastorno de ansiedad	2,9	12,4	2,3-3,7	4,9	9,7	4,1-5,9	3,9	7,7	3,4-4,6
Cualquier trastorno mental	8,2	9,0	6,9-9,8	10,1	6,1	8,9-11,4	9,1	5,3	8,2-10,1

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

Tabla 5.116. Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adultos de la población colombiana en los últimos 12 meses por sexo

Prevalencias trastornos mentales en adultos	Hombre			Mujer			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Depresión mayor	0,9	19,6	0,6-1,3	2,3	12,4	1,8-2,9	1,6	10,5	1,3-1,9
Depresión menor	0,2*	43,6	0,1-0,4	0,4*	48,6	0,2-1,1	0,3*	37,3	0,1-0,6
Distimia	0,3*	50,3	0,1-0,9	0,4*	32,8	0,2-0,8	0,4*	29,0	0,2-0,7
Cualquier trastorno depresivo	1,2*	20,1	0,8-1,8	2,7	12,7	2,1-3,4	1,9	10,8	1,6-2,4
Trastorno bipolar I	0,6*	34,6	0,3-1,1	0,3*	34,2	0,2-0,6	0,4*	25,6	0,3-0,7
Trastorno bipolar II	0,1*	46,8	0,1-0,3	0,1*	84,7	0,0-0,3	0,1*	41,3	0,0-0,3
Cualquier trastorno afectivo	1,9	16,6	1,4-2,6	3,0	11,9	2,4-3,8	2,4	9,7	2,0-3,0
Fobia Social	1,4	17,7	1,0-2,0	1,8	13,7	1,4-2,4	1,6	10,9	1,3-2,0
Trastorno de pánico	0,0*	65,2	0,0-0,2	0,2*	35,1	0,1-0,3	0,1*	30,9	0,1-0,2
Trastorno de ansiedad generalizada	0,2*	34,4	0,1-0,5	0,7*	23,8	0,4-1,1	0,5	19,8	0,3-0,7
Cualquier trastorno de ansiedad	1,6	16,2	1,2-2,2	2,5	11,7	2,0-3,2	2,1	9,5	1,7-2,5
Cualquier trastorno mental	3,2	12,4	2,5-4,1	4,8	9,0	4,0-5,7	4,0	7,3	3,5-4,6

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

Tabla 5.117. Prevalencia de los trastornos mentales evaluados en adultos de la población colombiana en los últimos 30 días, por sexo

Prevalencias trastornos mentales en adultos	Hombre			Mujer			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Depresión mayor	0,2*	40,8	0,1-0,4	0,8*	24,0	0,5-1,3	0,5	21,1	0,3-0,7
Depresión menor	0,0*	100,0	0,0-0,1	0,1*	57,4	0,0-0,2	0,0*	52,4	0,0-0,1
Distimia	+*	+	+	0,2*	57,8	0,1-0,6	0,1*	57,8	0,0-0,3
Cualquier trastorno depresivo	0,2*	39,1	0,1-0,4	0,9*	22,4	0,6-1,4	0,5	19,8	0,4-0,8
Trastorno bipolar I	0,1*	43,5	0,0-0,2	0,1*	69,8	0,0-0,2	0,1*	37,5	0,0-0,2
Trastorno bipolar II	0,1*	72,2	0,0-0,3	0,0*	100	0,0-0,3	0,1*	55,9	0,0-0,2
Cualquier trastorno afectivo	0,4*	27,5	0,2-0,6	1,0*	21,0	0,7-1,5	0,7	17,1	0,5-0,9
Fobia social	0,8*	23,1	0,5-1,3	1,1	17,7	0,7-1,5	0,9	14,2	0,7-1,2
Trastorno de pánico	0,0*	71,0	0,0-0,1	0,0*	71,1	0,0-0,2	0,0*	55,2	0,0-0,1
Trastorno de ansiedad generalizada	0,1*	73,7	0,0-0,2	0,2*	38,7	0,1-0,4	0,1*	34,3	0,1-0,3
Cualquier trastorno de ansiedad	0,9*	22,2	0,6-1,3	1,3	15,9	0,9-1,7	1,1	13,0	0,8-1,4
Cualquier trastorno mental	1,2	18,0	0,8-1,6	2,1	13,3	1,6-2,7	1,6	10,7	1,3-2,0

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

También, como se observa en la tabla 5.116, los resultados discriminados por grupos de trastorno en los últimos 12 meses indican que las prevalencias de los afectivos y de ansiedad son muy similares (2,1% y 2,4%) para los totales nacionales. Las prevalencias de las mujeres mayores son mayores que las prevalencias de los varones, y el trastorno más prevalente es la depresión mayor (1,6%) con una relación hombre: mujer de 1:2,6. De los trastornos de ansiedad el más prevalente en los últimos 12 meses es la fobia social con un total nacional de 1,6%, cuya distribución por sexo es del 1,4% en hombres y 1,8% en mujeres, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada con el 0,5%. Los estimativos de depresión menor, distimia, trastorno afectivo bipolar I y II, el trastorno de pánico y por sexo del trastorno de ansiedad generalizada son poco precisos. Los hallazgos detallados para toda la vida y los últimos 30 días se presentan en las tablas 5.115 y 5.117.

4.4.4.2. Trastornos mentales: regiones, zona urbana o rural y pobreza

Los resultados discriminados por grupo etario, región y pobreza en toda la vida, últimos 12 meses y los últimos 30 días para cualquier trastorno se presentan en la tabla 5.118. Se puede observar que hay una mayor prevalencia de cualquier trastorno en los adultos entre 18 y 44 años en los tres periodos

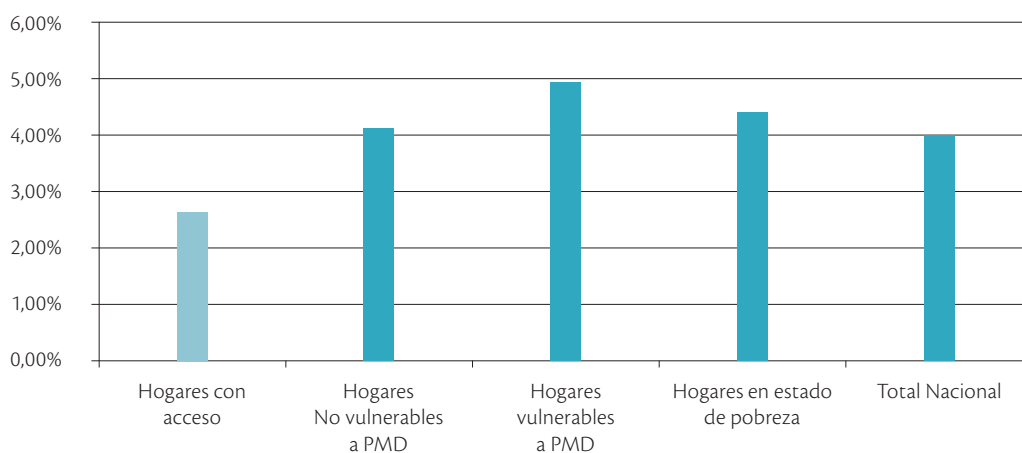
evaluados. En los últimos 12 meses la región con mayor prevalencia de cualquier trastorno mental es la Pacífica con un 5,6%, y en toda la vida es Bogotá (12,9%), seguida por la región Pacífica (11%). Los estimativos por región para los últimos 30 días fueron poco precisos, salvo para la región pacífica cuya prevalencia es del 2,7%. Las prevalencias de vida y de los últimos 12 meses son mayores en los adultos procedentes de zonas urbanas que rurales (10,0% frente a 6,1% y 4,4% frente a 2,7%, respectivamente). Cuando se evalúa la prevalencia de cualquier trastorno a lo largo de la vida por pobreza los resultados son similares y es 0,1% mayor en los que reportaron esta condición socioeconómica. Esta diferencia aumenta un poco cuando se mide la prevalencia de los últimos 12 meses (4,4% para pobreza frente a 3,9% en no pobreza).

En la gráfica 5.58 se presentan los resultados de las prevalencias de cualquier trastorno mental en adultos la categorización por los 4 niveles del IMP. Se puede observar que las prevalencias de los adultos provenientes de hogares vulnerables (4,9%; CVE 15,8; IC95 %: 3,6-6,7) y en estado de pobreza (4,4%; CVE 17,0; IC95 %: 3,1-6,1) son mayores comparados con el promedio nacional (4%). Los no vulnerables tienen prevalencias similares (4,1%; CVE 10,4; IC95 %: 3,4-5,0) y fue menor en adultos de hogares con acceso (2,6%; CVE 21,3; IC95 %: 1,7-3,9).

Tabla 5.118. Prevalencia de cualquier trastorno mental en adultos de la población colombiana por grupos etarios, región y pobreza

Cualquier trastorno	Toda la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Edad									
18 a 44 años	10,1	6,6	8,8-11,5	5,1	8,7	4,3-6,0	2,1	12,5	1,7-2,7
45 y más años	7,7	8,5	6,5-9,1	2,3	12,6	1,8-3,0	0,9*	20,4	0,6-1,4
Total	9,1	5,3	8,2-10,1	4,0	7,3	3,5-4,6	1,6	10,7	1,3-2,0
Región									
Central	9,2	9,9	7,6-11,1	3,6	14,9	2,7-4,8	1,2*	26,1	0,7-2,0
Atlántica	4,6	13,1	3,5-5,9	2,4*	20,5	1,6-3,5	1,5*	27,9	0,9-2,5
Bogotá	12,9	12,5	10,0-16,4	4,9	18,4	3,4-7,0	1,4*	23,0	0,9-2,2
Oriental	8,6	12,1	6,8-10,9	3,9	17,7	2,7-5,5	1,7*	26,6	1,0-2,8
Pacífica	11,0	10,1	9,0-13,4	5,6	12,2	4,4-7,1	2,7	17,9	1,9-3,9
Total	9,1	5,3	8,2-10,1	4,0	7,3	3,5-4,6	1,6	10,7	1,3-2,0
Zona									
Urbana	10,0	5,9	8,9-11,2	4,4	8,1	3,7-5,1	1,7	11,9	1,3-2,1
Rural	6,1	10,1	5,0-7,4	2,7	16,4	2,0-3,7	1,5*	24,5	0,9-2,3
Total	9,1	5,3	8,2-10,1	4,0	7,3	3,5-4,6	1,6	10,7	1,3-2,0
Pobreza									
No	9,1	5,5	8,2-10,2	3,9	8,1	3,4-4,6	1,6	12,0	1,2-2,0
Sí	9,2	15,9	6,7-12,5	4,4	17,0	3,1-6,1	2,2*	22,9	1,4-3,4
Total	9,1	5,3	8,2-10,1	4,0	7,3	3,5-4,6	1,6	10,7	1,3-2,0

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.



Gráfica 5.58. Prevalencia de los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental por cuatro niveles de pobreza y el total nacional en población adulta en Colombia

Nota: las barras de tono pálido indican que los estimados tienen CVE > 20% lo que indica imprecisión del resultado.

En la tabla 5.119 se presentan las prevalencias de periodo de cualquier trastorno depresivo en adultos; estos incluyen depresión mayor, depresión menor y distimia. Estos trastornos fueron más prevalentes en los adultos entre los 18 y 44 años, en los últimos 12 meses la relación fue de 1,84:1. En la distribución por regiones, Bogotá tiene la prevalencia más alta para toda la vida (9,4%) y la más baja la región Atlántica (2,2%); sin embargo, en los últimos 12 meses la región Pacífica tuvo una prevalencia superior al promedio nacional (2,9% frente a 1,9%). Las estimaciones de la región Atlántica, Oriental y Bogotá son poco precisas para la medición en este periodo. Los resultados por zona muestran una mayor prevalencia de vida

en los adultos de zona urbanas (6,0%) que en la rural (3,3%), para los últimos 12 meses y los últimos 30 días los estimados tienen valores poco precisos.

Los adultos en situación de pobreza tienen la misma prevalencia de vida de los trastornos depresivos que los que no lo están (5,4%). En la medición de los últimos 12 meses se evidencia una mayor prevalencia para los que están en condiciones de pobreza (2,4%) comparados con los que no (1,9%), pero este resultado debe ser evaluado con precaución por la imprecisión del estimado de pobreza. Las prevalencias de depresión desagregadas por edad, región y pobreza de los últimos 30 días son imprecisas (tabla 5.119).

Tabla 5.119. Prevalencia de cualquier trastorno depresivo en adultos de la población colombiana por grupos etarios, región y pobreza

Cualquier trastorno depresivo	Toda la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Edad (años)									
18 a 44	5,7	9,2	4,7-6,8	2,4	13,3	1,8-3,1	0,6*	24,2	0,4-1,0
45 y más	5,0	11,5	4,0-6,2	1,3	17,3	1,0-1,9	0,4*	34,2	0,2-0,9
Total	5,4	7,2	4,7-6,2	1,9	10,8	1,6-2,4	0,5	19,8	0,4-0,8
Región									
Central	4,6	13,1	3,6-6,0	1,6	18,8	1,1-2,3	0,4*	39,4	0,2-0,9
Atlántica	2,2	18,2	1,6-3,2	0,9*	35,4	0,4-1,7	0,6*	47,5	0,2-1,5
Bogotá	9,4	16,5	6,7-12,8	2,9*	27,5	1,7-4,9	0,2*	43,0	0,1-0,5
Oriental	4,5	14,3	3,4-6,0	1,8*	25,2	1,1-3,0	0,7*	49,3	0,3-1,8
Pacífica	7,1	13,6	5,4-9,3	2,9	16,6	2,1-4,0	0,8*	27,5	0,5-1,4
Total	5,4	7,2	4,7-6,2	1,9	10,8	1,6-2,4	0,5	19,8	0,4-0,8
Zona									
Urbana	6,0	8,0	5,1-7,0	2,1	11,9	1,7-2,7	0,6*	21,1	0,4-0,9
Rural	3,3	13,7	2,5-4,3	1,3*	24,3	0,8-2,1	0,4*	52,6	0,2-1,2
Total	5,4	8,0	5,1-7,0	1,9	10,8	1,6-2,4	0,5	19,8	0,4-0,8
Pobreza									
No	5,4	7,5	4,7-6,3	1,9	12,0	1,5-2,4	0,5*	23,0	0,3-0,8
Sí	5,4*	22,9	3,4-8,4	2,4*	24,1	1,5-3,9	0,9*	37,4	0,4-1,8
Total	5,4	7,2	4,7-6,2	1,9	10,8	1,6-2,4	0,5	19,8	0,4-0,8

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

Respecto a las prevalencias, en los tres periodos medidos, de cualquier trastorno afectivo (depresivos y bipolares) discriminado por grupos de edad se mantienen las diferencias en contra de los más jóvenes (18 a 44 años) con valores que duplican a los adultos de 45 y más años en los últimos 12 meses y una diferencia de 1,6% para toda la vida. De igual forma, los resultados son más altos en Bogotá para toda la vida (10,7%) y en la región Pacífica (3,7%) en los últimos 12 meses (tabla 5.120). De nuevo, se encuentra una prevalencia de vida

más alta de los trastornos afectivos en los adultos de zona urbanas (7,5%) que en la rural (4,0%).

En las personas en condición de pobreza la prevalencia de vida de cualquier trastorno afectivo es similar y un poco inferior comparado con las personas que no lo están (6,2% comparado con 6,7%), los estimados de pobreza en los últimos 12 meses y últimos 30 días tienen un CVE mayor a 20% (tabla 5.120).

Tabla 5.120. Prevalencia de cualquier trastorno afectivo en adultos de la población colombiana por grupos etarios, región y pobreza

Cualquier trastorno afectivo	Toda la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Edad (años)									
18 a 44	7,3	8,1	6,2-8,6	3,0	11,8	2,4-3,8	0,8	19,8	0,6-1,2
45 y más	5,7	10,5	4,7-7,0	1,6	16,2	1,1-2,1	0,4*	33,9	0,2-0,9
Total	6,7	6,4	5,9-7,6	2,4	9,7	2,0-3,0	0,7	17,1	0,5-0,9
Región									
Central	5,7	12,1	4,5-7,2	1,9	18,3	1,3-2,7	0,4*	39,1	0,2-0,9
Atlántica	3,0	16,1	2,2-4,2	1,2*	30,1	0,7-2,2	0,6*	44,8	0,3-1,5
Bogotá	10,7	14,5	8,0-14,2	3,4*	24,0	2,1-5,4	0,4*	36,1	0,2-0,7
Oriental	6,2	14,9	4,6-8,3	2,5*	24,2	1,6-4,1	0,9*	41,9	0,4-1,9
Pacífica	8,8	11,9	6,9-11,0	3,7	14,7	2,7-4,9	1,2*	25,0	0,7-1,9
Total	6,7	6,4	5,9-7,6	2,4	9,7	2,0-3,0	0,7	17,1	0,5-0,9
Zona									
Urbana	7,5	7,1	6,5-8,6	2,7	10,7	2,2-3,4	0,7	18,2	0,5-1,0
Rural	4,0	12,7	3,1-5,1	1,5*	22,6	0,9-2,3	0,5*	46,5	0,2-1,3
Total	6,7	6,4	5,9-7,6	2,4	9,7	2,0-3,0	0,7	17,1	0,5-0,9
Pobreza									
No	6,7	6,7	5,9-7,7	2,4	10,7	1,9-3,0	0,6	19,5	0,4-0,9
Sí	6,2	20,5	4,2-9,3	2,8*	22,4	1,8-4,3	1,0*	35,0	0,5-2,0
Total	6,7	6,4	5,9-7,6	2,4	9,7	2,0-3,0	0,7	17,1	0,5-0,9

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

Como se observa en la tabla 5.121 los trastornos de ansiedad agrupados fueron más frecuentemente reportados por los adultos entre los 18 y 44 años tanto en los últimos 12 meses como para toda la vida; en los últimos 30 días los estimativos no son precisos. Las prevalencias de la región Central y

Pacífica son del 4,6% cada una y en Bogotá del 5% en toda la vida; mientras que en los últimos 12 meses el único estimativo preciso es el de la región Pacífica (2,8%), superando el promedio nacional (2,1%). Para cualquier trastorno de ansiedad la prevalencia de vida es más alta en zona urbana (4,2%)

que en la rural (3,2%). Los valores estimados de pobreza para las mediciones de los tres periodos son poco precisos y tér-

minos generales son mayores que los de las personas que no están en pobreza según el IMP.

Tabla 5.121. Prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad en adultos de la población colombiana por grupos etarios, región y pobreza

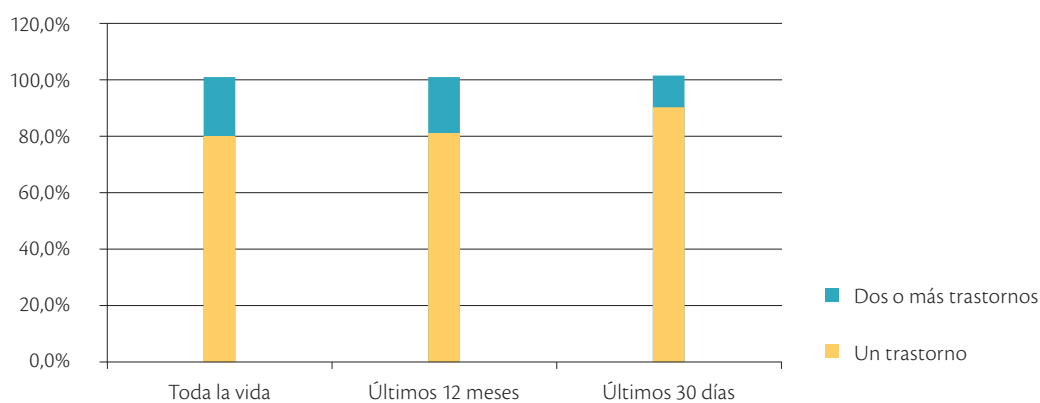
Cualquier trastorno de ansiedad	Toda la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Edad (años)									
18 a 44	4,5	9,9	3,7-5,4	2,7	11,3	2,1-3,3	0,6*	24,2	0,4-1,0
45 y más	3,1	11,2	2,5-3,9	1,2	16,3	0,9-1,6	0,4*	34,2	0,2-0,9
Total	3,9	7,7	3,4-4,6	2,1	9,5	1,7-2,5	0,5	19,8	0,4-0,8
Región									
Central	4,6	14,7	3,5-6,2	2,3*	20,1	1,6-3,4	0,4*	39,4	0,2-0,9
Atlántica	1,7*	22,1	1,1-2,5	1,2*	27,6	0,7-2,0	0,6*	47,5	0,2-1,5
Bogotá	5,0	18,7	3,5-7,2	2,3*	20,8	1,5-3,4	0,2*	43,0	0,1-0,5
Oriental	3,8	17,1	2,7-5,2	1,8*	20,9	1,2-2,7	0,7*	49,3	0,3-1,8
Pacífica	4,6	13,7	3,5-6,0	2,8	18,1	2,0-4,0	0,8*	27,5	0,5-1,4
Total	3,9	7,7	3,4-4,6	2,1	9,5	1,7-2,5	0,5	19,8	0,4-0,8
Zona									
Urbana	4,2	8,8	3,5-4,9	2,2	10,6	1,8-2,7	0,6*	21,1	0,4-0,9
Rural	3,2	14,8	2,4-4,2	1,6*	21,1	1,0-2,4	0,4*	52,6	0,2-1,2
Total	3,9	7,7	3,4-4,6	2,1	9,5	1,7-2,5	0,5	19,8	0,4-0,8
Pobreza									
No	3,9	8,2	3,3-4,6	2,0	10,5	1,6-2,5	1,0	14,7	0,8-1,3
Sí	4,0*	21,2	2,6-6,1	2,5*	21,8	1,6-3,8	1,5*	28,1	0,9-2,5
Total	3,9	7,7	3,4-4,6	2,1	9,5	1,7-2,5	0,5	19,8	0,4-0,8

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

4.4.4.4. Comorbilidad

En la gráfica 5.59 se presentan los resultados de la frecuencia de comorbilidad en población adulta en Colombia. El 12,6% (CVE 28,0; IC95 %: 7,1-21,4) de los adolescentes tienen dos o más trastornos en toda la vida; para aquellos que han tenido cualquier trastorno en los últimos 12 meses, el 10,2% (CVE 41,9; IC95 %: 4,3-22,2) tienen dos o más de los evaluados.

En la tabla 5.122 se presentan los resultados de la frecuencia de comorbilidad de dos o más trastornos mentales en la población colombiana que tienen algún trastorno. El 19,9% de las personas tienen 2 o más trastornos en toda la vida, y en los últimos 12 meses, el 17,6%. La comorbilidad es más frecuente en las mujeres en ambos periodos (22,1% y 20,4% respectivamente).



Gráfica 5.59. Distribución porcentual de uno y dos o más de los trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses en población infantil de 12 a 17 años en toda la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días

Nota: las barras de tono pálido indican que los estimados tienen un CVE > 20%.

Tabla 5.122. Frecuencia de la comorbilidad entre los trastornos mentales evaluados en la población colombiana

Trastornos (respecto a las personas que tienen cualquiera)		Toda la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Hombres	1	82,9	3,7	76,0-88,0	86,5	4,1	78,0-92,1	96,4	3,4	80,8-99,4
	2 o más	17,1	17,7	12,0-24,0	13,5*	26,1	7,9-22,0	3,7*	89,8	0,6-19,2
Mujeres	1	77,9	3,8	71,6-83,1	79,6	4,5	71,7-85,8	86,4	5,9	72,9-93,7
	2 o más	22,1	13,3	16,9-28,4	20,4	17,6	14,2-28,3	13,6*	37,4	6,3-27,1
Total	1	80,1	2,7	75,5-84,0	82,4	3,2	76,6-86,9	89,8	4,0	80,3-95,0
	2 o más	19,9	10,8	16,0-24,5	17,6	14,8	13,1-23,4	10,2*	35,3	5,0-19,7

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

4.5. Suicidio en adultos

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el suicidio se define como "La muerte ocasionada por lesión autoinfligida informada como intencional". En esta categoría se incluye el suicidio y el envenenamiento autoinfligido mediante sustancias sólidas o líquidas, gases de uso doméstico o cualquier otro gas y vapor, ahorcamiento, estrangulación, sofocación y sumersión, armas de fuego y explosivos, instrumentos cortantes y punzantes, precipitación desde lugar elevado, otros medios y por los no especificados o los efectos tardíos de lesiones autoinfligidas (16).

El suicidio es un acto de violencia que genera graves consecuencias para los individuos, las familias, las comunidades y los países, tanto a corto como a largo plazo, pues provoca efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud (170); también hay que tener en cuenta que al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue (171).

Relacionados con el suicidio se encuentran la ideación suicida, que es el paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas, y la conducta suicida no letal (o intento suicida), en la que la persona ha realizado una acción concreta que le ha generado un daño o lesión, pero que no finaliza con su muerte (124,128).

4.5.1. Factores asociados

Se encuentran como relacionados para presentarlo ser mayor de 45 años; la impulsividad; los eventos vitales adversos; el género masculino (excepto en algunos países como China); ser viudo, separado o divorciado; vivir solo; estar desempleado o jubilado; tener antecedentes familiares de suicidio, intentos previos; contar con una mala salud física; tener armas de fuego en casa, o padecer una enfermedad mental (172,173). El 80 % de los suicidios se atribuyen a enfermedad mental o consumo sustancias psicoactivas y alcohol (43). En un estudio de 23 años en Colombia se observaron factores asociados a suicidio con riesgos relativos indirectos (OR) mayores a dos los siguientes: ser mayor de quince años, hombre, vivir en área rural, soltero, separado, divorciado o vivir en unión libre y vivir en los nuevos departamentos, la zona oriental, central o pacífica (6).

Los factores protectores para conducta suicida que se han encontrado son: tener hijos (174), pertenecer a algunas religiones, tener una red de apoyo que cuente con amigos y una familia funcional (175).

4.5.2. Impacto

En 2010, la OMS señaló que el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en las personas de 15 a 44 años y que para 2020 alcanzará 1,5 millones de muertes anuales. Cada 30 segundos se suicida una persona en el mundo y cada día hay alrededor de 3000 eventos (171); un

millón de personas al año por este motivo, lo que supone un 1,8 del total de las defunciones. Estas cifras sitúan al suicidio como la duodécima causa de muerte en 2001, por encima de los fallecidos por otras causas violentas como homicidios (736.000) o conflictos bélicos (588.000) (176). Esto lo sitúa como la quinta causa de carga global de enfermedad, medido como años de vida ajustados por discapacidad en la población entre 15 y 44 años (177), que representa el 1,4 de esta (178).

4.5.3. Estudios epidemiológicos

Los países desarrollados notifican elevadas tasas de mortalidad por esta conducta y ofrecen datos que se elevan por encima de 30 suicidios por cada 100.000 habitantes y en algunos sobrepasan los 40. Canadá, Estados Unidos, Cuba y Venezuela registran las tasas más altas (179). En Colombia en un estudio de 23 años mediante certificados de defunción se encontró que las tasas de suicidio fueron aproximadamente tres veces mayores en hombres que en mujeres, las tasas de suicidio en hombres más altas en personas mayores de 60 años, en tanto que en las mujeres en aquéllas de 15 a 24 años. Oscilando en estos años entre 4 y 6 por cada 100.000 para hombres y entre 1 y 3 por cada 100.000 para mujeres. (6) En la tabla 5.123 se presentan las tasas de suicidio en diferentes países, donde observamos que Cuba es el país de Latinoamérica con la tasa más alta. En la tabla 5.124 encontramos la prevalencia en Colombia por años.

Tabla 5.123. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes en 2012

País	Hombre	Mujer	Ambos sexos
Argentina	17,2	4,1	10,3
Australia	16,1	5,2	10,6
Brasil	9,4	2,5	5,8
China	7,1	8,7	7,8
Colombia	9,1	1,9	5,4
Costa Rica	11,2	2,2	6,7
Cuba	18,5	4,5	11,4
España	8,2	2,2	5,1
India	25,8	16,4	21,1
México	7,1	1,7	4,2
Inglaterra	9,8	2,6	6,2
Estados Unidos	19,4	5,2	12,1
Venezuela	4,3	1,0	2,6

Fuente: adoptado de WHO 2015 (180).

Tabla 5.124. Epidemiología del suicidio en Colombia

Año	Intento de suicidio	Hombre	Mujer	Total						
1993 (159)	Prevalencia de vida	4,0	5,1	4,5						
	Prevalencia 12 meses	0,9	1,5	1,2						
	Total	4,9	6,6	5,7						
2003 (181)	Prevalencia de vida									
	Ideación suicida	12,1	12,5	12,3						
	Plan suicida	3,8	4,9	4,6						
	Intento de suicidio	4,9	4,9	4,9						
	Prevalencia 12 meses									
	Ideación suicida	4,0	3,1	3,5						
	Plan suicida	1,3	0,8	1,0						
	Intento de suicidio	1,7	0,9	1,3						
Suicidios en Colombia 2004 al 2013 (182)										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tasa por 100.000 habitantes	4,29	4,16	4,03	4,03	4,14	4,10	4,10	4,10	4,08	3,84
Suicidios en Colombia 1973 al 1996 (183)										
	1973	1976	1979	1982	1985	1988	1990	1992	1994	1996
Tasa por 100.000 habitantes	4 H:5 M:3	4 H:5 M:2	3 H:4 M:1	3 H:4 M:1	3 H:5 M:1	2 H:4 M:1	2 H:4 M:1	2 H:5 M:1	3 H:5 M:1	3 H:5 M:1

H: hombre; M: mujer.

En 2013, los cinco departamentos con las tasas más altas de suicidio por cada 100.000 habitantes eran Amazonas, con 6,7; Meta, con 6,2; Quindío, con 5,9; Putumayo, con 5,9, y Antioquia, con 5,2. Los municipios con más altas tasas por cada 100.000 habitantes eran Puerto Arica, en Amazonas, con una tasa del 72,9; el municipio de Maceo, en Antioquia, con una tasa de 71,2; San Luis de Cubarral, en Meta, con una tasa de 17,3; Finlandia, en Quindío, con una tasa de 22,5, y Puerto Asís, en Putumayo, con una tasa de 16,9 por cada 100.000 habitantes. Los departamentos con el mayor número de casos registrados eran Antioquia, con 329; Bogotá, con 236; Valle del Cauca, con 158; Cundinamarca, con 116, y Santander, con 86. Las ciudades capitales con el mayor número de casos eran Bogotá, con 236; Medellín, con 124; Cali, con 64; Barranquilla, con 56, e Ibagué, con 42 casos (182).

4.5.4. Resultados

Para esta evaluación se utilizó el CIDI-CAPI (versión 21.1.3). Se indaga la presencia de ideación, plan e intento de suicidio. Con respecto a la ideación suicida se evidencia que 7,4% de los adultos lo han pensado. Tiene estas ideas suicidas el 5,5% de los hombres y el 7,6% de las mujeres. El plan suicida se presenta en el 2,7% de las mujeres y 2,0% para hombres (CVE = 20,4) Por su parte el intento de suicidio se observa en el 1,9% de los hombres y en el 3,3% de las mujeres. En la tabla 5.125 se presenta, además, la proporción de adultos que han planeado suicidarse respecto a las personas que han pensado en suicidarse y la proporción de adultos que han intentado suicidarse respecto a las personas que han pensado en suicidarse.

Tabla 5.125. Prevalencia de pensamiento, planes e intentos suicidas según sexo para adultos mayores de 18 años en la población colombiana

Conducta suicida	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Ideación suicida	5,53	10,2	4,52-6,74	7,55	7,1	6,56-8,68	6,55	6	5,83-7,36
Plan suicida	2,0*	20,4	1,3-3,0	2,71	13,7	2,07-3,54	2,36	11,7	1,87-2,96
Intento de suicidio	1,87	14,6	1,41-2,49	3,25	12,4	2,55-4,14	2,57	9,6	2,13-3,1
Adultos con plan suicida (respecto a adultos con ideación suicida)	36	15,2	26,1-47,3	35,9	10,5	28,9-43,6	35,9	8,8	30-42,4
Adultos con intento suicida (respecto a adultos con ideación suicida)	33,9	13,4	25,6-43,3	43	8,8	35,8-50,6	39,2	7,6	33,5-45,2

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y puede carecer de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%.

4.5.4.1. Suicidio de acuerdo con la región

Se encuentran diferencias entre la proporción de adultos que han pensado en suicidarse de acuerdo con la región en la que se habita. Así, la más alta proporción están en Bogotá, con un 10,3% (IC95%: 7,6-13,8), y la más baja está en la región Atlántica, con una proporción de adultos que ha intentado suicidarse del 3,8% (IC95%: 3,0-4,8) (tabla 5.126). En cuanto a los intentos de suicidio en la región Atlántica se observó la más baja proporción de adultos que han intentado suicidarse con un 1,6%. Sin embargo, para este desenlace las proporciones fueron similares a las de las regiones Central, Oriental y Pacífica. Siendo mayor en Bogotá con 4,6%; sin embargo, el CVE fue ligeramente mayor a 20 (23,7).

4.5.4.2. Suicidio y zona urbana o rural

La proporción de adultos que han pensado en suicidarse en zona urbana es 7,0% y en zona rural 5,0%. La prevalencia de adultos que viven en un contexto urbano y han planeado hacerlo indicó 2,4%; y la proporción de adultos que han intentado suicidarse tanto en zona urbana como en rural se estimó en 2,6% y 2,4%, respectivamente (tabla 5.127).

4.5.4.3. Suicidio y pobreza

La proporción de adultos en estado de pobreza que ha pensado en suicidarse es 6,8% y en adultos sin situación de pobreza es de 6,5%. La prevalencia de intento suicida en las personas que han planeado hacerlo y están en condición de pobreza es del 40,3%, mientras que en el grupo de no pobreza es del 39,1% (tabla 5.128).

4.5.4.4. Suicidio y edad

Se analizó la presencia de ideación, plan e intento de suicidio en adultos en dos grandes grupos de edad: el primero de 18 a 44 años y el segundo de 45 o más años. Los resultados muestran una proporción de ideación suicida de 6,6% en el grupo hasta los 44 años y 6,5% en los mayores de 45 años. Por su parte, la proporción de intento de suicidio es del 3,0% en el primer grupo de edad, y de 1,9% en los mayores (tabla 5.129).

En la población que ha realizado intentos de suicidio se encuentra que para el 50,2% de los encuestados entre 18 y 44 años el último intento fue serio para matarse y considera que solo la suerte hizo que no lo lograra, frente al 46,7% de los mayores de 45 años (gráfica 5.60).

Tabla 5.126. Prevalencia de suicidio según región para adultos mayores de 18 años en la población colombiana

Conducta suicida	Central		Atlántica		Bogotá		Oriental		Pacífica		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Ideación suicida	6,7	5,4-8,1	3,8	3,0-4,8	10,3	7,6-13,8	6,3	4,9-8,1	6,2	5,0-7,6	6,6	5,8-7,4
Intento de suicidio	2,6	1,8-3,5	1,6	1,1-2,3	4,6*	2,9-7,2	2,0	1,4-2,8	2,4	1,8-3,3	2,6	2,1-3,1

* CVE de 23,7, cifra puede ser imprecisas dado que su CVE es mayor al 20%.

Tabla 5.127. Suicidio según zona (hogar urbano o rural) para adultos mayores de 18 años en la población colombiana

Suicidio	Urbano			Rural			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Ideación suicida	7,0	6,8	6,1-8,0	5,0	11,8	4,0-6,3	6,6	6,0	5,8-7,4
Plan suicida	2,4	13,8	1,8-3,2	*	*	*	2,4	11,7	1,9-3,0
Intento de suicidio	2,6	11,0	2,1-3,3	2,4	19,2	1,6-3,5	2,6	9,6	2,1-3,1

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

Tabla 5.128. Prevalencias de conductas suicidas en población colombiana adulta mayor de 18 años según situación de pobreza (IMP)

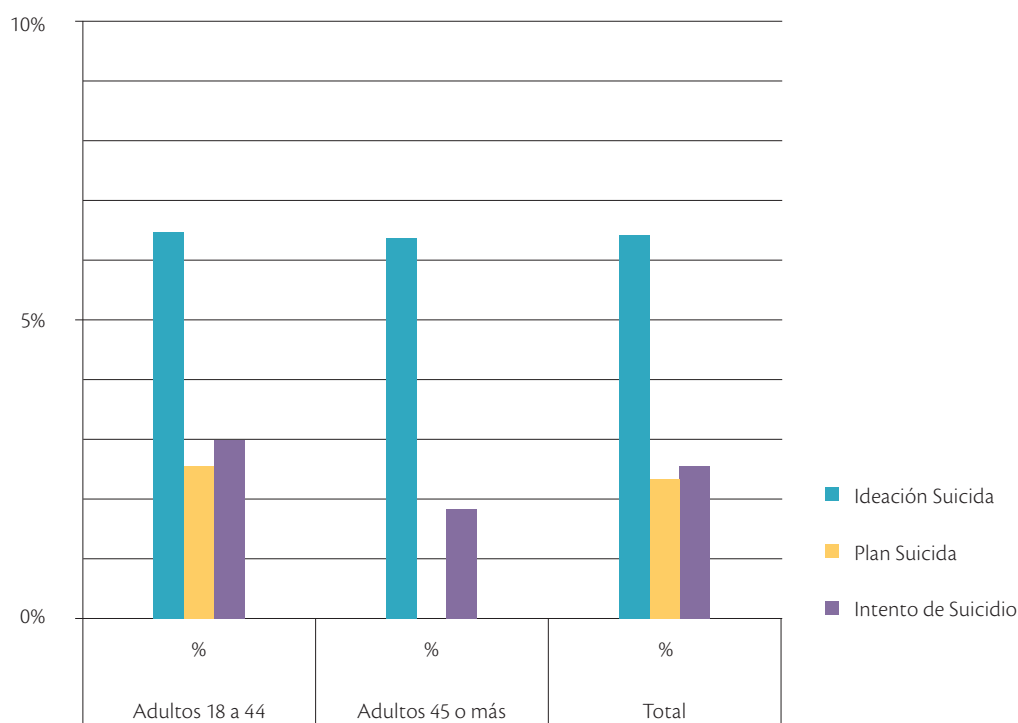
Suicidio	No Pobreza			En estado de Pobreza			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Ideación suicida	6,5	6,5	5,7-7,4	6,8	13,8	5,2-8,9	6,6	6,0	5,8-7,4
Plan suicida	2,4	12,9	1,9-3,1	*	*	*-*	2,4	11,7	1,9-3,0
Intento de suicidio	2,6	10,6	2,1-3,1	*	*	*-*	2,6	9,6	2,1-3,1
Plan suicida en los personas que tienen ideación suicida	36,7	9,6	30,1-43,8	*	*	*-*	35,9	8,8	30,0-42,4
Intento suicida en los personas que han planeado hacerlo	39,1	8,4	32,8-45,7	40,3	17,2	27,7-54,2	39,2	7,6	33,5-45,2

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Tabla 5.129. Prevalencias de conductas suicidas según grupo de edad en adultos mayores de 18 años de la población colombiana

Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
18 a 44 años									
Ideación Suicida	5,3	11,3	4,2-6,6	7,9	9,9	6,5-9,6	6,6	7,5	5,7-7,7
Plan Suicida	1,9	19,8	1,3-2,8	3,2	18,0	2,3-4,6	2,6	13,5	2,0-3,4
Intento de Suicidio	2,3	18,2	1,6-3,3	3,8	16,4	2,7-5,2	3,0	12,4	2,4-3,9
45 años en adelante									
Ideación Suicida	5,9	18,3	4,1-8,5	7,0	9,3	5,8-8,4	6,5	9,7	5,3-7,8
Plan Suicida	2,1*	40,2	1,0-4,6	1,9	15,7	1,4-2,6	2,0*	22,1	1,3-3,1
Intento de Suicidio	1,2*	22,0	0,8-1,9	2,5	15,5	1,8-3,4	1,9	12,7	1,5-2,4

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del CVE alto.



Gráfica 5.60. Prevalencia de conducta suicida según grupo de edad en adultos de la población Colombiana

Nota: el CVE de plan suicida en adultos de 45 o más años es ligeramente mayor a 20 (22,1).

4.5.4.5. Suicidio y escolaridad

Se encuentra una proporción de adultos que ha pensado en suicidarse de 6,6% en encuestados sin ninguna educación o solo primaria, 7,3% en el grupo con educación secundaria, 5,0% en técnicos/tecnólogos y un 4,2% en universitarios. En la tabla 5.130 se presenta el número de intentos de suicidio en función de la escolaridad.

Tabla 5.130. Promedio de intentos de suicidio en adultos mayores de 18 años en aquellos que presentan esta conducta en Colombia según escolaridad

Número de intentos de suicidio	Media	CVE	IC95 %
Ninguno/primaria	2,0	11,2	1,6-2,4
Secundaria	1,7	8,2	1,5-2,0
Técnico/tecnólogo	1,9	18,8	1,2-2,6
Universitario	1,3	11,9	1,0-1,6

4.5.4.6. Suicidio y estado civil

Se encuentra una proporción de adultos con ideación suicida del 6,5% (IC95%: 5,5-7,7) en personas casadas, en unión libre o con relación de pareja. Un 7,4% (IC95%: 5,6-9,7) en separados, viudos o divorciados y un 6,3% (IC95%: 5,1-7,7) en solteros. Respecto a los intentos de suicidio se observa una proporción de 2,5% (IC95%: 1,9-3,2) en personas con vínculo de pareja y una proporción de 2,4 (IC95%: 1,7-3,3) en solteros.

4.6. Tamizaje personalidad

La personalidad se puede entender como las características individuales relacionadas con el patrón de pensamiento, sentimientos y comportamientos en una variedad de contextos a través del ciclo vital. En la medida en que una persona tenga predominantemente unos tipos de rasgos, que estos sean inflexibles, generen limitaciones en su experiencia y desenvolvimiento en su medio, y se manifiesten en varias situacio-

nes se considera que la persona pueda tener un trastorno de personalidad. Estos se asocian con dificultades evidentes en la autorregulación emocional y los individuos que los presentan tienen patrones maladaptativos en diferentes dominios como los sentimientos y conductas, así como marcadas alteraciones en las relaciones interpersonales y el control de impulsos. En este sentido, existe un componente persistente que se desvía de las expectativas de la cultura del individuo y tiende a ser estable con larga duración.

La agrupación de los trastornos de personalidad se ha definido en tres según la similitud en las características que se presentan en cada uno. El grupo A lo conforman los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico que se caracterizan por ser raros y excéntricos; el grupo B, por los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista que se caracterizan por ser emocionales, erráticos y dramáticos, y el grupo C por los trastornos evitativo, dependiente u obsesivo compulsivo que se caracterizan por ser ansioso (8,97).

4.6.1. Factores asociados

Estudios poblacionales en otros países del mundo han identificado que individuos de sexo masculino, adultos jóvenes, no casados y con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas tienen un mayor riesgo de ser diagnosticados con un trastorno de personalidad (184). Por otro lado, aquellos individuos ya diagnosticados con un trastorno de personalidad tienen una probabilidad más alta de presentar enfermedades mentales, especialmente trastornos del ánimo, ansiedad o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (185-188).

Es importante anotar que la relación entre los trastornos de personalidad y distintas enfermedades mentales es en algún grado específica, pues existe así mayor relación entre los trastornos de personalidad del grupo A (esquizoide, esquizotípico y paranoide) y patologías del espectro psicótico; los trastornos de personalidad del grupo B (histriónico, antisocial, narcisista y límite) y trastornos del afecto, multimpulsividad, auto o heteroagresión, y los trastornos de personalidad del grupo C (obsesivo, evitativo y dependiente) y trastornos de ansiedad.

Adicionalmente, las personas con trastornos de personalidad no solo tienen mayor riesgo de presentar enfermedades mentales, sino que también tienden en mayor medida a estar desempleadas o tener empleos inestables, con mayor frecuencia presentan conductas violentas y problemas con la ley, perciben como deteriorado su estado de salud y experimentan una calidad de vida inferior a la de individuos de la población general de su misma edad y sexo (184,185,189).

4.6.2. Impacto

Se entiende que los trastornos de personalidad tienen una expresión y carga de enfermedad importante en la comunidad, aunque las prevalencias de los trastornos específicos tienden a ser bajas. Las personas con esta problemática utilizan mayores recursos en los sistemas de salud bien sea por deterioro de su salud física global, situaciones relacionadas con el trastorno de personalidad o por enfermedad mentales que, como anteriormente fue señalado, se asocian frecuentemente a esta condición. Adicionalmente, empeoran el curso de las enfermedades mentales y disminuyen el porcentaje de respuesta a los tratamientos para estas (186,187,190). Así mismo, las personas con trastornos de personalidad experimentan un deterioro global de su calidad de vida y presentan mayor discapacidad o limitación funcional. Por último, las personas con esta condición tienen mayor riesgo de involucrarse en conductas de riesgo, ser perpetradores o víctimas de actos violentos, y muchos de ellos frecuentemente terminan involucrados en procesos legales o encarcelados (189).

4.6.3. Estudios epidemiológicos

Algunos estudios han demostrado que al menos un 50,0% de los pacientes evaluados en un contexto clínico tienen trastornos de personalidad y se ha estimado una prevalencia de alrededor del 10% en la población general (191-193). En la tabla 5.131 se resumen la prevalencias de trastornos de personalidad de acuerdo con la clasificación diagnóstica del DSM III-R o del DSM IV en distintos estudios.

Tabla 5.131. Prevalencia estimada de trastornos de personalidad (DSM III-R o DSM IV) en porcentajes

Trastorno	Torgensen y cols., 2001 (192)	Samuels, 2002 (194)	Coid y cols., 2006 (189)	Lenzerweger y cols., 2008 (195)	Trull y cols., 2010 (196)
Paranoide	2,4	0,7	0,7	2,3	1,9
Esquizoide	1,7	0,9	0,7	4,9	0,6
Esquizotípico	0,6	0,6	0,8	3,3	0,6
Antisocial	0,7	4,1	0,06	1,0	3,8
Límite	0,7	0,5	0,7	1,6	2,7
Histriónico	2,0	0,2	-	0,0	0,3
Narcisista	0,8	0,03	-	0,0	0,3
Evitación	5,0	1,8	0,8	5,2	1,2
Dependencia	1,5	0,1	0,1	0,6	0,3
Obsesivo-compulsivo	2,0	0,9	1,9	2,4	1,9
Cualquier trastorno de personalidad	13,4	9,0	4,4	11,9	9,1

Fuente: adaptado de Samuels (197).

4.6.4. Resultados

Se aplicó el módulo de tamizaje de personalidad de la entrevista estructurada del CIDI-CAPI a la población mayor de 18 años. Así, se agruparon las preguntas según los rasgos de personalidad a los trastornos que pertenecen al límite o antisocial (grupo B) o a los grupos C y A; además, se describen la prevalencia de rasgos y se agrupan según el número que cada persona tenga en un tipo o grupo. Por lo tanto, en este informe no se hace diagnóstico de trastorno de personalidad.

4.6.4.1. Rasgos límite de personalidad (grupo B)

Se encuentra que el 39,8% de la población no tienen ninguno, 40,8% de la población colombiana de 18 años en adelante tiene 1 o 2 rasgos de personalidad límite siendo similar la

proporción entre hombres (40,2%) y mujeres (39,5%). El 14,8% tienen 3 a 5, y el 4,6%, 6 o más rasgos, presentándose una distribución similar entre hombres y mujeres (tabla 5.132). El más reportado en la población colombiana de 18 años en adelante es en el 35,4% *mostrar los sentimientos a cualquier persona*; seguidos del 16,9% de las personas refieren que *ceder a mis impulsos me causa problema*, y el 15,5% consideran *soy muy voluble*. Estos son los más frecuentes tanto en hombres como en mujeres.

Al analizar la información por región la prevalencia de 6 o más rasgos es similar en todas, el 6,0% (IC95%: 4,2-8,5) de las personas de 18 años en adelante de Bogotá los presentan, siendo la mayor, y el 3,9% (IC95%: 2,9-5,1) en la región Oriental, siendo la menor (gráfica 5.61).

Tabla 5.132. Prevalencia de rasgos de personalidad límite en la población colombiana de 18 años en adelante

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Número de rasgos						
Ninguno	39,3	37,1-41,6	40,3	38,4-42,1	39,8	38,4-41,3
1 a 2	40,2	37,9-42,6	41,3	39,5-43,2	40,8	39,3-42,3
3 a 5	15,7	14,0-17,5	14,0	12,8-15,3	14,8	13,8-15,9
6 o más	4,8	3,9-5,8	4,4	3,8-5,2	4,6	4,1-5,2
Rasgos						
Muestro mis sentimientos a cualquier persona	37,0	34,8-39,3	33,8	32,0-35,6	35,4	33,9-36,8
Me involucro en relaciones muy intensas que no duran	11,1	9,8-12,6	6,4	5,6-7,3	8,7	8,0-9,6
Con frecuencia me siento vacío por dentro	11,3	10,0-12,8	12,8	11,7-14,0	12,1	11,2-13,0
Soy muy voluble	14,4	12,9-16,1	16,5	15,2-17,9	15,5	14,4-16,6
Ceder a mis impulsos me causa problemas	17,2	15,5-19,1	16,7	15,4-18,1	16,9	15,8-18,1
Hago berrinches o exploto de coraje	9,8	8,4-11,4	13,7	12,5-15,0	11,8	10,8-12,8
Cuando estoy bajo estrés o tensión, las cosas a mi alrededor no parecen ser reales	9,1	7,9-10,5	10,4	9,4-11,5	9,8	9,0-10,6
Me voy a los extremos con tal de que la gente no me abandone	6,3	5,4-7,4	4,5	3,9-5,2	5,4	4,8-6,0
No puedo decidir qué clase de persona quiero ser	6,4	5,4-7,5	6,6	5,7-7,6	6,5	5,8-7,2
Mis sentimientos son como el clima, siempre están cambiando	13,9	12,1-15,8	12,7	11,6-13,9	13,3	12,2-14,4
A veces me enoja tanto que rompo o destruyo las cosas	6,4	5,3-7,7	4,8	4,1-5,6	5,6	4,9-6,3

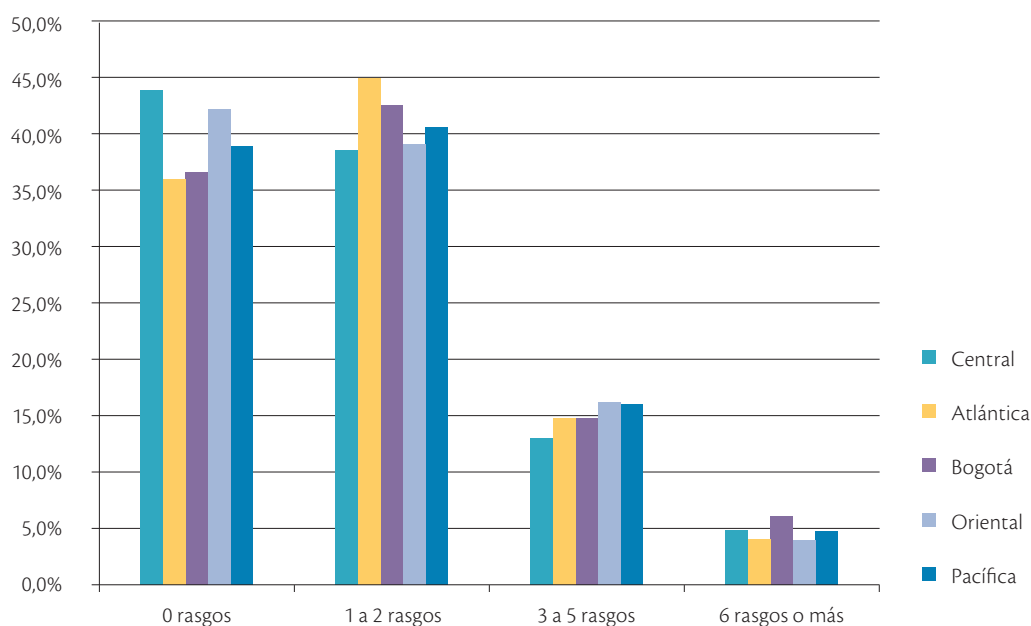
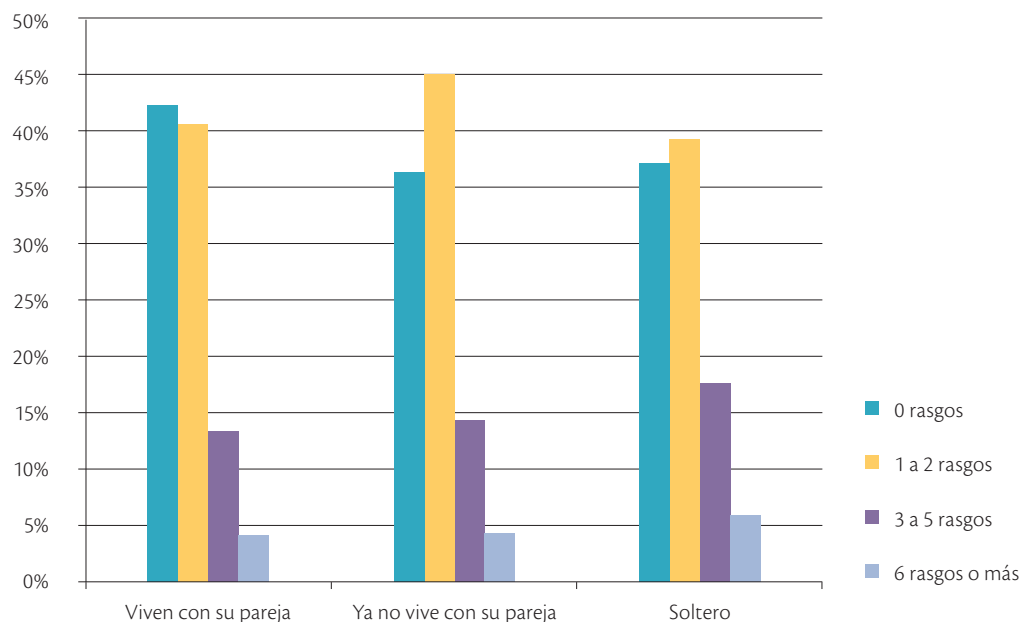


Gráfico 5.61. Prevalencia de rasgos de personalidad límite en población colombiana de 18 años en adelante según región

Respecto al estado civil, hay una mayor proporción de ningún rasgo en las personas casadas o que viven con su pareja 42,2% (IC95%: 40,1-43,9), comparado con los solteros

37,2% (IC95%: 34,4-40,0) y de 6 o más rasgos en las personas solteras 5,9% (IC95%: 4,7-7,3) comparado con las casadas 4,9% (IC95%: 3,3-4,7) (gráfica 5.62).



Gráfica 5.62. Prevalencia de rasgos de personalidad límite en población colombiana de 18 años en adelante según estado civil

Nota: vive con su pareja corresponde a casado, unión libre y ya no vive con su pareja corresponde a separado, divorciado o viudo.

4.6.4.2. Rasgos antisociales de personalidad (grupo B)

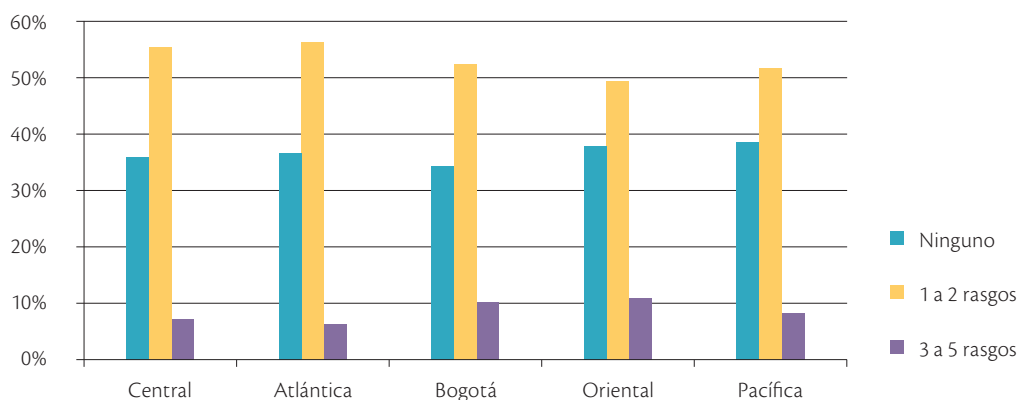
El 53,3% de la población de 18 años en adelante tienen 1 o 2 rasgos de personalidad antisocial, siendo un poco mayor la proporción de hombres que los presenta (55,8% vs. 50,8% en las mujeres). El 36,6% no tienen ninguno, en este caso es mayor la proporción en mujeres (42,2% vs. 30,9% en hombres), el 8,3% tienen 3 a 5 rasgos y el 1,8% de esta población tienen 6 o más, en estos casos también es mayor la proporción de hombres (2,8% comparado con 0,9% en mujeres). El 35,6% de la población reporta que *generalmente no me siento mal cuando ofendo o molesto a alguien*; en el 10,9% *discu-*

to o peleo con la gente si tratan de detenerme en algo que quiero hacer y de correr riesgos y hago cosas imprudentes en el 10,2% de la población, siendo las características más frecuentemente reportadas para tanto para hombres como mujeres (tabla 5.133).

Al analizar la información por región la prevalencia de 3 a 5 rasgos es similar en todas las regiones, siendo la mayor en la Oriental, con el 11,1% (IC95%: 9,1-13,5), y la menor en la Atlántica, con el 6,0% (IC95%: 4,9-7,3). El estimado de 6 o más rasgos solo se presenta para la región Oriental, donde es del 2,1% (IC95%: 1,4-3,0), dado que en las otras regiones son imprecisos los estimados (gráfica 5.63).

Tabla 5.133. Prevalencia de rasgos antisociales en la población colombiana de 18 años en adelante

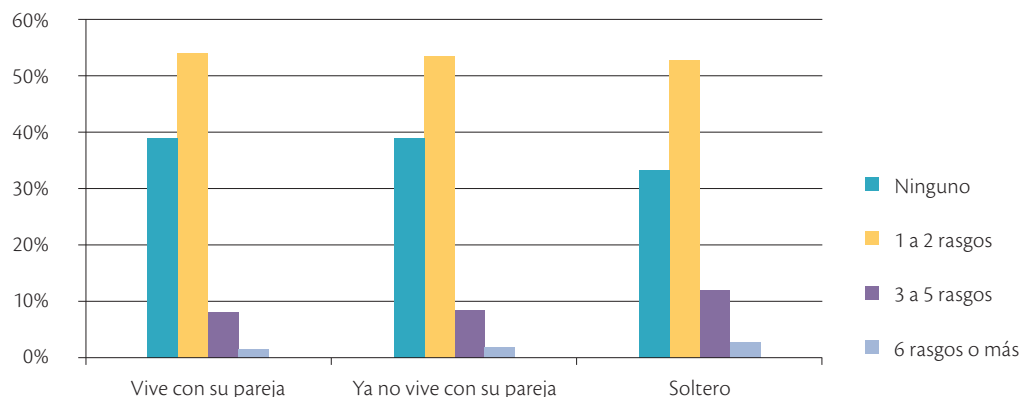
	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Número de rasgos						
Ninguno	30,9	28,8-33,0	42,2	40,4-44,1	36,6	35,2-38,1
1 a 2	55,8	53,5-58,1	50,8	48,9-52,7	53,3	51,8-54,8
3 a 5	10,5	9,2-12,0	6,1	5,2-7,1	8,3	7,5-9,2
6 o más	2,8	2,1-3,6	0,9	0,6-1,3	1,8	1,5-2,2
Rasgos						
A veces, he hecho cosas por las cuales podrían arrestar a cualquiera	9,3	7,9-11,0	2,5	2,1-3,1	5,9	5,1-6,7
Generalmente no me siento mal cuando ofendo o molesto a alguien	37,2	35,1-39,4	34,0	32,3-35,8	35,6	34,2-37,0
Le mentiría o engañaría a alguien con tal de obtener mis propósitos	8,9	7,6-10,3	5,4	4,5-6,4	7,1	6,3-8,0
Pierdo los estribos y me meto en peleas a golpes	5,8	4,8-6,9	2,4	2,0-2,9	4,1	3,5-4,7
Corro riesgos y hago cosas imprudentes	13,3	11,8-15,0	7,2	6,3-8,2	10,2	9,3-11,2
Es difícil para mí estar sin problemas	8,2	6,9-9,7	4,9	4,2-5,7	6,5	5,8-7,4
A veces dejo de cumplir con mis obligaciones económicas	8,9	7,5-10,5	6,5	5,6-7,5	7,7	6,8-8,6
En ocasiones he dañado cosas a propósito que no eran mías	4,2	3,4-5,2	2,8	2,3-3,4	3,5	3,0-4,1
Darí información falsa sobre mí mismo, si esto me ayudara a obtener un trabajo o a impresionar a alguien	5,9	5,0-7,1	3,8	3,0-4,7	4,8	4,2-5,5
Discuto o peleo con la gente si tratan de detenerme en algo que quiero hacer	12,0	10,6-13,6	9,8	8,7-10,9	10,9	10,0-11,8



Gráfica 5.63. Prevalencia de rasgos de personalidad antisocial en población colombiana de 18 años en adelante según región

Según el estado civil de la población de 18 años en adelante, se observa que en las personas que viven con su pareja es mayor la proporción de los que no tienen ningún rasgo antisocial 38,3 (IC95 %: 36,5-40,2), comparado con los solteros

32,7 (IC95 %: 30,1-35,4) y estos tienen una mayor proporción de 6 o más rasgos 2,8 % (IC95 %: 2,0-3,9) comparado nuevamente con los que viven con su pareja 1,3 % (IC95 %: 0,9-1,8) (gráfica 5.64).



Gráfica 5.64. Prevalencia de rasgos de personalidad antisocial en población colombiana de 18 años en adelante según estado civil

4.6.4.3. Rasgos de personalidad del grupo C (rasgos de personalidad evitativo, dependiente u obsesivo compulsivo)

Se encuentra que el 49,4% de la población no presenta ningún rasgo de personalidad del grupo C; el 35,8% presentan 1 o 2; el 14,1% presentan 3 a 5, y el 0,6% presentan 6 (tabla 5.134). De ellos el 26,4% de la población de 18 años en adelante considera que *la gente piensa que soy demasiado estricto en las normas y reglas*; el 25,7%, *la gente piensa que soy demasiado rígido o formal*, y el 25,7%, que *con frecuencia busco que otros me aconsejen sobre mis decisiones*, siendo los más frecuentemente reportados tanto para hombres como para mujeres.

En relación con la distribución por región, se encuentra que en la región Atlántica es donde hay la mayor proporción de personas sin ningún rasgo: 62,2% (IC95 %: 60,2-65,4), y la menor proporción de personas con 3 a 5 rasgos: 8,2% (IC95 %: 6,9-9,7), y en Bogotá esta la mayor con 3 a 5 rasgos: 19,1 (IC95 %: 15,4-23,4) (gráfica 5.65).

Al analizar el estado civil se encuentra que hay una proporción similares de las personas en los tres estados: los que viven con su pareja que son casados, los que viven en unión libre o conviven con su pareja y en los que ya no viven con su pareja que comprenden los separados, divorciados o viudos y los solteros y el número de rasgos (gráfica 5.66).

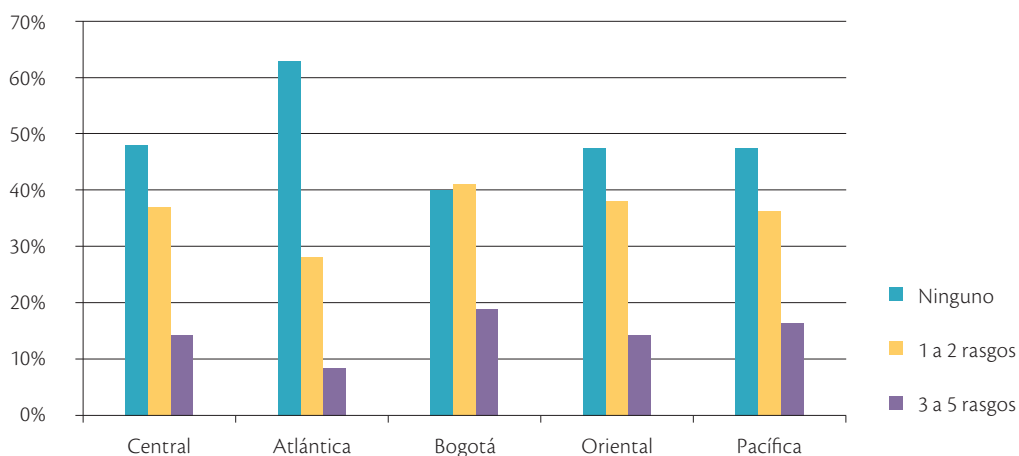
Tabla 5.134. Prevalencia de rasgos de personalidad el grupo C en población de 18 años en adelante

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Número de rasgos						
Ninguno	50,0	47,7-52,3	48,8	46,9-50,7	49,4	47,9-50,9
1 a 2	34,9	32,6-37,2	36,7	34,9-38,6	35,8	34,4-37,3
3 a 5	14,5	12,9-16,3	13,8	12,6-15,1	14,1	13,1-15,2
6	*	*	0,7	0,5-0,9	0,6	0,5-0,8

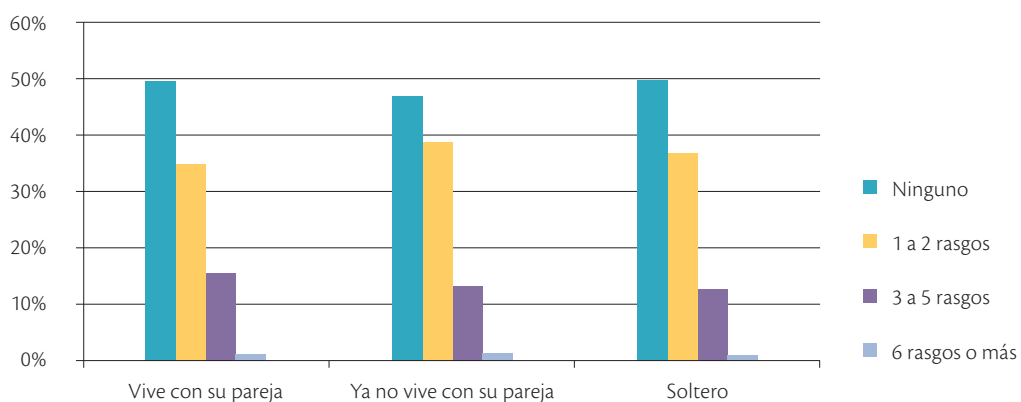
Continúa

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Rasgos						
Dejo que otros tomen decisiones importantes por mí	6,2	5,1-7,5	6,3	5,5-7,1	6,2	5,6-7,0
Generalmente me siento incómodo o indefenso cuando estoy solo	9,9	8,6-11,4	12,9	11,8-14,1	11,4	10,6-12,4
Con frecuencia busco que otros me aconsejen sobre mis decisiones	22,6	20,7-24,8	21,1	19,6-22,7	21,9	20,6-23,2
La gente piensa que soy demasiado estricto en las normas y reglas	26,7	24,6-29,0	26,0	24,4-27,7	26,4	25,0-27,8
La gente piensa que soy demasiado rígido o formal	26,8	24,6-29,0	24,6	23,0-26,2	25,7	24,3-27,1
Me siento incómodo o fuera de lugar en situaciones sociales	13,6	12,1-15,3	14,9	13,6-16,3	14,3	13,2-15,3

Nota: los indicadores con (*) indican CVE mayores a 20 y no se reportan por la imprecisión.



Gráfica 5.65. Prevalencia de rasgos de personalidad del grupo C en población colombiana de 18 años en adelante según región



Gráfica 5.66. Prevalencia de rasgos de personalidad del grupo C en población colombiana de 18 años en adelante según estado civil

4.6.4.4. Rasgos de personalidad del grupo A (rasgos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico)

En la población colombiana de 18 años en adelante el 46,0% tienen 1 o 2 rasgos de personalidad del grupo A, el 37,3% no tiene ningún rasgo y el 16,8% tienen de 3 a 5, con una distribución similar entre hombres y mujeres. Los más reportados

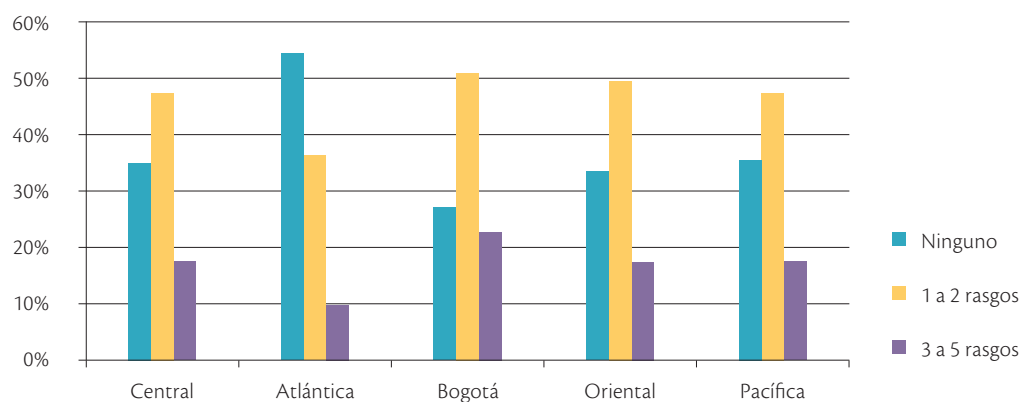
son en el 46,6% de las personas, que consideran *estoy convencido de que existen conspiraciones detrás de muchas cosas en el mundo*; el 34,2%, *prefiero las actividades que pueda hacer yo solo*, y el 20,3%, *he tenido rencor contra algunas personas por años*, con una distribución similar entre hombres y mujeres (tabla 5.135).

Tabla 5.135. Prevalencia de rasgos de personalidad del grupo A en población de 18 años en adelante

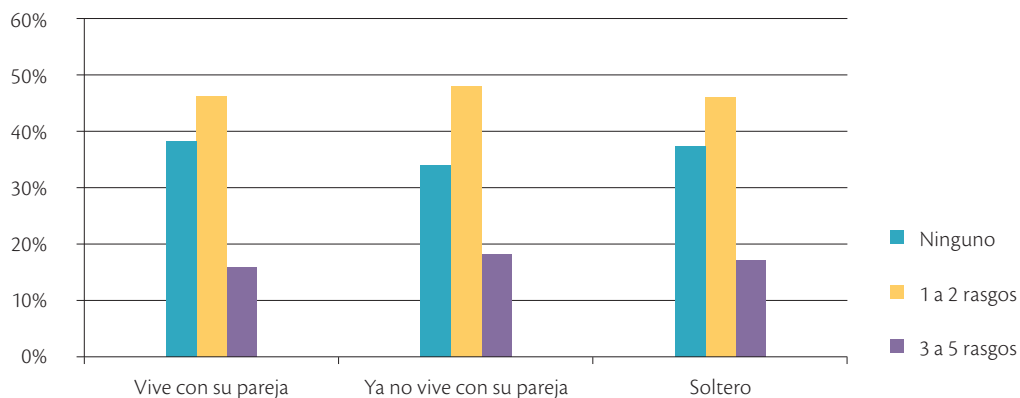
	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Número de rasgos						
Ninguno	38,1	35,9-40,3	36,6	34,8-38,4	37,3	35,9-38,7
1 a 2	46,3	43,9-48,6	45,6	43,8-47,5	46,0	44,5-47,5
3 a 5	15,7	14,0-17,5	17,8	16,4-19,3	16,8	15,6-17,9
Rasgos						
Me mantengo aislado aunque haya gente a mi alrededor	13,1	11,5-15,0	13,7	12,5-15,0	13,4	12,4-14,5
La gente con frecuencia se burla de mí a mis espaldas	9,5	8,3-10,9	10,4	9,4-11,4	10,0	9,2-10,8
Prefiero las actividades que pueda hacer yo solo	32,7	30,4-35,0	35,7	33,9-37,5	34,2	32,8-35,7
He tenido rencor contra algunas personas por años	18,1	16,3-20,1	22,5	21,0-24,1	20,3	19,2-21,6
Estoy convencido de que existen conspiraciones detrás de muchas cosas en el mundo	48,6	46,2-50,9	44,7	42,9-46,6	46,6	45,1-48,1

Al analizar las regiones Bogotá es la que tiene la menor proporción de población sin ningún rasgo 27,0% (IC95%: 23,1-31,3) y la mayor con 3 a 5 rasgos, 22,6% (IC95%: 18,8-26,8) y la región Atlántica la que tiene la mayor sin ningún

rasgo, 54,2% (IC 51,6-56,8) y la menor con 3 a 5, 9,6 (IC95%: 8,1-11,3) (gráfica 5.67). Y al analizar según el estado civil se encuentra una distribución similar en los 3 grupos (gráfica 5.68).



Gráfica 5.67. Prevalencia de rasgos de personalidad del grupo A en población colombiana de 18 años en adelante según región



Gráfica 5.68. Prevalencia de rasgos de personalidad del grupo A en población colombiana de 18 años en adelante según estado civil

4.7. Condiciones crónicas, problemas y trastornos mentales

En esta sección se presentan los resultados de la evaluación de las condiciones crónicas en niños, adolescentes y adultos y se exploran las comorbilidades con los trastornos mentales.

4.7.1. Condiciones crónicas niños

En las poblaciones pediátricas también se ha visto una tendencia global en cuanto al aumento en la prevalencia de condiciones crónicas (198). Las patologías más frecuentes en este grupo son asma, fibrosis quística, diabetes, obesidad y sobrepeso, desnutrición, discapacidades del desarrollo, parálisis cerebral, consecuencias relacionadas con el bajo peso al nacer y prematuridad (enfermedad pulmonar crónica, retinopatía del nacimiento y retraso del desarrollo) y enfermedades mentales (199).

4.7.1.1. Factores asociados

De acuerdo con el Estudio Nacional Longitudinal de la Cohorte de Niños y Adolescentes (1988-2006), realizado en Estados Unidos, la prevalencia de condiciones crónicas durante los años de seguimiento fue superior en la cohorte de 2000-2006, en los hombres, hijos de madres con obesidad, hispanos y de raza negra (200). Estas condiciones crónicas, a la vez, fueron diagnosticadas con más frecuencia y se resolvieron en un periodo menor. La explicación de este comportamiento dinámico en la que los más jóvenes tienen prevalencias más altas se ha relacionado con cambios ambientales que incre-

mentan las enfermedades respiratorias y la obesidad, el aumento de la sobrevivencia en niños prematuros y con cáncer y la mayor sensibilidad para el diagnóstico de problemas del desarrollo (198).

4.7.1.2. Impacto

En los últimos 35 años, la prevalencia de condiciones crónicas en niños y adolescentes se ha incrementado, especialmente para el asma, la obesidad, los problemas del comportamiento y el aprendizaje (200,201). Otras enfermedades menos comunes también han tenido influencia en relación con la disponibilidad de cuidados médicos más complejos, tal es el caso de las secuelas de la prematuridad, las infecciones por VIH, el síndrome de Down, la fibrosis quística y la anemia de células falciformes (200). Las implicaciones duraderas de estos cambios epidemiológicos en el paciente y su familia son objeto de estudio de gran interés (202) y se ha sugerido que justificarían la implementación de nuevos modelos de atención tendientes a mitigar la morbilidad asociada. Poblaciones específicas, como los niños y adolescentes sobrevivientes de cáncer, son cada vez más numerosas, y se ha identificado un aumento de la morbilidad 5 años después del diagnóstico, lo cual puede impactar la calidad de vida y uso de los servicios (203). Se sabe que los escolares con diagnóstico de alguna condición crónica se ven más limitados en el desarrollo de sus actividades cotidianas que sus pares, y que los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad tienen un riesgo superior para el bajo nivel educativo y menores logros sociales y vocacionales (204).

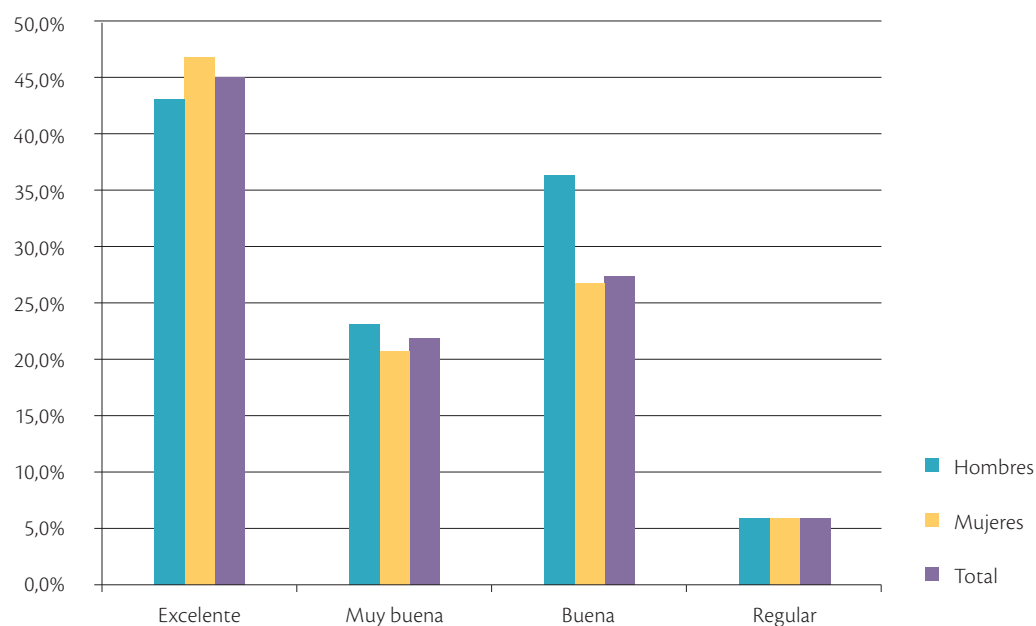
4.7.1.3. Estudios epidemiológicos

La relación de condiciones crónicas y problemas psiquiátricos en poblaciones pediátricas se ha abordado a partir del estudio de patologías específicas, al priorizar el uso de herramientas de tamización y no de diagnóstico (205). No se cuenta con estudios sobre población general en Colombia u otros países que aportaran información sobre dicha asociación.

4.7.1.4. Resultados

Se creó un instrumento que indagaba sobre la percepción de cómo es la salud física de los niños. En relación con las enfermedades, se agruparon según los sistemas en las que se presentan, se preguntaba si había sido diagnosticada por un médico y si recibe tratamiento. Las preguntas se le hacían al cuidador principal del niño. Se encuentra que la percepción sobre la salud física es similar para ambos sexos, el 94,1% de los cuidadores percibe como excelente, muy buena o buena la salud de la población infantil; el 5,8% la considera mala (gráfica 5.69) y el estimado de regular es impreciso por lo que no se presenta.

El 15,0% de la población infantil entre 7 y 11 años tiene, por lo menos, una enfermedad crónica reportada. De quienes reportan enfermedad crónica, el 51,8% presentan, por lo menos una; el 23,2%, dos; el 7,7%, 3 o más, y es impreciso para discriminar por género (tabla 5.136). Las enfermedades más frecuentemente reportadas son las pulmonares; el 23,8% de la población infantil con una enfermedad crónica presentan asma o enfermedad inflamatoria pulmonar; el 21,6%, trastornos del aprendizaje; el 15,7%, desnutrición, y el 15,5%. Otras enfermedades preguntadas, aunque con estimados imprecisos, son: enfermedad cardíaca, enfermedad renal, gastritis o reflujo gastroesofágico, estreñimiento o síndrome de intestino corto, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, enfermedades hematológicas, epilepsia, enfermedad neoplásica, anomalías congénitas, limitación visual, auditiva, sobrepeso u obesidad y discapacidad física. El porcentaje de tratamiento de las enfermedades va desde el 64,4% para sobrepeso hasta 90,9% para las enfermedades renales (véanse tablas en anexos).



Gráfica 5.69. Percepción de salud física en población infantil de 7 a 11 años comparada con personas de su edad

Tabla 5.136. Prevalencia de por lo menos una enfermedad crónica y número de enfermedades crónicas en población infantil entre 7 y 11 años

Enfermedades crónicas	Diagnóstico					
	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Por lo menos una	15,6	13,6-17,9	14,3	12,2-16,6	15,0	13,5-16,6
Solo una	51,8	44,4-59,5	51,6	43,4-59,7	51,8	46,2-57,3
Dos	24,5	18,6-31,6	21,6	15,7-29	23,2	18,8-28,2
Tres o más	*	*_*	*	*_*	7,7	5,3-11

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 el estimado de 4 o más por ser impreciso.

Al analizar la prevalencia de posibles problemas mentales, hay que tener en cuenta que se midieron con el RQC; este es positivo cuando hay por lo menos un síntoma presente, y para trastornos mentales se evaluaron con el DISC para trastorno depresivo mayor, distimia, ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos oposicionista desafiante, trastorno de conducta y trastorno por déficit de atención e hiperactividad cualquier tipo. De la población infantil entre 7 y 11 años con una enfermedad crónica, el 50,7% tiene un RQC positivo para un posible problema mental, cifra que incrementa al 70,8% cuando se reportan 2 o más enfermedades crónicas (tabla 5.137). Para la población infantil que tiene por lo menos una enfermedad crónica la prevalencia de cualquier trastorno mental es del 12,5% (IC 8,97-17,2), que es mayor a la prevalencia de cualquier trastorno mental en la población infantil general que es del 4,7% (IC 3,6-6,2).

Respecto a la población infantil que ha tenido por lo menos un trastorno mental en los últimos 12 meses, se encuentra que el 37,3% de ellos tienen por lo menos una enfermedad crónica (tabla 5.138), que es mayor al 15,0% (IC 13,5-16,6) de la población general. No se presenta la desagregación por los trastornos mentales específicos, dado que los estimativos son imprecisos.

Tabla 5.137. Prevalencia de posibles problemas de salud mental en población infantil entre 7 y 11 años con enfermedades crónicas

Número de enfermedades crónicas	RQC positivo	
	%	IC95 %
Una	56,7	49-64,2
Dos o más	70,8	62,1-78,2

Tabla 5.138. Prevalencia de condiciones crónicas en población infantil de 7 a 11 años con trastorno mental

Enfermedad crónica	Cualquier trastorno mental	
	%	IC95 %
Por lo menos una	37,3	28,1-47,6

Nota: cualquier trastorno incluye trastorno depresivo mayor, distimia, ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno oposicionista desafiante, TDAH cualquier tipo, trastorno de conducta.

4.7.2. Condiciones crónicas en adolescentes

Las condiciones crónicas han superado las enfermedades infecciosas en cuanto a su impacto en la salud pública y han generado altos costos en todo el sistema y un deterioro significativo en la calidad de vida de quienes las presentan (206). Tal fenómeno se ha ido extendiendo a los países en vías de desarrollo, y es probable que en estos últimos se relacione con un riesgo superior respecto a desenlaces desfavorables, debido a la menor disponibilidad de recursos para mitigar la problemática (207,208).

En la medida en que mejoran los tratamientos y la sobrevida de los adolescentes con enfermedades crónicas, también demandan más servicios en salud (209). Por otro lado, la edad más temprana de inicio de algunas condiciones con factores de riesgo comunes, como la dieta inapropiada, el sedentarismo y el abuso de sustancias, que han ido desplazando el interés en la descripción y planteamiento de estrategias preventivas a la población de niños y adolescentes (208). La asociación epidemiológica entre el sufrimiento psicológico y las condiciones crónicas respalda la necesidad de plantear estrategias de manejo integrales desde el primer nivel de atención (206).

4.7.2.1. Factores de riesgo

Para el caso de los adultos se han identificado factores de riesgo prevenibles como la dieta inapropiada, el sedentarismo, el consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias psicoactivas, importantes al momento de señalar las poblaciones más vulnerables (210). Dichos factores son, a la vez, problemáticas identificadas en menores de 18 años de edad (211,212). Los factores genéticos, los resultados de la exposición a toxas en etapas tempranas del desarrollo, la pobre red de apoyo y la depresión en los padres adquieren una relevancia especial en la presentación y curso de condiciones crónicas en poblaciones pediátricas (209).

4.7.2.2. Impacto

La calidad percibida de la propia salud tiene un valor predictivo sobre otras variables como la morbilidad, la mortalidad y el uso de servicios de salud (211). Se ha encontrado una relación entre el número de condiciones crónicas reportadas,

el malestar psicológico y las alteraciones funcionales (206). Los problemas psiquiátricos comórbidos tienden a reducir la adherencia a los tratamientos, aumentan los costos de atención e impactan negativamente en la funcionalidad (209).

4.7.2.3. Estudios epidemiológicos

La relación de condiciones crónicas y problemas psiquiátricos en esta población se ha abordado a partir del estudio de patologías específicas y se ha priorizado el uso de herramientas de tamización, en las que con frecuencia se reportan los síntomas ansiosos, los depresivos y los comportamentales en categorías combinadas. A partir de dichos estudios se ha documentado que los adolescentes con obesidad tienen una mayor prevalencia de trastornos mentales (213), además de más problemas en menores con trasplante cardíaco, epilepsia, sobrevivientes de cáncer, pacientes asmáticos, con talasemias, drepanocitosis, artritis y adolescentes con VIH. El impacto de dicha asociación tiene diferencias entre estudios (209).

4.7.2.4. Resultados

Dentro del instrumento aplicado en la encuesta se preguntó a los adolescentes (12 a 17 años) sobre su percepción de salud y la presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas, dentro de un grupo de enfermedades comunes, sin embargo para definir obesidad se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) teniendo en cuenta el peso y la estatura reportada por el adolescente y se tiene como obesidad un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Estos datos los generales los cruzamos con trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses que incluye a las personas que tuvieron por lo menos uno de depresión mayor, depresión menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipos I y II y otros trastornos afectivos bipolares, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico.

En la tabla 5.139 observamos que un 38,8% de los adolescentes perciben mejor su salud comparado con otras personas de su misma edad; esta percepción es ligeramente mayor en mujeres (40,3%) que en hombres (37,4%). Un 58,8% manifiesta tener una salud igual a los otros. En este caso es mayor la proporción de hombres (60,4%) que de mujeres (56,6%). Solamente un 2,7% de los adolescentes manifiestan tener una salud peor que la de sus pares.

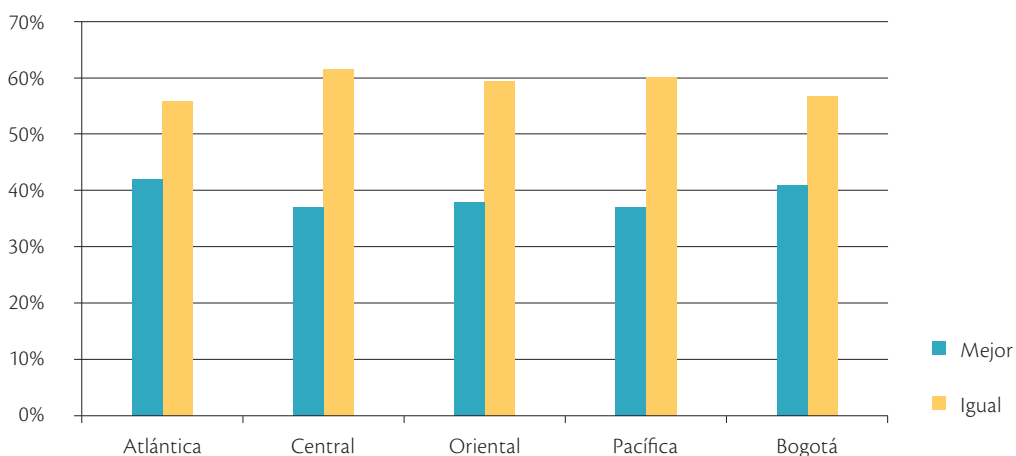
Tabla 5.139. Percepción de salud comparada con otras personas de la misma edad en adolescentes entre 12 y 17 años en Colombia

Percepción de salud comparado con las personas de su edad en adolescentes	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Mejor	37,4	33,7-41,2	40,3	36,7-44,1	38,8	36,2-41,5
Igual	60,4	56,5-64,1	56,6	52,8-60,4	58,5	55,8-61,1
Peor	*	*	*	*	2,7	1,9-3,7

Nota: los indicadores con (*) indican CVE mayores a 20 y no se presentan por su imprecisión.

De acuerdo con regiones, observamos que se mantiene la proporción de percepción en mejor que otros o igual. Siendo la suma de las dos mayor al 95%. Sin embargo, las regiones

Atlántica y Bogotá describen un mayor porcentaje de sentirse mejor que los demás (41,8% y 41,4%, respectivamente) (gráfica 5.70).



Gráfica 5.70. Percepción de salud comparada con personas de la misma edad en adolescentes entre 12 y 17 años según región

El 42,4% (IC95%: 39,7-45,0) de los adolescentes reportan por lo menos una enfermedad crónica; las más frecuentemente reportadas están en su orden: dermatitis (9,2%), enfermedad pulmonar (5,5%), acné (3,8%), enfermedad gastrointestinal (3,2%) y enfermedad mental (3,2%). Las dermatitis son más frecuentemente reportadas por mujeres, y las enfermedades pulmonares y el acné por los hombres; no obstante, todos sus intervalos de confianza se cruzan entre hombres y mujeres. Algunas patologías no son reportadas por su baja prevalencia. Es de resaltar que un 18,1% describen

tener obesidad (tabla 5.140). En general, más del 50% de los adolescentes describe estar recibiendo tratamiento con una oscilación entre 43% y 71,8%, siendo la más alta para enfermedades renales (71,8%) y pulmonares (61,4%) y la más baja para trastornos mentales (43%).

De manera general, un 30,6% de los adolescentes reportan una enfermedad de las indagadas, un 9% dos de ellas y un 2,7% tres o más. Es de anotar que 7% de las personas con un enfermedad crónica (incluye problemas de piel) refieren que limitan sus actividades diarias (tabla 5.141).

Tabla 5.140. Prevalencia de enfermedades crónicas y tratamiento en adolescentes

Enfermedad crónica	Diagnóstico						Reciben tratamiento	
	Hombre		Mujer		Total		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Dermatitis	7,2	5,4-9,4	11,2	8,9-13,9	9,2	7,7-10,9	58,5	49,3-67,1
Enfermedad renal	*	*	*	*	2,2	1,5-3,1	71,8	51,6-85,8
Enfermedad pulmonar	6,5	4,8-8,7	4,4	3,1-6,3	5,5	4,4-6,8	61,4	49,5-72,2
Enfermedad gastrointestinal	*	*	*	*	3,2	2,3-4,3	45,8	36,4-55,5
Enfermedad mental	*	*	*	*	3,2	2,3-4,3	43,0	28,1-59,3
Enfermedad hematológica	*	*	*	*	*	*	63,2	39,7-81,8
Acné	4,7	3,4-6,7	*	*	3,8	2,9-5,0	54,3	40,1-67,8
Epilepsia o convulsiones; enfermedad osteomuscular; diabetes mellitus; enfermedad neoplásica; enfermedad tiroidea	*	*	*	*	*	*	*	*
Obesidad (IMC \geq 30 kg/m ²)	19,8	16,9-23,0	16,9	14,3-19,8	18,3	16,4-20,5		

Nota: los indicadores con (*) indican CVE mayores a 20 y no se presentan por su imprecisión.

Tabla 5.141. Prevalencia de enfermedades crónicas y reporte de limitación en las actividades diarias en adolescentes

Número de enfermedades crónicas presentadas	Diagnóstico						Limita su actividad	
	Hombre		Mujer		Total		Limita su actividad	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Una enfermedad crónica	27,3	24,0-30,9	33,9	30,4-37,5	30,6	28,2-33,1	7,1	5,0-9,9
Dos enfermedades crónicas	9,8	7,7-12,5	8,2	6,4-10,6	9,0	7,6-10,7	*	*
Tres o más enfermedades crónicas	*	*	*	*	2,2	1,5-3,2	*	*

Nota: los indicadores con (*) indican CVE mayores a 20 y no se presentan por su imprecisión.

Tabla 5.142. Prevalencia de enfermedades crónicas en adolescentes con trastornos

Número de enfermedades crónicas	Algún trastorno en los últimos 12 meses	
	%	IC95 %
Una	27,6	24,4-31,2
Dos	8,7	6,7-11,2

Nota 1: algún trastorno mental incluye depresión mayor, depresión menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipo I, y otros trastornos afectivos bipolares, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico.

Nota 2: el indicador de tres o más enfermedades crónicas no se presenta por ser impreciso.

No se presentan las prevalencias de enfermedades mentales en las personas con condiciones crónicas por ser imprecisos. Ahora, el 27,6% de los adolescentes con algún trastorno mental en los últimos 12 meses tiene una enfermedad crónica que es similar a la prevalencia de una sola enfermedad crónica en este grupo etario 30,6% (IC95%: 28,2-33,1), y el 8,7% tiene 2 enfermedades tienen algún trastorno mental que también es similar 9,5% (IC95%: 7,6-10,7). Prevalencias más altas de trastornos mentales que en la población general (tabla 5.142).

4.7.3. Condiciones crónicas en adultos

Según la OMS, las condiciones crónicas son enfermedades de larga duración y progresión generalmente lenta (214). Para el Centro para Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, hay 97 condiciones clasificadas como crónicas, dentro de las cuales encontramos: hipertensión, falla cardíaca congestiva, enfermedad coronaria, diabetes mellitus, cáncer, arritmias, dislipidemia, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, artritis reumatoide, entre otras (215). Son la principal causa de muerte e incapacidad en el mundo; las más comunes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes. De los 35 millones de personas que murieron de enfermedades crónicas en 2005, la mitad tenía menos de 70 años, y la mitad corresponde a mujeres (214).

La comorbilidad entre condiciones médicas crónicas y mentales es muy frecuente: más del 68 % de los adultos con enfermedad mental reporta tener al menos una enfermedad médica (216) y 29 % de aquellos que tienen enfermedad crónica reporta enfermedad mental (217).

4.7.3.1. Factores asociados

La ocurrencia de las cuatro enfermedades crónicas más comunes —enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes tipo II— se asocia con factores de riesgo prevenibles. La OMS estableció cuatro factores de riesgo conductuales considerados los más importantes: consumo de tabaco, consumo perjudicial de alcohol, bajo consumo de frutas y verduras e inactividad física. Por otra parte, como factores de riesgo biológicos: hipertensión arterial, sobrepeso y la obesidad, glucemia elevada y colesterol total aumentado (181,218).

4.7.3.2. Impacto

Las enfermedades crónicas son consideradas actualmente un problema de salud pública tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Se caracterizan por su larga duración, por su lenta evolución y por ser la primera causa de muerte y discapacidad en el mundo entero (219). Según la OMS, 35 millones de personas en el mundo murieron a causa de estas enfermedades en 2005 y estas muertes representaron el 60 % del total de muertes (220).

Las consecuencias poblacionales, en términos de muerte prematura y discapacidad (carga de enfermedad) por estas

enfermedades, presentan una tendencia al aumento, principalmente en los países menos desarrollados, de donde provienen el 80 % de las muertes por estas causas. Esta situación amplía las brechas de salud entre los países con altos y bajos ingresos, ya que obstaculizan el desarrollo de los que cuentan con mayores índices de pobreza.

Más del 75 % de todos los costos en salud son dados por condiciones crónicas (221). Cuatro de las cinco condiciones de salud más costosas son por enfermedades crónicas —enfermedad cardíaca, cáncer, enfermedad mental y condiciones pulmonares— (222).

Los pacientes con enfermedad médica y psiquiátrica evidencian mayor discapacidad: experimentan molestias con más frecuencia, tienen un espectro más amplio de cuidado médico irregular, demandan evaluaciones médicas más completas y laboriosas, hospitalizaciones más prolongadas y tratamientos especializados más costosos (223).

4.7.3.3. Estudios epidemiológicos

Varios estudios muestran la asociación entre enfermedad mental y crónica. Se ha encontrado que la depresión es dos veces más frecuente en pacientes con diabetes (224) especialmente in less-developed countries. \nOBJECTIVE: To estimate prevalence, severity, and treatment of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV. Los pacientes con asma tienen 2,3 veces más riesgo de sufrir depresión, al comparar con los pacientes sin asma (225). Los pacientes con enfermedad cardiovascular, a su vez, tienen 1,4 veces más riesgo de tener trastorno de ansiedad (226).

Las vías que llevan a enfermedad médica y mental son complejas y bidireccionales, tanto la enfermedad médica, que puede llevar a alteración mental, como el trastorno psiquiátrico, capaz de conducir a una enfermedad médica; por ejemplo, la depresión, un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular (227).

En un estudio realizado por la OMS para evaluar la relación entre enfermedades médicas y psiquiátricas en cuidado primario en varios países, encontró que en los pacientes con enfermedades médicas crónicas la prevalencia de los trastornos psiquiátricos diagnosticados con el CIDI fue de 27,2 % para el conjunto de los centros participantes. Esta cifra, mayor que la obtenida en los individuos sin enfermedades crónicas (19,1), confirma el hecho de que este tipo de comorbilidad es regular. El trastorno de somatización, la dependencia de alcohol y el trastorno de ansiedad generalizada se presentaron

con frecuencia duplicada en los pacientes con enfermedades médicas crónicas (223).

En cuanto a la prevalencia de episodios depresivos y autoevaluación del estado de salud, los resultados obtenidos confirman que la depresión es más frecuente entre las personas afectadas por una enfermedad o discapacidad física,

pues la autoevaluación del estado de salud como “malo o muy malo” se asocia con la presencia de episodios depresivos en el último mes (228). En la tabla 5.143 se pueden ver las prevalencias de algunos trastornos psiquiátricos en enfermedades crónicas.

Tabla 5.143. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en enfermedades crónicas (209)

Patología	Comorbilidad (%)	
	Depresión	Ansiedad
Falla cardiaca	25	12-45
Enfermedad coronaria	15-20	5,3
Asma	20-50	45
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	42	44
Artritis reumatoidea	45	29,7
Cáncer	6-38	20,5
Fibromialgia	18	71
Diabetes	9-26	5,9
Enfermedad cerebrovascular	14-19	4-28
Enfermedad renal crónica	27	45

4.7.3.4. Resultados

En esta encuesta se creó un cuestionario para definir cómo las personas consideran su salud física e identificar la presencia de múltiples condiciones crónicas que se definen según las más prevalentes o los sistemas a lo que pertenecen según la persona informaba si esta había sido diagnosticada por un médico; en tanto para obesidad se calculó el IMC a partir de la estatura y peso reportado por cada persona; se tiene como obesidad un IMC ≥ 30 kg/m². En el análisis que se realiza con trastornos mentales son los que presentan algún trastorno en los últimos 12 meses y hay que tener en cuenta que los evaluados dentro de los trastornos del afecto incluyen depresión mayor, depresión menor, distimia, trastorno afectivo

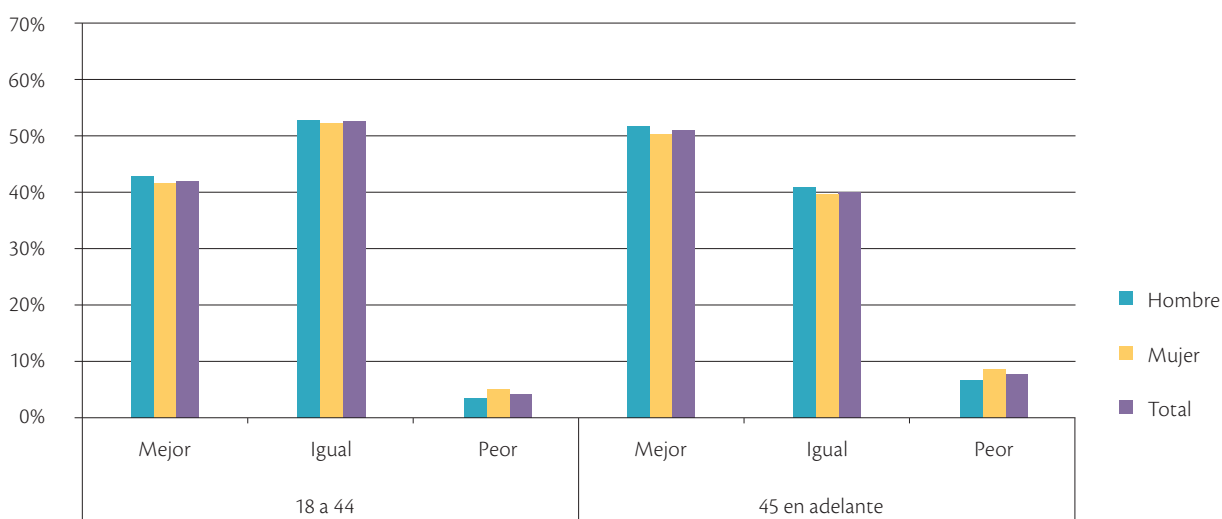
bipolar tipos I y II y otros trastornos afectivos bipolares. Los trastornos de ansiedad incluyen fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico, y algún trastorno mental incluye las personas que tuvieron por lo menos uno de los anteriores.

4.7.3.4.1. Percepción de salud física

La percepción de salud física al compararla con personas de su edad en las personas entre 18 y 44 años es considerada por el 95,3% como igual o mejor, que es similar a las personas de 45 años en adelante, para quienes en el 91,9% consideran lo mismo (tabla 5.144 y gráfica 5.71).

Tabla 5.144. Comparación de la salud física con personas de su edad

Comparación	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
18 a 44 años						
Mejor	43,4	41,2-45,7	41,7	39,8-43,6	42,4	41,0-43,9
Igual	53,0	50,8-55,3	52,8	50,9-54,7	52,9	51,4-54,4
Peor	3,5	2,8-4,4	5,3	4,5-6,2	4,5	4,0-5,2
45 años en adelante						
Mejor	52,2	49,7-54,8	50,8	48,8-52,9	51,4	49,8-53,0
Igual	41,2	38,7-43,7	40,1	38,1-42,2	40,5	39,0-42,1
Peor	6,6	5,5-8,0	8,9	7,7-10,1	8,0	7,1-8,9



Gráfica 5.71. Comparación de la salud física con personas de su edad. Población de 18-44 años y 45 en adelante

4.7.3.4.2. Condiciones crónicas

Para la población colombiana en el rango de edad de 18 a 44 años se encuentra que el 36,7% (IC95%: 35,3-38,1) describe que han sido diagnosticados con por lo menos una enfermedad crónica, de las cuales la más frecuente es la obesidad presentándose en un 10,5%, seguida de la hipertensión (5,9%), enfermedad gastrointestinal (4,3%) y enfermedad pulmonar (3,3%). La enfermedad mental diagnosticada por médico se reportó en 2,4%, siendo 2,7% para mujeres y 2% para hombres. Esto es una cifra menor a la encontrada por el estudio

al aplicar la encuesta CIDI-CAPI. Entre las enfermedades menos frecuentes en este rango de edad (18 a 44 años) se presenta la enfermedad hepática en un 0,7%, la enfermedad neoplásica y la epilepsia, ambas con un 0,8%; y la enfermedad renal, cardíaca, reumatológica y otras enfermedades crónicas cada una en 1,7%. Las prevalencias entre hombres y mujeres para los diferentes tipos de enfermedades crónicas son muy similares, excepto en dolor crónico en donde las mujeres doblan a los hombres (3,8% vs. 1,7%) (tabla 5.145).

Tabla 5.145. Prevalencia de enfermedades crónicas reportadas y tratamiento en personas entre 18 y 44 años en Colombia

Enfermedad crónica	Diagnóstico						Reciben tratamiento	
	Hombre		Mujer		Total		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
HTA	4,7	3,8-5,7	6,8	5,9-7,8	5,9	5,3-6,6	53,4	47,5-59,3
Diabetes mellitus	2,1	1,5-2,8	3,0	2,4-3,8	2,6	2,2-3,1	58,3	49,1-67,1
Enfermedad neoplásica	*	*_*	1,2	0,8-1,6	0,8	0,6-1,1	72,9	57,1-84,5
Enfermedad renal	1,6	1,1-2,3	1,7	1,3-2,3	1,7	1,3-2,1	61,6	50,1-71,9
Enfermedad tiroidea	*	*_*	2,9	2,3-3,6	2,1	1,7-2,5	74,7	64,9-82,5
Enfermedad pulmonar	2,8	2,1-3,7	3,7	3,0-4,5	3,3	2,8-3,9	57,9	49,7-65,8
Enfermedad cardiaca	1,5	1,0-2,1	1,8	1,3-2,3	1,7	1,3-2,1	39,9	29,6-51,3
Enfermedad gastrointestinal	2,6	1,9-3,5	5,4	4,6-6,4	4,3	3,7-5,0	51,7	48,0-55,3
Enfermedad mental	2,0	1,4-2,7	2,7	2,1-3,4	2,4	2,0-2,9	49,7	40,5-58,9
Enfermedad reumatológica	*	*_*	2,0	1,6-2,6	1,7	1,4-2,1	41,2	30,9-52,2
Enfermedad hepática	0,8	0,5-1,4	*	*_*	0,7	0,5-1,0	43,8	28,2-60,6
Enfermedad cerebrovascular	*	*_*	*	*_*	*	*_*	87,1	57,9-97,1
Dolor crónico	1,7	1,2-2,5	3,8	3,1-4,6	2,9	2,5-3,5	51,6	42,9-60,2
Epilepsia	*	*_*	*	*_*	0,8	0,6-1,1	75,1	57,7-87,0
Otra enfermedad crónica	*	*_*	2,2	1,7-2,9	1,7	1,4-2,2	58,8	56,2-61,4
Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m ²)	9,0	7,7-10,4	11,5	10,4-12,8	10,5	9,6-11,4		

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

Para las personas en este grupo etario que tienen alguna condición crónica la patología en la que el mayor porcentaje de los afectados reciben tratamiento es para la enfermedad cerebrovascular, en el 87,1% (no se muestra la prevalencia de la patología debido a que el valor estimado es impreciso), seguido de la epilepsia, donde los pacientes reciben tratamiento, en el 75,1%; enfermedad tiroidea, en el 74,7%, y enfermedad neoplásica, en un 72,9%. Entre las enfermedades crónicas que menos tratamiento reciben se encuentran la enfermedad mental (49,7%), la enfermedad cardiaca (39,9%), la enfermedad reumatológica (41,2%) y la enfermedad hepática (43,8%). A pesar de que la hipertensión, enfermedad gastrointestinal y diabetes son relativamente prevalentes (5,9%, 4,3% y 2,6%, respectivamente), solo aproximadamente la mitad de los pacientes con estas patologías reciben tratamiento (tabla 5.145). En cuanto a la obesidad, que es la enfermedad más prevalente en este grupo etario, no se dispone de datos

con respecto a los que reciben tratamiento, dado que el cálculo del IMC se hizo durante el análisis de los resultados y no como reporte de los encuestados.

Al analizar el número de enfermedades crónicas y la limitación en las actividades diarias de la población colombiana en el grupo de 18 a 44 años, el 25,3% tiene una enfermedad crónica; el 7,9%, 2; el 3,5%, 3 o más, donde a mayor número de condiciones crónicas presentes en una persona hay más queja de limitación en las actividades diarias; en aquellos que tienen 4 enfermedades crónicas se presenta limitación en sus actividades en un 42,6%, con 3 enfermedades en un 33,3%, con 2 en 16,5%, y en los que tienen una enfermedad la limitación referida es del 8,2%. En las mujeres se detecta mayor limitación funcional diaria en comparación con los hombres, independiente del número de enfermedades crónicas (tablas 5.146 y 5.147).

Tabla 5.146. Número de enfermedades crónicas y limitación en las actividades en personas entre 18 y 44 años

Número de enfermedades crónicas presentadas	Diagnóstico						Limita las actividades	
	Hombre		Mujer		Total		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Una	21,9	20,0-23,8	27,8	26,1-29,5	25,3	24-26,6	8,2	6,7-10,0
Dos	5,46	4,51-6,59	9,6	8,5-10,8	7,9	7,1-8,7	16,5	12,9-20,9
Tres	1,37	0,94-1,99	2,9	2,4-3,6	2,3	1,9-2,7	33,3	25,1-42,7
Cuatro	*	*	0,9	0,57-1,3	0,9	0,7-1,2	42,6	28-58,7

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 presentan los estimados de las personas con 2 enfermedades crónicas ni algún trastorno del afecto por ser imprecisas.

Nota 3: trastornos del afecto incluyen depresión mayor, depresión menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipos I y II y otros trastornos afectivos bipolares. Los trastornos de ansiedad incluyen fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico. Cualquier trastorno incluye las personas que tuvieron por lo menos uno de los anteriores.

Nota 4: el indicador de por lo menos una enfermedad que limita las actividades no incluye a las personas que solo tuvieron obesidad.

Tabla 5.147. Prevalencia de trastornos mentales en personas entre 18 y 44 años en personas con enfermedades crónicas

Número de enfermedades crónicas	En los últimos 12 meses					
	Algún trastorno del afecto		Algún trastorno de ansiedad		Algún trastorno	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Una	3,8	2,9-5,1	2,7	1,9-3,8	5,9	4,6-7,4
Dos	*	*	*	*	10,3	7,5-13,9
Tres o más	*	*	*	*	16,8	11,2-24,4
Por lo menos una enfermedad que limita las actividades	16,0	11,6-21,7	13	8,96-18,4	21,4	16,3-27,6

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 presentan los estimados de las personas con 2 enfermedades crónicas ni algún trastorno del afecto por ser imprecisas.

Nota 3: trastornos del afecto incluyen depresión mayor, depresión menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipos I y II y otros trastornos afectivos bipolares. Los trastornos de ansiedad incluyen fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico. Cualquier trastorno incluye las personas que tuvieron por lo menos uno de los anteriores.

Nota 4: el indicador de por lo menos una enfermedad que limita las actividades no incluye a las personas que solo tuvieron obesidad.

Respecto a la prevalencia de trastornos mentales en la población colombiana entre 18 y 44 años con enfermedades crónicas se encuentra que el 3,8% de personas con una enfermedad crónica presentan algún trastorno del afecto, que es similar a la prevalencia reportada para la población general del mismo grupo etario 3,0% (IC95 % 2,4-3,8); la de trastornos de ansiedad es del 2,7%, que también es similar a la población general, 2,7% (IC95 %: 2,1-3,3), y la de cualquier trastorno es de 5,9% y sigue siendo similar comparada con 5,1% (IC95 % 4,3-6,0). Sin embargo, el 10,3% de las personas

con 2 enfermedades crónicas tienen algún trastorno mental que es mayor a la prevalencia de este grupo etario; el 16,8% que tiene 3 enfermedades crónicas o más tiene algún trastorno mental. El 16,0% de las personas que reportan por lo menos una condición crónica que limita sus actividades tienen algún trastorno del afecto, el 21,7% tienen algún trastorno de ansiedad; esto se resume en que el 21,4% de los que tienen una condición crónicas que limita sus actividades tienen algún trastorno mental de los evaluados en este estudio (tabla 5.148). En las personas con una enfermedad crónica, el

11,9% (IC95 %: 10,1-13,9) tienen el SRQ positivo como indicador de psicopatología; los que tienen 2 enfermedades crónicas, el 19,9 % (IC95 %: 16,0-24,4), y con 3 o más, el 31,7 %

(IC95 %: 24,3-40,2). En los grupos de 2 y 3 o más enfermedades crónicas la prevalencia es mayor a la general de este grupo etario que es 9,6 % (IC95 %: 8,8-10,5).

Tabla 5.148. Prevalencia de enfermedades crónicas en personas entre 18 y 44 años con trastornos mentales en los últimos 12 meses

Número de enfermedades crónicas	En los últimos 12 meses					
	Algún trastorno del afecto		Algún trastorno de ansiedad		Algún trastorno	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Una	31,2	24,0-39,5	27,9	20,3-37,0	30,4	24,6-36,9
Dos	16,0	10,7-23,1	*	*	16,2	11,9-21,6

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 presentan los estimados de las personas con 2 enfermedades crónicas ni algún trastorno del afecto por ser imprecisas.

Nota 3: trastornos del afecto incluyen depresión mayor, depresión menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipos I y II y otros trastornos afectivos bipolares. Los trastornos de ansiedad incluyen fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico. Cualquier trastorno incluye las personas que tuvieron por lo menos uno de los anteriores.

Nota 4: el indicador de por lo menos una enfermedad que limita las actividades no incluye a las personas que solo tuvieron obesidad.

En el 31,2% de personas con algún trastorno del afecto y el 27,9% con algún trastorno de ansiedad tienen una enfermedad crónica; esto se resume en que el 30,4% de las personas con cualquier trastorno mental de los medidos tienen una enfermedad crónica. Esto es similar a la prevalencia de la población de este grupo etario, que es del 25,3 (IC95 %: 24,0-26,6). Sin embargo, el 16,0% de las personas con algún trastorno del afecto reportan dos enfermedades crónicas no se presenta el estimados de trastornos de ansiedad por ser imprecisos; pero esto se resume en que el 16,2% de las personas con algún trastorno mental tienen dos enfermedades crónicas, que en este caso es mayor a reportada en la población general: el 7,9% (IC95 %: 7,1-8,7%). No se presentan los estimados de 3 o más condiciones crónicas, por ser imprecisos

En cuanto a la población mayor de 45 años, la prevalencia de por lo menos una enfermedad crónica es del 65,8%, (IC 64,2-67,3) siendo la hipertensión arterial en un 33,3%, seguida de la obesidad en un 16,1% y enfermedades reumatológicas en un 15,1% (tabla 5.149). La prevalencia de enfermedades crónicas en este rango de edad es mayor en las mujeres comparada con los hombres para todas las enfermedades, siendo mayor la diferencia en enfermedad tiroidea (8,9% vs. 2,4%), enfermedad reumatológica (19,5% vs. 8,4%) y dolor crónico (9,0% vs. 5,8%). La enfermedad mental como condición crónica se presenta en un 4,3% con mayor frecuencia en mujeres en un porcentaje de 5,4% y en los hombres se encuentra en un 2,6%. De estas personas que reportan enfermedad mental tan solo el 59,3% reciben tratamiento.

Tabla 5.149. Prevalencia de enfermedades crónicas y tratamiento en personas de 45 años en adelante

Enfermedad crónica	Diagnóstico						Reciben tratamiento	
	Hombre		Mujer		Total		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
HTA	29,0	26,7-31,4	36,1	34,1-38,1	33,3	31,8-34,8	88,1	86,2-89,8
Diabetes mellitus	8,9	7,5-10,4	10,5	9,3-11,8	9,8	8,9-10,8	84,6	80,5-87,9
Enfermedad neoplásica	*	*.*	3,3	2,6-4,1	2,4	1,9-2,9	74,6	64,0-82,9
Enfermedad renal	3,4	2,6-4,5	4,7	3,9-5,7	4,2	3,6-4,9	73,5	66,1-79,7
Enfermedad tiroidea	2,4	1,8-3,4	8,9	7,8-10,2	6,4	5,6-7,2	92,9	89,0-95,5
Enfermedad pulmonar	5,3	4,2-6,6	6,9	5,9-8,0	6,2	5,5-7,1	74,4	68,4-79,7
Enfermedad cardiaca	5,0	4,0-6,2	6,9	5,9-8,0	6,1	5,4-7,0	79,8	74,3-84,5
Enfermedad gastrointestinal	2,6	1,9-3,5	5,4	4,6-6,4	4,3	3,7-5,0	73,0	69,8-76,0
Enfermedad mental	2,6	1,9-3,5	5,4	4,6-6,4	4,3	3,7-5,0	59,3	51,6-66,6
Enfermedad reumatológica	8,4	7,1-9,9	19,5	17,9-21,3	15,1	14,0-16,3	61,8	57,6-65,8
Enfermedad hepática	*	*.*	1,6	1,2-2,2	1,3	1,0-1,7	77,2	64,4-86,4
Enfermedad cerebrovascular	*	*.*	1,4	1,0-2,0	1,4	1,1-1,9	74,2	60,0-84,7
Dolor crónico	5,8	4,7-7,2	9,0	7,9-10,3	7,8	6,9-8,7	63,9	58,1-69,4
Otra enfermedad crónica	2,8	2,1-3,8	2,5	1,9-3,3	2,6	2,2-3,2	84,8	83,2-86,2
Obesidad (IMC \geq 30 kg/m ²)	11,9	10,3-13,6	18,8	17,3-20,5	16,1	14,9-17,3		

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 presentan los estimados de epilepsia por ser imprecisos.

A diferencia de los pacientes con enfermedades crónicas en el rango de 18 a 44 años, los pacientes mayores de 45 años en un alto porcentaje reciben tratamiento para sus condiciones en la mayoría de enfermedades, donde el 88,1% de las personas con hipertensión (que es la patología más frecuente en este grupo de edad) reciben tratamiento; en tanto que las personas con enfermedad mental tiene la menor tratamiento con un 59,3% (véase tabla 5.149).

Igualmente, en este rango de edad (> 45 años), a mayor número de enfermedades crónicas, mayor limitación en las actividades de la vida diaria. Así, en los pacientes con 5 o más enfermedades, se encuentra limitación funcional en el 55,0%. Nuevamente, las mujeres presentan mayor limitación, con respecto a los hombres, independiente del número de enfermedades crónicas (tabla 5.150).

Tabla 5.150. Número de enfermedades crónicas y limitación en las actividades en personas de 45 años en adelante

Número de enfermedades crónicas presentadas	Diagnóstico						Limita las actividades	
	Hombre		Mujer		Total		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Una	31,4	29,1-33,9	29,1	27,3-31,0	30,0	28,6-31,5	8,7	7,2-10,5
Dos	13,5	11,9-15,4	19,2	17,6-20,9	17,0	15,8-18,2	17,1	14,4-20,3
Tres	7,0	5,8-8,4	12,3	10,9-13,7	10,2	9,2-11,2	30,7	26,2-35,6
Cuatro	2,1	1,5-3,0	5,6	4,7-6,6	4,2	3,6-4,9	40,7	33,2-48,7
Cinco o más	*	*	3,6	2,9-4,5	2,6	2,2-3,2	55,0	44,8-64,8

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

Respecto a la prevalencia de trastornos mentales en la población colombiana de 45 años en adelante se encuentra que el 2,2% de las que tienen una sola enfermedad tienen algún trastorno mental de los evaluados, que es similar al 2,3% (IC95%: 1,8-3,0) de prevalencia en la población general. No se presentan las prevalencias de trastornos mentales en la población con 2 enfermedades crónicas, por ser imprecisos. El 4,6% de las personas que tienen tres o más enfermedades crónicas tienen algún trastorno del afecto que es mayor al 1,6% (IC95%: 1,1-2,1) reportado para la misma población sin

condiciones crónicas, no se presentan los datos para trastornos de ansiedad por ser imprecisos; pero esto se resume con que el 5,1% de las personas con tres o más enfermedades crónicas tienen algún trastorno mental (del afecto o ansiedad), que es 2,2 veces mayor al de la población de este grupo etario. Y para las personas que tienen por lo menos una enfermedad crónica que limita sus actividades diarias la prevalencia de cualquier trastorno mental es del 8,2%, que es 3,6 veces mayor a la prevalencia de este grupo etario (tabla 5.151).

Tabla 5.151. Prevalencia de enfermedades mentales los últimos 12 meses en la población mayor de 45 años con enfermedades crónicas

Número de enfermedades crónicas	Algún trastorno del afecto		Cualquier trastorno	
	%	IC95 %	%	IC95 %
Una	*	*	2,2	1,5-3,2
Tres o más	4,6	3,2-6,5	6,9	5,1-9,1
Por lo menos una enfermedad que limita las actividades	*	*	8,2	6,0-11,2

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 presentan los estimados de las personas con 2 enfermedades crónicas ni algún trastorno del afecto por ser imprecisas.

Nota 3: trastornos del afecto incluyen depresión mayor, depresión menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipos I y II y otros trastornos afectivos bipolares. Los trastornos de ansiedad incluyen fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico. Cualquier trastorno incluye las personas que tuvieron por lo menos uno de los anteriores.

Nota 4: el indicador de por lo menos una enfermedad que limita las actividades no incluye a las personas que solo tuvieron obesidad.

En las personas con una enfermedad crónica el 7,7% tienen el SRQ positivo como indicador de psicopatología, los que tienen 2 enfermedades crónicas son el 10,8% y con 3 o más el 27,2%. Al comparar con la prevalencia de este grupo etario el SRQ es positivo en el 11,2% (IC95%: 10,2-12,3), entonces las personas con una enfermedad crónica tienen una prevalencia menor, los que tienen dos es similar y los que tienen 3 o más es mayor (ver tablas anexas tomo II).

En las personas con algún trastorno del afecto el 50,7% reportan tres o más condiciones crónicas que es mayor a la prevalencia de este número de condiciones crónicas 18,8% (IC95%: 17,5-20,1) en este grupo etario; la prevalencia de una o dos enfermedades crónicas no se presentan por ser impre-

cisas. También es mayor la prevalencia de tres o más enfermedades crónicas en las personas con algún trastorno de ansiedad, que es del 44,1%. Tampoco se presentan las prevalencias de una ni de dos enfermedades en las personas con este tipo de trastornos mentales, por ser imprecisos. Esto se resume que en las personas con alguno de estos trastornos mentales el 23,8% tienen una sola condición crónica, que es similar a la prevalencia en este grupo etario (30,0%; IC95%: 28,6-31,5). La prevalencia de dos condiciones crónicas es imprecisa, por lo que no se presenta y la prevalencia de tres condiciones crónicas en las personas con algún trastorno mental de los medidos es del 45,1%, que es mayor al 18,8% reportado para el grupo etario (tabla 5.152).

Tabla 5.152. Prevalencia de enfermedades crónicas en personas de 45 en adelante con trastornos mentales

Número de enfermedades crónicas	En los últimos 12 meses					
	Algún trastorno del afecto		Algún trastorno de ansiedad		Algún trastorno	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Una	*	*	*	*	23,8	16,5-33,0
Tres o más	50,7	38,4-63,0	44,1	31,1-57,9	45,1	35,4-55,1

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 presentan los estimados de las personas con 2 enfermedades crónicas ni algún trastorno del afecto por ser imprecisas.

Nota 3: trastornos del afecto incluyen depresión mayor, depresión menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipos I y II y otros trastornos afectivos bipolares. Los trastornos de ansiedad incluyen fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico. Cualquier trastorno incluye las personas que tuvieron por lo menos uno de los anteriores.

Nota 4: el indicador de por lo menos una enfermedad que limita las actividades no incluye a las personas que solo tuvieron obesidad.

4.8. Discusión

4.8.1. Niños

En este aparte se presentan los resultados acerca de los trastornos mentales en población infantil. Para ello se utilizó el instrumento DISC, que realiza una entrevista estructurada con diagnósticos del DSM-IV. Este instrumento lo han empleado varios países latinoamericanos, entre ellos Puerto Rico y Chile, cuyos respectivos trabajos sirvieron como insumo para planear el presente estudio; a la vez, los coordinadores de los estudios en estos dos países sirvieron como asesores para el presente. Los algoritmos para el análisis de los datos fueron suministrados por el grupo de Puerto Rico, que al mismo tiempo verificaron el procesamiento de los datos, a fin de asegurar un adecuado análisis de los datos. Es de resaltar que este instrumento ha tenido buen desempeño en los países donde se ha realizado. Por ser el primer estudio sobre trastornos hecho en Colombia, tendremos solamente comparaciones con datos reportados en otros países del mundo, que nos permiten esbozar cierta comparabilidad.

Al respecto en la tabla 5.90 se describen diversas prevalencias en Latinoamérica (Chile, Puerto Rico y Brasil) y Europa (Inglaterra), excluyendo Irán y Holanda, por tener valores extremos. Se encontraron prevalencias de trastorno de ansiedad de separación que oscilan de 1,1% a 6,1%, que contiene al 1,8% (IC95%: 1,1-3,0) encontrado en Colombia. Sobre el trastorno de ansiedad generalizado, las prevalencias han oscilado entre 0,2% y 3,8%, que contiene el 0,4% (IC95%: 0,2-0,4) de Colombia. De cualquier trastorno depresivo del

0,2 al 3%, un tanto más altos que el 0,1% (IC95%: 0,0-0,3) reportado en este estudio, excepto por el estudio de 0,2% de Inglaterra. El trastorno general por déficit de atención tiene prevalencias de 1,6% al 8% (no incluimos el 15,5% de Chile, por ser extremo), que contiene el 3% (IC95%: 2,1-4,1) de Colombia. La variedad hiperactiva es más frecuente en Colombia, en tanto que la combinada lo es para Brasil e Inglaterra. El trastorno oposicional desafiante presenta del 2,8% al 7,8% más altos para estos países, que el 0,4% (IC95%: 0,2-0,8) de Colombia. Y el trastorno de conducta reporta prevalencias de 0,6% a 2,2%, más altos que el 0,2% (IC95%: 0,1-0,9) descrito para Colombia.

Es de anotar que solamente el valor del trastorno oposicional (negativista) desafiante presenta una prevalencia que no se incluye en los rangos de los países descritos. Ello puede obedecer a características culturales de nuestro país, en el cual la serie de comportamientos que se evalúan (conductas de discusión con los adultos, rehusar acatar órdenes, deliberadamente, irritar a los demás, ser vengativo, rencoroso y otros) no son corrientemente aceptados en nuestra cultura y ello podría llevar a una menor prevalencia de estos o a la dificultad de aceptar estas conductas por parte del cuidador, quien era la persona entrevistada para esta encuesta. Este punto, pensamos, requiere futuros estudios.

De manera general, encontramos una prevalencia de trastornos mentales en niños de 4,7% (IC95%: 3,8-6,2), con una mayor prevalencia en niñas (5,6%) que en niños (3,8%), cifras similares a las encontradas para estos los trastornos medidos en otros países. Esta prevalencia es una base sobre la cual de-

ben ser sumadas las cifras descritas para posible trastorno de estrés postraumático (TEPT); los posibles trastornos del aprendizaje, de la comunicación y retardo mental —cuyas posibles cifras son bastante altas y fueron descritas en el capítulo de problemas (algunos de ellos posibles trastornos)— y, a la vez, otros trastornos no medidos en este estudio —como los trastornos profundos del desarrollo (trastornos autistas, de Asperger, Rett, otros trastornos profundos del desarrollo); trastornos de la eliminación (enuresis, encopresis), de la alimentación (pica, rumiación, anorexia, bulimia), trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos psicóticos— nos llevan a pensar en que tenemos una importante prevalencia de trastornos en la población infantil, con lo cual se podría llegar a cifras del 8-12%. Los datos de los otros trastornos que no tendremos mediante un estudio tipo encuesta obedecen a la falta de escalas o cuestionarios válidos para realizarlos, así como a la imposibilidad de realizar encuestas extensas a nivel poblacional y a la necesidad de tener muestras de un tamaño muy grande (con el suficiente poder) para lograr obtener estimaciones más precisas para trastornos con bajas prevalencias.

4.8.2. Adolescentes y adultos

Los resultados que se presentan en este capítulo se refieren a los trastornos psiquiátricos presentes en la población de adolescentes y adultos en Colombia. Para ello se aplicó el CIDI CAPI (versión 21.1.3) utilizando algoritmos del DSM-IV para lograr comparabilidad con el estudio realizado en el ENSM-2003; sin embargo, se establecieron algunos criterios más exigentes para los algoritmos que aquellos empleados en el ENSM-2003, de acuerdo con los cambios que se han suscitado en ellos en los últimos años. Así mismo, y a diferencia de aquel estudio, se realizaron solamente algunas patologías para ser interrogadas en la población seleccionada, lo cual es relevante al momento de realizar comparaciones, por cuanto en el presente estudio se tendrán prevalencias globales menores al ENSM-2003, dado que se realizaron menos trastornos para dar una mayor relevancia a los aspectos de salud mental, problemas mentales, acceso y valoración de los estados de salud. En este sentido, se indagaron únicamente: trastornos depresivos (depresión mayor, depresión menor, distimia, trastorno afectivo bipolar I y otros trastornos afectivos bipolares (II y no clasificados), trastornos de ansiedad

(trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizado y fobia social) e intento de suicidio. A diferencia del estudio de 2003 se realizó el tamizaje de trastornos de personalidad que provee el CIDI-CAPI. Para cada uno de los trastornos investigados se realizó la prevalencia en toda la vida, últimos 12 meses y 30 días, tal y como se hizo en el ENSM-2003. Por otra parte, en el presente estudio no se realizó el CIDI para abuso y dependencia de alcohol y sustancias psicoactivas, los cuales brindaron prevalencias bajas en el ENSM-2003 y se indagó mediante el cuestionario AUDIT C y A, que pensamos detecta con mayor claridad los problemas de consumo y riesgo de abuso que existen en Colombia. Igualmente, se adaptó un cuestionario sobre la base del ASSIST, que indaga globalmente sobre el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas. Finalmente, no se realizó la evaluación de TEPT derivado del CIDI, puesto para este trastorno esta entrevista ha demostrado algunas dificultades al emplearlo cuando hay múltiples traumas, por lo cual se optó por el cuestionario PCL que modificamos, haciéndolo más objetivo respecto a la frecuencia de los síntomas descritos. Estos cuestionarios son reportados en la sección de problemas, no obstante ser un buen aproximado a las categorías diagnósticas de abuso y dependencia de alcohol, así como de consumo de sustancias y riesgo de TEPT.

Por otra parte, y para enmarcar posibles comparaciones es deseable situarnos en el 2003 y en el 2015, en la conyuntura que se vivía en cada momento, con el fin de comprender las repercusiones que en las cifras de salud mental ello pueda tener. Al respecto es importante resaltar que en el 2003 el país se encontraba en un cambio incipiente en la estructura de Gobierno y seguridad que en los años inmediatamente anteriores había regido el país, asociado ello a una gran inquietud sobre la seguridad de los ciudadanos, una desesperanza generalizada, la imposibilidad para muchos de un Estado capaz de resguardar a su población, una baja inversión en el país, una migración para el periodo 1996-2003, que de acuerdo con el Departamento Administrativo de Seguridad ascendía a 1,6 millones de migrantes que no regresaron al país (229), un desempleo del 14,1% y una incidencia de pobreza monetaria extrema del 15,7%, que podemos resumir en la tabla 5.153.

Tabla 5.153. Coyuntura Nacional, 2003-2013

Variable	Unidad de medida	1993	2003	2014	Fuente
PIB per cápita real	Millones de pesos colombianos	1582,6	2261,3	7720,0	Banco Mundial (230)
Crecimiento PIB anual	Porcentaje anual	2,37	3,92	4,55	Banco Mundial (231)
Inversión, entrada neta de capital	Porcentaje del PIB	1,72	1,82	4,25	Banco Mundial (232)
Inflación (precios al consumidor)	Porcentaje anual	22,44	7,13	2,88	Banco Mundial (233)
Desempleo total	Porcentaje de la población activa total (estimación modelada de la OIT)	12,5	14,1	10,5	Banco Mundial (234)
Incidencia de la pobreza monetaria extrema	Porcentaje (nivel nacional)	-	15,7	8,1	DANE (235,236)
Incidencia de la pobreza monetaria	Porcentaje (nivel nacional)	-	48,0	28,5	DANE (235,236)
Muertes producto de la guerra	Cantidad de personas	195	1200 (2002) 500 (2003)	140 (2013)	Banco Mundial (237)
Desigualdad	Coefficiente Gini	-	-	0,538	DANE (236)
Homicidios	Casos nacionales totales	-	33.206 (238)	12.626	Forensis, 2014 (239)
Tasa de alfabetización	Porcentaje de personas de 15 años o más	81	93	-	Banco Mundial (240)
Suicidios	Casos	-	1938	1878	Forensis, 2003 (238)
Flujo migratorio	Total salidas de colombianos	-	1.777.220 no regresaron = 116.273 personas	3.910.856 (241) 2.571.968 millones (motivo turismo) No regresaron: 174.194 personas (241)	Migración Colombia (242)
Flujo migratorio	Total ingreso extranjeros	-	624.909 (242)	2.051.918 (241)	Migración Colombia
Conflicto armado	No víctimas notificadas (RUV)	-	1.261.803 millones	187.452 miles personas	UARIV(243)
Desplazamiento forzado	Total nacional (RUV)	-	777.008 personas	181.736 personas	UARIV (243)
Secuestro	Casos asociados a conflicto armado (RUV)	-	7814 personas	383 personas	UARIV (243)
Desaparición forzada	Total nacional (RUV)	-	25.231 personas	492 personas	UARIV (243)

La tabla 5.153 resume las variables de coyuntura económica que permiten establecer cambios en las condiciones de vida generales de los ciudadanos. Para todo el periodo se evidencia un incremento en el producto per cápita que, gracias a una disminución de la desigualdad, indica un mayor cubrimiento de las necesidades, lo que se ve reflejado en el tamaño de pobreza monetaria. Este último indicador ha cambiado de metodología de cálculo, por lo que no es posible realizar una comparación; sin embargo, el conjunto de información hace posible asumir que, independiente de la

metodología empleada, el porcentaje de personas en condición de pobreza ha disminuido. Adicionalmente, el incremento en la tasa de alfabetización y la disminución sostenida de la tasa de desempleo, sumado a niveles bajos de tasa de inflación y la disminución de las muertes violentas, permite inferir que para el 2014, en comparación con el 2003, la percepción de los ciudadanos sobre las condiciones generales de la economía y sus propias expectativas pudo presentar una mejoría.

Es importante tener en cuenta al analizar los datos lo discutible que viene siendo dentro de la psiquiatría la prevalencia de vida como medio de reportar prevalencias. Al respecto, los resultados consistentemente muestran disminuciones en las prevalencias de trastornos depresivos y ansiosos, medidos en cohortes, lo cual no ha sido explicado por efectos de periodo o cohorte. De acuerdo con algunos autores, ello se explica por efectos de diseño y sesgo de recuerdo (244). Aun cuando estos estudios han sido reportados para la prevalencia de vida, este sesgo del recuerdo puede repercutir en la prevalencia de últimos 12 meses, si por motivos de mayor acceso o mejor tratamiento los cuadros depresivos son tratados eficazmente y, por ello tiende, se tiende a olvidar los trastornos que se han sufrido. Igualmente, que por mejores condiciones del país las personas tiendan a recordar un tanto menos negativamente sus vidas, sus vivencias y, por ejemplo, los episodios depresivos acontecidos en el último año, o que ante una mejor situación los lapsos (recurrencias) entre episodios tiendan a incrementarse.

Por otra parte, se ha mostrado la relevancia del sesgo del recuerdo en las prevalencias de vida, sobre todo en algunos trastornos como la depresión mayor. Este punto puede explicar la menor prevalencia de depresión observada en este estudio respecto a los datos encontrados en el ENSM-2003. Datos que, además, fueron tomados en un periodo de tiempo cuando el país se encontraba con un gran pesimismo hacia el futuro. Así mismo, se ha postulado que una baja en la incidencia de la depresión a lo largo de los años, asociada al sesgo del recuerdo (recordar menos episodios anteriores), puede explicar esta disminución (245-247) sobre el sesgo del recuerdo. Según nuestros datos, tendrían gran influencia las condiciones socioeconómicas y de violencia que se viven en el país, que harían responder en materia de síntomas depresivos más negativamente en el 2003 que en el 2015. Más aún cuando para el momento de recolección de la muestra, primer trimestre del 2015, había cierto optimismo ante una posible firma del proceso de paz. Ello aunado a la diferencia de muestras utilizadas para el 2003 y el 2015, siendo mayoritariamente urbana en la primera y hasta los 65 años. En tanto que en esta encuesta se tiene una mayor representatividad rural, que podría servir para explicar las diferencias encontradas en las prevalencias de algunos trastornos.

En adolescentes observamos que en general las prevalencias son menores a las encontradas en el estudio del 2003, excepto por fobia social, donde se reporta en este un 3,4%,

en tanto que en el 2003 no se reportan casos. Por otra, parte la prevalencia general es de 4,4 (IC95%: 3,3-5,7) que aunado a lo encontrado para riesgo de TEPT, de abuso de alcohol, consumo de sustancias, intentos de suicidio y de los trastornos no medidos por esta encuesta (por ejemplo, trastornos psicóticos de tipo esquizofreniforme, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de la alimentación, trastornos de inicio en la infancia, déficit atención, trastorno negativista deafiante, conducta disocial, entre otros) harían suponer una prevalencia de alrededor de mínimo 8 a 10% para esta franja de población. Ello conlleva la necesidad de realizar intervenciones adecuadas para esta población, así como brindar un acceso real a psicoterapias y otros métodos de intervención que provean una atención idónea para este grupo.

En términos generales, en esta encuesta se observa que en adultos (18 años y más) una de cada 25 personas tiene alguno de los trastornos mentales evaluados con el instrumento CIDI en los últimos 12 meses y nueve de cada 100 los han padecido en toda la vida (tablas 5.115 a 5.117). Estos resultados son significativos desde el punto de vista clínico y de salud pública si se tiene en cuenta que en esta medición no se consideraron otros posibles diagnósticos, como los relacionados con el uso del alcohol y otras sustancias, la conducta alimentaria y el estrés postraumático, cuyo abordaje en esta encuesta se realiza desde la perspectiva de los problemas en salud mental; sin embargo, las prevalencias encontradas para estos problemas sugieren una prevalencia de mínimo un 10% en los últimos 12 meses de cualquier problema o trastorno mental.

De los trastornos evaluados en esta encuesta, los más prevalentes en adultos son el trastorno depresivo mayor y la fobia social tanto en la medición de los últimos 12 meses como en la de toda la vida. En general, los trastornos afectivos y de ansiedad estudiados fueron más frecuentes en las mujeres adultas que en los hombres y en las personas entre los 18 y 44 años de edad. Y en la valoración regional son significativos los hallazgos de las prevalencias tanto de los trastornos en general como los discriminados por depresivos, afectivos y de ansiedad encontrados en la región Pacífica, los cuales superan al promedio nacional para los últimos 12 meses.

En cuanto las comparaciones con estudios realizados en otros países es más limitada la comparabilidad, particularmente por la medición, la presentación de los datos, el momento de evaluación y las diferencias poblacionales. A pesar de esto se observa que en Colombia la prevalencia de los trastornos afectivos bipolares en toda la vida es similar a la

reportada en países como México y Rumania (148), y menor que la descrita en Estados Unidos, Nueva Zelanda y Brasil. En general, las prevalencias de los trastornos de ansiedad son más bajas a las reportadas para los diferentes periodos en otros países (tabla 5.114). En el caso particular de la medición de la depresión mayor, los resultados no son comparables, pues los encontrados en la literatura (163) corresponden a episodios y no a trastornos depresivos mayores.

Ahora, respecto a los rasgos de personalidad medidos, es importante resaltar la prevalencia del posible trastorno límite de personalidad con 4,6% (IC95%: 4,1-5,2), siendo este el mayor de los reportados como entidad individual y que llevan a pensar en el incremento que ha tenido esta estructura de personalidad en los últimos años. Con las prevalencias reportadas vale pensar en la necesidad de establecer medidas que permitan una mejor prevención y manejo para las personas que aquejan estos posibles rasgos de personalidad, que en algunos casos evidencian más síntomas (4, 5 o más) y sugieren la presencia de trastornos.

Acerca del suicidio, dividimos tanto en adolescentes como en adultos la presencia de ideación, suicida, plan suicida e intentos suicidas. Estas conductas son frecuentes en ambas poblaciones, con 6,6% para ideación suicida en ambas poblaciones, 1,8% y 2,4% para planes suicidas en adolescentes y adultos y 2,5% para intentos suicidas. Estos dos últimos requieren manejo por parte de un profesional idóneo y son compatibles con los datos encontrados en otros estudios y que se enuncian en la introducción. Es de resaltar que el intento suicida es diferente al acto suicida, que en Colombia está alrededor de 5 por 100.000 habitantes.

Finalmente, la asociación de condiciones crónicas y trastornos psiquiátricos sugiere que, por lo menos, en todos los grupos de edad, hay tanto una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en personas con enfermedad mental como una mayor prevalencia de enfermedades mentales en aquellas personas que manifiestan alguna enfermedad crónica. Al respecto, en personas de 18-44 años encontramos de un 5,9% de enfermedad mental en aquellas personas con una enfermedad crónica a un 16,8% cuando tiene 3 enfermedades crónicas. Esta proporción se incrementa para problemas en salud mental.

En personas mayores de 45 años la proporción se mantiene de 7,7% (con SRQ positivo) a 27,2%, con 3 enfermedades crónicas. Es de resaltar que esta proporción se incrementa en población infantil, que manifiesta de 50,7%

(con RQC positivo si tiene una enfermedad crónica) a 79,8% (si hay 2 o más enfermedades crónicas). Estos datos hacen pensar en la necesidad de pensar en la gran asociación que existe entre lo mental y lo físico, en la influencia de lo uno sobre lo otro, que procura retomar la unidad del ser humano y evitar divisiones de lo físico y lo mental, como si no existiese una íntima relación. También hace pensar en la necesidad de buscar una u otra cuando se tiene una enfermedad crónica o, viceversa, si se presenta una enfermedad mental.

4.9. Conclusiones

4.9.1. Trastornos mentales en la población infantil

- La prevalencia de cualquier trastorno mental de los medidos en población de 7 a 11 años es de 4,7% (IC95%: 3,6-6,2) para los últimos 12 meses y 3% (IC95%: 2,2-4,0) para los últimos 30 días.
- Los trastornos mentales en la infancia son en general más frecuentes en niñas que en niños. Para la prevalencia del último año las niñas padecen más trastornos (5,6%; IC95%: 3,7-8,3) que los niños (3,8%; IC95%: 2,8-5,3), así como en los últimos 30 días, siendo para niñas, con 2,7% (IC95%: 1,6-4,5), y niños, con 3,4% (IC95%: 1,4-4,0).
- De acuerdo con las regiones, los trastornos mentales en los niños y niñas son menos frecuentes en la región Atlántico (1,9%) y más prevalentes en la región Central (7,1%). Con una prevalencia de alrededor de 5% para las otras regiones.
- Los trastornos mentales medidos son más frecuentes en los últimos 12 meses en población con índice de pobreza positivo (5,8%; IC95%: 3,5-9,3) que en aquellos en condiciones más favorables (4,1%; IC95%: 3,1- 5,5).
- No parece existir exclusión escolar para los trastornos mentales medidos.
- Los trastornos mentales más frecuentes en los últimos 12 meses son: el trastorno por déficit de atención con una prevalencia, 3% (IC95%: 2,1- 4,1), siendo la variedad con hiperactividad la más frecuente; seguido del trastorno de ansiedad de separación, 1,8% (IC95%: 1,1-3%); seguidos por los trastornos de ansiedad generalizada y negativista desafiante, 0,4% cada uno.

- La comorbilidad de los trastornos mentales (presencia de 2 o más de ellos en una sola persona) es del 15,6 % (IC95 %: 9,3%-24,9%) para la prevalencia de los últimos 12 meses, y de 21,4 % (IC95 %: 12,4-34,5 %) para los últimos 30 días.
- Los niños tienen mayor frecuencia de comorbilidad que las niñas, tanto para el último año (31,6 % vs. 4,8%) como para los últimos 30 días (40,9 % vs. 5,6%).
- Es de anotar que los CVE pueden ser altos para algunos estimativos y ello debe ser evaluado con precaución. En general, CVE mayores a 20 deben ser vistos con precaución y algunos reportes aceptan hasta el 33 % (84).
- El 12,6 % (IC95 %: 7,1-21,4) de los adolescentes tiene dos o más trastornos en toda la vida, para aquellos que han tenido cualquier trastorno en los últimos 12 meses, el 10,2 % (IC95 %: 4,3-22,2) tiene dos o más trastornos, lo que nos indica comorbilidad entre los trastornos mentales
- Los adolescentes provenientes de hogares vulnerables a PMD tienen una mayor prevalencia de cualquier trastorno en la vida (8,1 %; IC95 %: 5,2-12,2).
- Es de anotar que los CVE son altos para algunos estimativos y deben ser evaluados con precaución.

4.9.2. Trastornos mentales en adolescentes

- La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental de los explorados en población de 12 a 17 años es de 7,2 % (IC95 %: 5,8-8,9), para los últimos 12 meses es de 4,4 % (IC95 %: 3,3 -5,7) y para los últimos 30 días es de 2,5 % (IC95 %: 1,7-3,6).
- Los trastornos mentales evaluados en adolescencia son en general más frecuentes en mujeres que en hombres, en una razón de 2:1.
- De los trastornos mentales estudiados los más prevalentes son los de ansiedad, cuya prevalencia de vida es del 5,0 % (IC95 %: 3,9-6,5), y en los últimos 12 meses es de 3,5 % (IC95 %: 2,5-4,7). De estos es la fobia social la patología más detectada, principalmente en las mujeres, con prevalencias de 6,6 % (IC95 %: 4,8-9,1) para toda la vida y de 4,9 % (IC95 %: 3,3-7,1), las cuales son superiores al estimado nacional.
- En las regiones, todos los estimados tienen un CVE por encima del 20 % y requieren ser interpretados con cautela por su grado de imprecisión. En los últimos 12 meses la región con mayor prevalencia de cualquier trastorno mental es la Pacífica (6,3 %; IC95 %: 3,7-10,7); mientras que para toda la vida todas las regiones tienen prevalencias similares alrededor del 8 %, salvo la Atlántica, que tiene la más baja (2,5 %; IC95 %: 1,3-4,5).
- La prevalencia de los trastornos en general fue más alta en la zona urbana que en la rural. Pero los estimados para la zona rural son poco precisos.
- Los trastornos de ansiedad son más prevalentes en personas en condición de pobreza según el índice multidimensional: 5,4 % (IC95 %: 3,0-9,6) para toda la vida y 4,7 % (IC95 %: 2,4-8,9) en los últimos 12 meses.

4.9.3. Suicidio en adolescentes

- La ideación suicida es tan frecuente en adolescentes como en adultos colombianos.
- La ideación suicida en adolescentes de 12-17 años tiene una prevalencia de 6,6 % (IC95 %: 5,0-8,6).
- El plan suicida tiene una prevalencia de 1,8 % (IC95 %: 1-3,1). Dato con CVE mayor a 20.
- El intento suicida tiene una prevalencia de 2,5 % (IC95 %: 1,5-4,1). Dato con CVE mayor a 20.
- El 37,6 % (IC95 %: 24,6-52,6) de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado.
- De los tres indicadores del proceso suicida el más frecuente, como cabría esperar, es la ideación suicida; sin embargo, en adolescentes es menos frecuente el plan suicida que el intento suicida propiamente dicho, lo que permitiría concluir el importante papel que desempeña la impulsividad y el paso al acto en la conducta suicida de esta población.

4.9.4. Trastornos mentales en adultos

- La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental de los examinados en población adulta es de 9,1 %, (IC95 %: 8,2-10,1), para los últimos 12 meses es de 4,0 % (IC95 %: 3,5 -4,6) y para los últimos 30 días es de 1,6 % (IC95 %: 1,3-2,0).
- Los trastornos mentales evaluados en los adultos son en general más frecuentes en mujeres que en hombres, excepto en los trastornos afectivos bipolares, cuyas prevalencias en los hombres fueron superiores para los tres momentos (tablas 5.115 a 5.117).
- De los trastornos mentales estudiados en adultos los más prevalentes son los afectivos, cuya prevalencia de vida es del 6,7 % (IC95 %: 5,9-7,6) y en los últimos 12 meses es de 2,4 % (IC95 %: 2,0-3,0).

- En la división por grupos de edad se estima que hay una mayor prevalencia de cualquier trastorno en los adultos entre 18 y 44 años (de vida: 10,1%; IC95 %: 8,8-11,5; últimos 12 meses 5,1%; IC95 %: 4,3-6,0 y últimos 30 días 2,1%; IC95 %: 1,7-2,7) en los tres periodos evaluados que en los 45 y más años (7,7%; IC95 %: 6,5-9,1; 2,3%; IC95 %: 1,8-3,0 y 0,9%; IC95 %: 0,6-1,4, respectivamente).
- La región con mayor prevalencia de cualquier trastorno mental en 12 meses es la Pacífica (5,6%; IC95 %: 4,4-7,1), y en toda la vida es Bogotá (12,9%; IC95 %: 10,0-16,4).
- Casi en una relación de 2 a 1 en la zona urbana la prevalencia de cualquier trastorno mental es superior que en la zona rural tanto para la vida (10,0%; IC95 %: 8,9-11,2 frente al 6,1%; IC95 %: 5,0-7,4) como para los últimos 12 meses (4,4%; IC95 %: 3,7-5,1 comparado con 2,7% IC95 %: 2,0-3,7).
- Las prevalencias de cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses de los adultos provenientes de hogares vulnerables (4,9%; IC95 %: 3,6-6,7) y en estado de pobreza (4,4%; IC95 %: 3,1-6,1) son mayores comparados con el promedio nacional (4%). Tal hallazgo sugiere como este determinante de salud puede estar relacionado con la enfermedad mental en los adultos.
- Los hallazgos de los trastornos afectivos, los depresivos y los de ansiedad por separado, según región, zona y pobreza, para las mediciones de toda la vida, últimos 12 meses y 30 días, son consistentes con los hallazgos descritos para cualquier trastorno. En particular, las prevalencias de los adultos en condiciones de pobreza fueron un poco mayores en los últimos 12 meses que en los sujetos sin pobreza según el IMP con diferencia promedio de 0,5 puntos porcentuales.
- 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. Pero son las mujeres adultas las que tienen mayores frecuencias de comorbilidad. En los últimos 12 meses, 20 de cada 100, tienen uno o más trastornos comórbidos; mientras que en los hombres es 13 de cada 100. Este hallazgo sugiere que una proporción significativa de adultos tiene trastornos mentales más complejos en términos de su abordaje terapéutico y un posible peor pronóstico.
- Cabe recordar que los CVE son altos para algunos valores estimados y por esto deben ser evaluados con precaución.

4.9.5. Suicidio en adultos

- El 7,4 % de los adultos ha pensado en suicidarse, siendo mayor la proporción en mujeres, con 7,6 % (IC95 %: 6,6-8,7), que en hombres, 5,5 % (IC95 %: 4,5-6,7). El 2,4 % (IC95 %: 1,9-3,0) refiere haber tenido planes suicidas, y el 2,6 (IC95 %: 2,1-3,1), intentos suicidas.
- Hay diferencias en la ideación suicida entre las diferentes regiones del país, en particular al comparar Bogotá con las demás regiones.
- Los datos, antes de controlar por factores de confusión, no muestran diferencias significativas en ideación suicida entre adultos con situación de pobreza, comparado con quienes no son pobres.
- La proporción más alta de ideación suicida en función de la escolaridad se encontró en personas con secundaria completa.
- Las diferencias en ideación suicida e intento de suicidio no son muy pronunciadas en función al estado civil, si bien en los datos crudos se encontró una mayor proporción de ideación suicida en personas separadas, viudas o divorciadas.
- Alrededor de un tercio de las personas que piensan suicidarse han tenido planes suicidas y han intentado suicidarse.
- Los intentos suicidas son más frecuentes en mujeres que en hombres.
- Alrededor de la mitad de las personas que han intentado suicidarse lo describen como un intento serio.
- Un cuarto de las mujeres que intentan suicidarse lo hacen como una manera de pedir ayuda.

4.9.6. Tamizaje personalidad

- Los rasgos de personalidad más frecuentemente descritos son el 46,6 % (IC95 %: 45,1-48,1) de las personas que consideran estar convencidas de que existen conspiraciones detrás de muchas cosas en el mundo; el 35,6 % (IC95 %: 34,2-37,0) de la población reporta que generalmente no se siente mal cuando ofende o molesta a alguien, y el 35,4 % (IC95 %: 33,9-36,8) de las personas refieren mostrar los sentimientos a cualquier persona.
- En relación con los rasgos límite de personalidad, el 4,6 % (IC95 %: 4,1-5,2) de la población colombiana de 18 años en adelante tiene 6 o más rasgos, siendo similar la proporción

en hombres y en mujeres, también por región. Sin embargo, las personas casadas tienen menos rasgos de este tipo que las personas solteras; hay una mayor proporción de ningún rasgo en las personas casadas o que viven con su pareja, con 42,2% (IC95%: 40,1-43,9), comparado con los solteros, 37,2% (IC95%: 34,4-40,0), y de 6 o más rasgos en las personas solteras (5,9%; IC95%: 4,7-7,3) comparado con las casadas, 4,9% (IC95%: 3,3-4,7).

- El 1,8% (IC95%: 1,5-2,2) de esta población tiene 6 o más rasgos de personalidad antisocial, donde es mayor la proporción en hombres (2,8%; IC95%: 2,1-3,6) comparado con 0,9% (IC95%: 0,6-1,3) en mujeres, y es mayor la proporción de mujeres sin ningún rasgo. De igual forma, las personas solteras tienen más rasgos de este tipo, donde el 2,8% (IC95%: 2,0-3,9) tienen 6 o más rasgos comparado nuevamente con los que viven con su pareja: el 1,3% (IC95%: 0,9-1,8) tienen este mismo número. Y la distribución por regiones es similar.
- Respecto a los rasgos de personalidad del grupo C (rasgos de trastornos evitativo, dependiente u obsesivo-compulsivo), la mitad de la población colombiana de 18 años en adelante no tiene ninguno de este tipo (49,4%; IC95%: 47,9-50,9) y la distribución de 1 a 2, de 3 a 5 y 6 rasgos es similar para la población de hombres y mujeres, reportando 6 o más síntomas el 0,6% (IC95%: 0,5-0,8). La distribución según el estado civil también es similar, pero por regiones la población de Bogotá es la que más frecuentemente los tiene, donde tienen 3 a 5 rasgos el 19,1 (IC95%: 15,4-23,4), que es mayor al 8,2% (IC95%: 6,9-9,7) de las personas en la región Atlántica.
- En la población colombiana de 18 años en adelante el 46,0% (IC95%: 44,5-47,5) tienen 1 o 2 rasgos de personalidad del grupo A (rasgos de trastornos de personalidad esquizoide, esquizotípico o paranoide), el 37,3% (IC95%: 35,9-38,7) no tiene ningún rasgo y el 16,8% (IC95%: 15,6-17,9) tiene de 3 a 5, con una distribución similar entre hombres y mujeres y según el estado civil. Para las regiones, Bogotá es la que presenta la menor proporción de población sin ningún rasgo (27,0%; IC95%: 23,1-31,3) y la mayor con 3 a 5 rasgos (22,6%; IC95%: 18,8-26,8) y la región Atlántica la que tiene la mayor sin ningún rasgo (54,2%; IC95%: 51,6-56,8) y la menor con 3 a 5, 9,6 (IC95%: 8,1-11,3).
- Los sujetos participantes presentan con mayor frecuencia rasgos de personalidad de tipo límite y del grupo A. Los rasgos de personalidad del grupo A son más frecuentes

en mujeres que viven en Bogotá en el rango superior a 45 años con un máximo nivel educativo hasta secundaria con mayor asociación a la no presencia de relación de pareja. Los rasgos de personalidad del grupo C tienen una presentación uniforme por género y se encuentra con mayor frecuencia en Bogotá con nivel educativo primario y en mayores de 45 años.

- Existen limitaciones psicométricas en relación con la aproximación a los trastornos de personalidad en los diferentes estudios, teniendo en cuenta los problemas relacionados con la validez y la definición. El DSM posee una baja puntuación en estas propiedades para constructo en estudio en comparación con otros espectros psicopatológicos y la sobreposición de elementos clínicos puede ser importante durante el proceso de evaluación. El estudio de rasgos de personalidad supone la exploración de comportamientos en diversos aspectos de la personalidad que muestran una disposición general de la persona; esto tiene un carácter global y no es transitorio. Si estos rasgos son agrupados, configuran un patrón perdurable que incide en la estructura de funcionamiento del individuo y que al causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en varias áreas, denotan un trastorno de personalidad propiamente dicho.

4.9.7. Condiciones crónicas

4.9.7.1. Niños

- La percepción de una buena salud física en la población infantil entre 7 y 11 años es buena, muy buena o excelente en el 94,1% de ellos; mientras que el reporte de por lo menos una enfermedad crónica es del 15,0%, donde las más frecuentes son las condiciones pulmonares.
- Es importante la asociación entre las condiciones crónicas y la salud mental de la población infantil. Se encuentra que de aquellos que tienen por lo menos una condición crónica, el 56,7% manifiesta, por lo menos, un posible problema mental, y de los que tienen 2 condiciones crónicas o más, el 70,8% posee este tipo de problemas. En esta misma línea se encuentra una prevalencia 2,6 veces mayor de los trastornos mentales evaluados en la población que tiene por lo menos una enfermedad crónica al compararla con la población de la misma edad, siendo de 12,5% (IC95%: 8,97-17,2) vs. 4,7% (IC95%: 3,6 -6,2).

- También es de resaltar la asociación de trastornos mentales y condiciones crónicas, donde el 37,3% de los que han tenido por lo menos uno de los trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses posee una condición crónica.

4.9.7.2. Adolescentes

- El 97,3% de los adolescentes describe tener una salud mejor o igual a sus pares. Esta relación se mantiene en las regiones.
- Las enfermedades diagnosticadas más frecuentemente reportadas son: dermatitis (9,2%), enfermedad pulmonar (5,5%), acné (3,8%), enfermedad gastrointestinal (3,2%) y enfermedades mentales (3,2%).
- Entre un 43% y un 71,8% de los adolescentes con enfermedades reportan que reciben tratamiento, siendo las enfermedades mentales las que menos reciben (43%).
- El 4,5% de los adolescentes con alguna enfermedad crónica tiene alguno de los trastornos mentales medidos, hay que tener en cuenta que estas prevalencias son similares.
- El 27,6% de los adolescentes con alguno de los trastornos mentales medidos tienen una enfermedad crónica y un 8,7% tienen dos enfermedades crónicas.
- El 7,1% de los adolescentes con por lo menos una enfermedad crónica refiere alguna limitación para sus actividades a causa de la enfermedad.

4.9.7.3. Adultos

- La prevalencia de por lo menos una enfermedad crónica en la población de 18 a 44 años es de 36,6%, y en las personas de 45 años en adelante es de 65,8%, de los cuales al menos la mitad reciben tratamiento para estas, siendo mayor la proporción que lo hacen en el grupo de mayor edad.
- La prevalencia de por lo menos una enfermedad crónica en la población de 18 a 44 años es de 36,6% y la mayoría de los cuales tienen una sola enfermedad; sin embargo, entre más presentan, hay una mayor limitación para sus actividades diarias.
- Para las personas entre 18 y 44 años el 10,3% de los que tienen 2 enfermedades crónicas tienen algún trastorno mental, en el 3,5% de los que tienen 3 enfermedades crónicas o más, la prevalencia es del 16,8%, que es mayor a la prevalencia de cualquier trastorno mental para este grupo

etario que es del 5,1% (IC95%: 4,3- 6,0). Y de las personas que tienen por lo menos una condición crónica que limita sus actividades el 21,4% tienen algún trastorno mental de los evaluados.

- En las personas de 18 a 44 años con enfermedad mental la prevalencia de una enfermedad crónica es similar a este grupo etario, pero estas personas sí tienen prevalencias más altas de 2 condiciones crónicas, siendo 2 veces mayor.
- La prevalencia de por lo menos una enfermedad crónica en la población de 45 años en adelante es del 65,8%, la mitad de ellos tienen una sola enfermedad; sin embargo, entre más presentan, hay una mayor limitación para sus actividades diarias.
- Para las personas de 45 años en adelante, el 5,1% con tres enfermedades crónicas o más tiene alguno de los trastornos mentales evaluados, que es 2,2 veces mayor al reportado para este grupo etario. Y para las personas que tienen por lo menos una enfermedad crónica que limita sus actividades diarias, la prevalencia de cualquier trastorno mental es del 8,2%, que es 3,6 veces mayor a la prevalencia de este grupo etario.
- En las personas de 45 años en adelante el 45,7% de los que tienen algún trastorno mental de los evaluados tienen tres enfermedades crónicas o más, que es mayor al 18,8% (IC95%: 17,5-20,1), reportado para el grupo etario.

4.10. Recomendaciones

4.10.1. Para la población infantil

De acuerdo con estos resultados, podemos sugerir que la población infantil de la muestra (7 a 11 años) presenta una prevalencia general de trastornos mentales de comienzo habitual en la infancia cercana al 5%. Si entendemos que es la primera vez que un estudio de campo involucra diagnósticos y explora directamente este rango de edad, resulta imperativo alertar sobre el hecho de la progresión de los síntomas con el paso del tiempo y el desarrollo. La primera recomendación es precisamente esa: 5 de cada 100 entre 7 y 11 años ya presenta un trastorno mental de los evaluados que, sin duda, crecerá y se complicará con la edad. Ello se constituye en un reto para el sector salud: detectar estos niños antes de los 7 años puede disminuir a futuro estas cifras; pero tratar a tiempo los ya encontrados va a disminuir su ya alta comorbilidad y el costo de su enfermedad y secuelas.

Todo programa preventivo que se dirija a la temprana infancia debería involucrar indicadores de salud mental infantil. Resulta preocupante que la percepción de los cuidadores de niños y niñas en estas edades atribuya a sus hijos a menores bajo su cuidado un trastorno mental de aparición temprana. Esto indica que pueden tener la capacidad de describir los comportamientos de sus hijos y, por ende, ser detectados a tiempo. Indicadores de salud mental infantil deben estar presentes en los controles de crecimiento y desarrollo desde la infancia y deberían tener la misma relevancia que los de nutrición, vacunación, etc.

Incluir en los programas de seguimiento de desarrollo algunos signos tempranos de las patologías encontradas como más frecuentes: problemas de aprendizaje, síntomas de comportamiento, problemas con el rendimiento escolar, apego, interacciones sociales y de desarrollo.

Se deben diseñar políticas de intervención temprana que involucren transversalmente tanto al sector salud como al educativo. Estas políticas deberían obligar a que todo menor que presente síntomas conducentes al desarrollo de un trastorno mental sea considerado de manera especial respecto al acceso a tratamientos y estrategias de prevención primaria y secundaria que puedan ser aplicadas en su medio escolar y no limiten su desarrollo educativo.

Especial atención se deberá considerar en general a las niñas, quienes al parecer en esta muestra presentan con más frecuencia trastornos mentales. Una perspectiva de género sería recomendable en la formulación de toda política pública en infancia cuando se consideren temas de salud mental.

El trastorno mental más prevalente en esta muestra parece ser el trastorno por déficit atencional en cualquiera de sus tres subtipos. Es posible que dicho estimativo sea aún inferior a la realidad, dado que se basa en cuidadores de hogares y no de aula escolar, donde es más posible detectarlo. Por esta razón, es recomendable considerar este trastorno dentro de las enfermedades prevalentes de la infancia y, además, incluir estrategias terapéuticas en los planes obligatorios de salud desde la temprana infancia.

Se debe garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños y las niñas con trastornos mentales y establecer estrategias protectoras en contra de la discriminación, la exclusión, el maltrato y la negligencia. Especial atención se deberá proveer al derecho y el acceso al sistema educativo. Basados en el principio de la prevalencia de derechos del menor, es necesario propiciar un sistema especial de notificación y sis-

tematización de menores con diagnósticos de trastornos mentales que promuevan una política de inclusión al sistema educativo y garanticen la cobertura de los servicios de salud.

También es preciso limitar las barreras de acceso a los servicios de salud, pero también garantizar su cobertura son prioridades a considerar basados en los resultados del presente estudio. Los principales trastornos de los niños y las niñas deben ser atendidos de manera coordinada e integral. Protocolos y guías de manejo, amparadas u vigiladas por los organismos de control pueden garantizar el acceso a tratamientos oportunos y eficaces basados en evidencia.

4.10.2. Recomendaciones para la población adolescente

Respecto a las conductas suicidas, un 37,6% de los adolescentes con ideación suicida ha realizado intento de suicidio, lo que indica la importancia de que los equipos de salud identifiquen y realicen el seguimiento de este grupo de población desde que se detecta la idea. La frecuencia de ideación e intento de suicidio es comparable en ambos géneros, por lo que las intervenciones dirigidas a la prevención deben dirigirse por igual a hombres y mujeres.

Dado que poco más de un tercio de los adolescentes que presentan, por lo menos, una enfermedad crónica presentan trastorno mental se hace necesario que se busque activamente esta comorbilidad en la consulta. Es importante promover el conocimiento de los profesionales de la salud acerca de la asociación de trastornos médicos no psiquiátricos, también llamados orgánicos, y los trastornos mentales. Se hace necesario implementar programas que mejoren la detección temprana de esta comorbilidad con el fin de prevenir la falta de adherencia a tratamientos médicos, así como las dificultades en el tratamiento que resultan de esta asociación.

Es necesario diseñar políticas de intervención temprana que de manera transversal involucren tanto al sector salud como al educativo. Estas políticas deberían encauzar a la población adolescente que presente síntomas conducentes al desarrollo de un trastorno mental a que sea considerada de manera especial respecto al acceso a tratamientos y estrategias de prevención primaria y secundaria.

Es preciso un mayor entrenamiento de los profesionales de salud en el manejo de problemas y trastornos propios de la adolescencia que permitan favorecer su inclusión al sistema de salud. Así mismo, se requiere pensar en ajustes que permitan a la población adolescente acceder al sistema de

salud teniendo en cuenta las particularidades de este grupo poblacional. Igualmente, desarrollar guías o protocolos de atención en salud mental para los diferentes trastornos de los adolescentes.

4.10.3. Recomendaciones para la población adulta

Se observa que la ideación, el plan y el intento de suicidio son frecuentes en la población colombiana, lo que amerita el desarrollo de intervenciones a escala nacional con el fin de identificar y proveer atención a los grupos más vulnerables. Los datos sugieren la necesidad de reforzar las intervenciones para prevención de suicidio en los centros urbanos dirigidos a adultos, independientemente de la edad. Es importante implementar líneas telefónicas donde se provea ayuda a las personas con ideación, planes o intentos suicidas.

En consideración de las enfermedades no psiquiátricas, imponer la valoración integral de las personas con condiciones crónicas, porque tienen más problemas mentales. Además, las personas con enfermedad mental también tienen más condiciones crónicas.

Es preciso difundir e implementar guías de práctica clínica que estén disponibles para el manejo integral de los trastornos mentales del adulto. Así como continuar el proceso de tener protocolo o guías adecuadas para los trastornos mentales más prevalentes.

Igualmente, mantener la educación continua en materia de salud y enfermedad mental para los profesionales de la salud, así como favorecer la investigación que permita un mayor reconocimiento y atención adecuada de los trastornos mentales en el nivel primario.

Los datos de tamizaje sobre rasgos de personalidad denotan una gran prevalencia de posibles trastornos de este tipo, que inciden directamente en muchas de las interacciones que se suscitan en la vida. Por ello es relevante disponer de programas de promoción y prevención de la salud mental que incidan directamente en estos. Al respecto, todas las actividades dirigidas al mejoramiento de las interacciones de la persona con su familia, pares y con la sociedad pueden propender a la promoción de la salud mental y la prevención de estos rasgos.

Los hallazgos respecto a posibles problemáticas de personalidad límite requieren ser vistos con detenimiento y esbozar planes de manejo terapéutico con grupos interdisciplinarios

liderados por un psiquiatra, que permitan abordar de una manera adecuada esta problemática.

Se requieren más investigaciones que exploren las presentaciones de los rasgos de personalidad en la población general y su relación con los usos de los servicios de salud. Así mismo, se hace necesario diseñar nuevos instrumentos que permitan identificar una tipología clínica más amplia y específica.

4.11. Acciones

4.11.1. Población infantil

Los resultados de la ENSM sugieren que la población infantil de la muestra (7 a 11 años) presenta una prevalencia general de trastornos mentales de inicio en la infancia cercana al 5%. Por primera vez un estudio de campo que involucra diagnósticos explora directamente este rango de edad, resulta imperativo alertar sobre el hecho de la progresión de los síntomas con el paso del tiempo y el desarrollo.

4.11.1.1. Acciones dirigidas a la atención integral del trastorno mental

- Estrategia: detección y atención integral temprana y efectiva a los trastornos mentales. La primera recomendación es que, teniendo en cuenta que 5 de cada 100 niños y niñas entre 7 y 11 años ya presenta un trastorno mental que sin duda crecerá y se complicará con la edad, se constituye en un reto para el sector salud detectar a estos niños antes de los 7 años. Ello puede disminuir a futuro estas cifras, pero tratar a tiempo los ya encontrados va a disminuir su ya alta comorbilidad y el costo de su enfermedad y secuelas.
- Estrategia: generación de protocolos y guías de práctica clínica (según pertinencia) dirigidas a la detección y manejo integral de los trastornos de salud mental y las discapacidades asociadas. El trastorno mental más prevalente en esta muestra parece ser el trastorno por déficit atencional en cualquiera de sus tres subtipos. Es posible que este estimativo sea aún inferior a la realidad, dado que se basa en cuidadores de hogares y no de aula escolar, donde es más posible detectarlo. Por esta razón, es recomendable considerar este trastorno dentro de las enfermedades prevalentes de la infancia y, además, fortalecer la integralidad de las estrategias terapéuticas en los planes obliga-

torios de salud desde la temprana infancia. Protocolos o guías de manejo, amparadas y vigiladas por los organismos de control, que favorezcan el acceso a tratamientos oportunos y eficaces basados en evidencia a la población infantil con algún trastorno mental.

4.11.1.2. Acciones de prevención frente a los problemas y trastornos de salud mental

Estrategia: desarrollo de actividades que apunten a la búsqueda activa y detección temprana de problemas y trastornos:

- Todo programa preventivo que se dirija a la temprana infancia debería involucrar indicadores de salud mental infantil. Resulta preocupante que la percepción de los cuidadores de niños y niñas en estas edades atribuya a sus hijos menores bajo su cuidado un trastorno mental de aparición temprana. Esto indica que pueden tener la capacidad de describir los comportamientos de sus hijos y, por ende, ser detectados a tiempo. Indicadores de salud mental infantil deben estar presentes en los controles de crecimiento y desarrollo desde la infancia y deberían tener la misma relevancia que los de nutrición, vacunación, etc.
- Incluir en los programas de seguimiento de desarrollo algunos signos tempranos de las patologías encontradas como más frecuentes: problemas de aprendizaje, de lenguaje, síntomas de comportamiento, problemas con el rendimiento escolar, apego, interacciones sociales y de desarrollo.

4.11.1.3. Acciones intersectoriales que apunten a la promoción de la salud mental y a la prevención de la enfermedad mental

- Diseñar políticas de intervención temprana que, de manera transversal, involucren tanto al sector salud como al educativo. Estas políticas deberían obligar que todo menor que presente síntomas conducentes al desarrollo de un trastorno mental, sea considerado de manera especial respecto al acceso a tratamientos y estrategias de prevención primaria y secundaria, que puedan ser aplicadas en su medio escolar y no limiten su desarrollo educativo.
- Especial atención se deberá considerar en general a las niñas, quienes al parecer en esta muestra presentan con más frecuencia trastornos mentales. Una perspectiva de género sería recomendable en la formulación de toda política

pública en infancia cuando se consideren temas de salud mental.

- Se debe garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños y las niñas con trastornos mentales y establecer estrategias protectoras en contra de la discriminación, la exclusión, el maltrato o la negligencia. Especial atención se deberá proveer al derecho y el acceso al sistema educativo. Basados en el principio de la prevalencia de derechos del menor, es necesario propiciar un sistema especial de notificación y sistematización de menores con diagnósticos de trastornos mentales, que promueva una política de inclusión al sistema educativo y garantice la cobertura de los servicios de salud.

4.11.1.4. Acciones que favorezcan la generación de una ruta integral de salud mental dirigida a toda la comunidad

Estrategia: generar acciones frente a barreras geográficas, financieras y contextuales de acceso. Limitar las barreras de acceso a los servicios de salud pero también garantizar su cobertura son prioridades a considerar basados en los resultados del presente estudio. Los principales trastornos de los niños y las niñas deben ser atendidos de manera coordinada e integral.

4.11.2. Adolescentes-adultos

4.11.2.1. Acciones dirigidas a la atención integral del trastorno mental

- Estrategia: detección y atención integral temprana y efectiva a los trastornos mentales. Respecto a las conductas suicidas un 37,6% de los adolescentes con ideación suicida ha realizado intento de suicidio, lo que indica la importancia de que los equipos de salud identifiquen y realicen el seguimiento de este grupo de población desde que se detecta la idea. La frecuencia de ideación e intento de suicidio es comparable en ambos géneros, por lo que las intervenciones preventivas deben dirigirse por igual a hombres y mujeres.
- Estrategia: generación de protocolos y guías de práctica clínica (según pertinencia) dirigidas a la detección y manejo integral de los trastornos de salud mental y las discapacidades asociadas.

- Estrategia: fortalecimiento de las competencias del personal de salud:
 - Asegurar un adecuado entrenamiento de los médicos generales en el reconocimiento y en el tratamiento oportuno de los trastornos mentales en adolescentes y adultos.
 - Difundir las guías de práctica clínica relacionadas con trastornos mentales.
 - Dado que poco más de un tercio de los adolescentes que presenta por lo menos una enfermedad crónica, tiene un trastorno mental, es necesario buscar activamente esta comorbilidad en la consulta. Para ello debe promoverse el conocimiento de los profesionales de la salud acerca de la asociación de trastornos médicos no psiquiátricos (también llamados orgánicos) y los trastornos mentales, y mejorar la detección temprana de esta comorbilidad con el fin de prevenir la falta de adherencia a tratamientos médicos, así como las dificultades en el tratamiento que resultan de esta asociación.

4.11.2.2. Acciones intersectoriales que apunten a la promoción de la salud mental y a la prevención de la enfermedad mental

- Diseñar políticas de intervención temprana que de manera transversal involucren tanto al sector salud como al educativo. Estas políticas deberían encauzar a la población adolescente que presente síntomas conducentes al desarrollo de un trastorno mental sea considerado de manera especial respecto al acceso a tratamientos y estrategias de prevención primaria y secundaria.

4.11.3. Adultos

4.11.3.1. Acciones dirigidas a la atención integral del trastorno mental

- Estrategia: detección y atención integral temprana y efectiva a los trastornos mentales:
 - Se observa que la ideación, el plan y el intento de suicidio son frecuentes en la población colombiana, lo que amerita el desarrollo de intervenciones a escala nacional con el fin de identificar y proveer atención a

los grupos más vulnerables. Los datos sugieren la necesidad de reforzar la prevención de suicidio en los centros urbanos, dirigida a adultos independientemente de la edad.

- Implementar líneas telefónicas y accesos a través de las tecnologías de la información y la comunicación, donde se provea ayuda a las personas con ideación, planes o intentos suicidas, a través de equipos de salud integrales capacitados en salud mental y habilitados para la atención en salud mental en el marco del sistema obligatorio de garantía de calidad.
- En consideración de las enfermedades no psiquiátricas, imponer la valoración integral de las personas con condiciones crónicas, porque tienen más problemas mentales. Además, las personas con enfermedad mental también presentan más condiciones crónicas.
- Los hallazgos respecto a posibles problemáticas de personalidad límite requieren ser vistos con detenimiento, y esbozar planes de manejo terapéutico interdisciplinario liderados por psiquiatría, que permitan abordar de una manera adecuada esta problemática.
- Investigar sobre nuevas metodologías basadas en tecnologías de la información y la comunicación que permitan una mejor atención de los pacientes y un mejor acceso a las psicoterapias.
- Estrategia: generación e implementación de protocolos y guías de práctica clínica (según pertinencia) dirigidas a la detección y manejo integral de los trastornos de salud mental y las discapacidades asociadas, y continuar el proceso de elaboración de protocolos o guías adecuadas para los trastornos mentales más prevalentes.
- Estrategia: fortalecimiento de las competencias del personal de salud:
 - Inscrita en las políticas y actividades del Ministerio de Salud y Protección Social, mantener la educación continua en materia de salud y enfermedad mental para los profesionales de la salud.
 - Mejorar el apoyo de los profesionales de la salud mediante tecnologías de la información y la comunicación que promuevan el reconocimiento de lo mental y la mejor atención de los usuarios.
- Estrategia: gestión del conocimiento en atención integral frente a los problemas y trastornos en salud mental:

- Favorecer la investigación que permita un mayor reconocimiento y la atención adecuada de los trastornos mentales en el primer nivel de atención.
- Se requieren más investigaciones que exploren las presentaciones de los rasgos de personalidad en la población general, y su relación con los usos de los servicios de salud. Así mismo, el diseño de nuevos instrumentos que permitan identificar una tipología clínica más amplia y específica teniendo en cuenta las particularidades culturales.

4.11.3.2. Acciones de promoción de la salud mental, la convivencia ciudadana y la calidad de vida

Los datos de tamizaje sobre rasgos de personalidad denotan una gran prevalencia de posibles trastornos de este tipo, los cuales inciden directamente en muchas de las interacciones cotidianas. Son por ello relevantes las acciones de promoción de la salud mental y de prevención que incidan directamente en esos trastornos, por ejemplo, todas las actividades dirigidas a mejorar las interacciones familiares, con pares y con la sociedad en general.

Referencias

1. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Psychiatric Association, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Academic Search Complete. Child and Adolescent Mental Health Resources Global Concerns-Implications for the Future. [Internet]. Geneva; Herndon: World Health Organization Stylus Pub., LLC [distributor]; 2005 [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://site.ebrary.com/id/10104334>
2. American Psychiatry Association A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. 991 p.
3. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 2007 Oct 6;370(9594):1241-52.
4. Owens PL, Hoagwood K, Horwitz SM, Leaf PJ, Poduska JM, Kellam SG, et al. Barriers to children's mental health services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Jun;41(6):731-8.
5. Carter AS, Briggs-Gowan MJ, Davis NO. Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45(1):109-34.
6. Goldberg D. The classification of mental disorder: a simpler system for DSM-V and ICD-11. *Adv Psychiatr Treat*. 2010 Jan 1;16(1):14-9.
7. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes [Internet]. México; 2010 [cited 2015 May 6]. Available from: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_afectivos.pdf
8. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. 991 p.
9. Goodyer IM. Physical symptoms and depressive disorders in childhood and adolescence. *J Psychosom Res*. 1996 Nov;41(5):405-8.
10. Fauman MA, Herrero Gascón MJ. DSM-IV-TR: guía de estudio. Barcelona: Masson; 2003.
11. Palacio JD. Aspectos claves: psiquiatría infantil. 1a ed. CIB Fondo Editorial; 2014.
12. Pacheco B, Ventura T. Trastorno de ansiedad por separación. *Rev Chil Pediatría*. 2009;80:109-19.

13. Gómez-Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, Santacruz Oleas H, Uribe Restrepo M. *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2008.
14. Ferrari P, Bonnot O. *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Médecine sciences publications-Lavoisier; 2012.
15. Spitz RA, Cobliner GW, Escalera M de la. *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica; 1969.
16. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders [Internet]. World Health Organization; 1993. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
17. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Which Childhood and Adolescent Psychiatric Disorders predict which Young Adult Disorders? *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Jul;66(7):764-72.
18. Rutter M, editor. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 5th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. 1230 p.
19. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005 Jul 16;366(9481):237-48.
20. Vélez-van-Meerbeke A, Zamora IP, Guzmán G, Figueroa B, López Cabra CA, Talero-Gutiérrez C. Evaluación de la función ejecutiva en una población escolar con síntomas de déficit de atención e hiperactividad. *Neurología*. 2013 Jul;28(6):348-55.
21. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007 Jul;48(7):703-13.
22. Salazar JAA, Ñustes JMB, Ramírez CXL. Factores de riesgo biopsicosocial que influyen en el desarrollo del trastorno disocial en adolescentes colombianos. *Rev Int Psicol*. 2012;12(01).
23. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Situación de salud mental del adolescente, estudio nacional de salud mental en Colombia: the Who World Mental Health Survey Consortium. Torres de Galvis Y, editor. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Universidad CES; 2010.
24. Noble KG, Houston SM, Brito NH, Bartsch H, Kan E, Kuperman JM, et al. Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nat Neurosci*. 2015 May;18(5):773-8.
25. Yoshikawa H, Aber JL, Beardslee WR. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. *Am Psychol*. 2012 Jun;67(4):272-84.
26. Brent DA, Maalouf FT. Pediatric depression: is there evidence to improve evidence-based treatments? *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50(1-2):143-52.
27. Cheung AH, Dewa CS, Levitt AJ, Zuckerbrot RA. Pediatric depressive disorders: management priorities in primary care. *Curr Opin Pediatr*. 2008;20(5):551-9.
28. Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *Am J Prev Med*. 2006;31(6 Suppl 1):S104-25.
29. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am*. 2009 Sep;32(3):483-524.
30. Mendes AV, Souza Crippa JA de, Souza RM, Loureiro SR. Risk factors for mental health problems in school-age children from a community sample. *Matern Child Health J*. 2013 Dec;17(10):1825-34.
31. Wallis D, Russell HF, Muenke M. Review: Genetics of attention deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr Psychol*. 2008 Dec;33(10):1085-99.

32. Pineda DA, Puerta IC, Merchán V, Arango CP, Galvis AY, Velásquez B, et al. [Perinatal factors associated with attention deficit/hyperactivity diagnosis in Colombian Paisa children]. *Rev Neurol*. 2003 Apr 1;36(7):609-13.
33. Shaw DS, Shelleby EC. Early-starting conduct problems: intersection of conduct problems and poverty. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:503-28.
34. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Nov;41(11):1275-93.
35. Snyder SM, Smith RE. Do physical abuse, depression, and parental substance use influence patterns of substance use among child welfare involved youth? *Substance use misuse. Subst Use Misuse*. 2015;50(2):226-35.
36. Wagner S, Müller C, Helmreich I, Huss M, Tadić A. A meta-analysis of cognitive functions in children and adolescents with major depressive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(1):5-19.
37. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*. 2011 Mar;127(3):462-70.
38. Kessler RC, Adler LA, Berglund P, Green JG, McLaughlin KA, Fayyad J, et al. The effects of temporally secondary co-morbid mental disorders on the associations of DSM-IV ADHD with adverse outcomes in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Psychol Med*. 2014 Jun;44(8):1779-92.
39. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004 Mar;45(3):609-21.
40. Muñoz Tamayo R, Franco Zuluaga A. Características epidemiológicas asociadas a psicopatología en niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr*. 1998;27(1):7-18.
41. Torres de Galvis Y. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Medellín WHO World Ment Health Surv Consort Secr Salud Medellín-Grupo Salud Ment. 2012;
42. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future Child Cent Future Child David Lucile Packard Found*. 1997 Summer-Fall;7(2):55-71.
43. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013 Nov 9;382(9904):1575-86.
44. Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ*. 2001 Jul 28;323(7306):191.
45. Frodl T, Reinhold E, Koutsouleris N, Donohoe G, Bondy B, Reiser M, et al. Childhood stress, serotonin transporter gene and brain structures in major depression. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2010;35(6):1383-90.
46. Shanahan L, Copeland WE, Costello EJ, Angold A. Child-, adolescent- and young adult-onset depressions: differential risk factors in development? *Psychol Med*. 2011;41(11):2265-74.
47. van Meerbeke AV, Gutiérrez CT, Reyes RG, Pinilla MI. Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. *Acta Neurol Colomb*. 2008;24(1):6-12.
48. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry*. 2009 Jan 1;65(1):46-54.

49. Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010 Jun;49(6):595-605.
50. Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Voigt RG, Killian JM, Weaver AL, et al. Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study: Childhood ADHD adolescent psychiatric comorbidity and gender. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012 Oct;53(10):1036-43.
51. Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet.* 2015 Feb 26;
52. Rowe R, Maughan B, Goodman R. Childhood psychiatric disorder and unintentional injury: findings from a national cohort study. *J Pediatr Psychol.* 2004 Mar;29(2):119-30.
53. Disney ER, Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *Am J Psychiatry.* 1999 Oct;156(10):1515-21.
54. Babinski LM, Hartsough CS, Lambert NM. Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity. *J Child Psychol Psychiatry.* 1999 Mar;40(3):347-55.
55. Erskine HE, Ferrari AJ, Polanczyk GV, Moffitt TE, Murray CJL, Vos T, et al. The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010. *J Child Psychol Psychiatry.* 2014 Apr;55(4):328-36.
56. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 2012 Dec;380(9859):2163-96.
57. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004 Jun;43(6):727-34.
58. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, et al. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study: Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012 Oct;53(10):1026-35.
59. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry.* 2004 Jan;61(1):85-93.
60. Dodangi N, Habibi Ashtiani N, Valadbeigi B. Prevalence of DSM-IV TR Psychiatric Disorders in Children and Adolescents of Paveh, a Western City of Iran. *Iran Red Crescent Med J.* 2014 Jul;16(7):e16743.
61. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003 Oct;42(10):1203-11.
62. Green H, McGinnity Á, Meltzer H, Ford T, Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Newport: Crown; 2005.
63. Zwirs BWC, Burger H, Schulpden TWJ, Wiznitzer M, Fedder H, Buitelaar JK. Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *J Abnorm Child Psychol.* 2007 Aug;35(4):556-66.
64. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D. C.: OPS; 2009. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
65. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009 Mar;11(1):7-20.

66. de la Barra M F. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2009;47:303-14.
67. Vinaccia S, Gaviria AM, Atehortúa LF, Martínez PH, Trujillo C, Quiceno JM. Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "child depression inventory" -CDI-. *Divers Perspect En Psicol.* 2006;2(2):217-27.
68. Herrera E, Losada Y, Rojas L, Gooding P. Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana.* 27(1):154-64.
69. Posada JA. La salud mental en Colombia. *Biomédica.* 2013;33:497-8.
70. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015 Mar;56(3):345-65.
71. Tyano S, Manor I. The "difficult" child: main underlying syndromes and differential diagnosis. In: Maj M, López-Ibor JJ, Sartorius N, Sato M, Okasha A, editors. *Early detection and management of mental disorders* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005 [cited 2015 May 19]. p. 185-210. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/0470010851.ch6>
72. Palacio JD, De la Peña-Olvera F, Palacios-Cruz L, Ortiz-León S. Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38:35-65.
73. Arruda MA, Querido CN, Bigal ME, Polanczyk GV. ADHD and mental health status in Brazilian school-age children. *J Atten Disord.* 2015 Jan;19(1):11-7.
74. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, Barbaresi WJ, Katusic SK, Kahn RS. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007 Sep;161(9):857-64.
75. Döpfner M, Breuer D, Wille N, Erhart M, Ravens-Sieberer U, BELLA study group. How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample--results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008 Dec;17 Suppl 1:59-70.
76. Vicente B, Saldívia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, et al. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012 Oct;53(10):1026-35.
77. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry.* 2004 Jan;61(1):85-93.
78. Cornejo J, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H, et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurol.* 2005;40(12):716-22.
79. Pineda DA, Lopera F, Henao GC, Palacio JD, Castellanos FX, Grupo de Investigación Fundema. [Confirmation of the high prevalence of attention deficit disorder in a Colombian community]. *Rev Neurol.* 2001 Feb 1;32(3):217-22.
80. Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramirez D, Henao GC. Prevalence estimations of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *Int J Neuropsychiatr.* 2003 Jan;113(1):49-71.
81. Giraldo BO, Giraldo CAG, Ortiz JDP. Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados [Internet]. *Iatreia.* 2008 [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=180513861007>

82. Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S. [The prevalence of war-related post-traumatic stress disorder in children from Cundinamarca, Colombia]. *Rev Salud Pública Bogotá Colomb.* 2005 Dec;7(3):268-80.
83. Huertas Ávila MC. Caracterización de la población infantil en función de la conducta disocial en un colegio distrital de Usaquén en Bogotá. 2012.
84. 5.0 Data accuracy and quality [Internet]. [cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/13f0026m/2007001/ch5-eng.htm>
85. Torres Y, Posada-Villa J. 2. Estado del arte sobre la salud mental del adolescente. In: Torres Y, editor. *Situación de salud mental del adolescente Estudio Nacional de Salud Mental Colombia The Who World Mental Health Survey Consortium.* Colombia: L. Vieco e hijas; 2010. p. 31-2.
86. Birmaher B, Axelson D. Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: a review of the existing literature. *Dev Psychopathol.* 2006;18(4):1023-35.
87. Häfner H, Hambrecht M, Löffler W, Munk-Jørgensen P, Riecher-Rössler A. Is schizophrenia a disorder of all ages? A comparison of first episodes and early course across the life-cycle. *Psychol Med.* 1998 Mar;28(2):351-65.
88. Jane Costello E, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry.* 2006 Dec;47(12):1263-71.
89. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia: versión resumida. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
90. Hauser M, Correll CU. The significance of at-risk or prodromal symptoms for bipolar I disorder in children and adolescents. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2013 Jan;58(1):22-31.
91. Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B, Wagner KD, Findling RL, Hellander M, et al. Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005 Mar;44(3):213-35.
92. Singh MK, Ketter T, Chang KD. Distinguishing bipolar disorder from other psychiatric disorders in children. *Curr Psychiatry Rep.* 2014 Dec;16(12):516.
93. Gudiene D, Leskauskas D, Markeviciute A, Klimavicius D, Adomaitiene V. Distinctions of bipolar disorder symptoms in adolescence. *Med Kaunas Lith.* 2008;44(7):548-52.
94. Frías Á, Palma C, Farriols N. Comorbidity in pediatric bipolar disorder: prevalence, clinical impact, etiology and treatment. *J Affect Disord.* 2015 Mar 15;174:378-89.
95. Safer DJ, Zito JM, Safer AM. Age-grouped differences in bipolar mania. *Compr Psychiatry.* 2012 Nov;53(8):1110-7.
96. Hirneth SJ, Hazell PL, Hanstock TL, Lewin TJ. Bipolar disorder subtypes in children and adolescents: demographic and clinical characteristics from an Australian sample. *J Affect Disord.* 2015 Apr 1;175:98-107.
97. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders [Internet]. World Health Organization; 1993. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
98. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Poli P, Bertini N, Milantoni L. Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004 Jun;43(6):752-60.
99. Diler RS. Panic disorder in children and adolescents. *Yonsei Med J.* 2003 Feb;44(1):174-9.
100. Ministerio de Salud y Protección Social, UNODC, Universidad CES. Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. The Who World Mental Health Survey Consortium. Colombia: L. Vieco e hijas; 2010.

101. Pinto-Meza A, Moneta MV, Alonso J, Angermeyer MC, Bruffaerts R, Almeida JMC de, et al. Social inequalities in mental health: results from the EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Jul 18;48(2):173-81.
102. Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011 Oct 22;378(9801):1502-14.
103. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet*. 2013;381(9878):1654-62.
104. Torres I, Gómez N, Colom F, Jiménez E, Bosch R, Bonnín CM, et al. Bipolar disorder with comorbid attention-deficit and hyperactivity disorder. Main clinical features and clues for an accurate diagnosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2015 Apr 20;
105. Frías Á, Palma C, Farriols N. Comorbidity in pediatric bipolar disorder: prevalence, clinical impact, etiology and treatment. *J Affect Disord*. 2015 Mar 15;174:378-89.
106. McBride ME. Beyond butterflies: generalized anxiety disorder in adolescents. *Nurse Pract*. 2015 Mar 12;40(3):28-36; quiz 36-7.
107. España, Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia: versión resumida. [Madrid]: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
108. World Health Organization, editor. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
109. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA*. 1999 May 12;281(18):1707-13.
110. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, et al. Long-Term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*. 2004 May;55(9):875-81.
111. Scott J, Scott EM, Hermens DF, Naismith SL, Guastella AJ, White D, et al. Functional impairment in adolescents and young adults with emerging mood disorders. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2014 Nov;205(5):362-8.
112. White T, Langen C, Schmidt M, Hough M, James A. Comparative neuropsychiatry: white matter abnormalities in children and adolescents with schizophrenia, bipolar affective disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2015 Feb;30(2):205-13.
113. Lan W-H, Bai Y-M, Hsu J-W, Huang K-L, Su T-P, Li C-T, et al. Comorbidity of ADHD and suicide attempts among adolescents and young adults with bipolar disorder: A nationwide longitudinal study. *J Affect Disord*. 2015 May 1;176:171-5.
114. Krishnan KRR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med*. 2005 Feb;67(1):1-8.
115. Demir T, Karacetin G, Eralp Demir D, Uysal O. Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2013 Jan;28(1):64-9.
116. Demir T, Karacetin G, Eralp Demir D, Uysal O. Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2013 Jan;28(1):64-9.
117. Patel A, Knapp M, Henderson J, Baldwin D. The economic consequences of social phobia. *J Affect Disord*. 2002 Apr;68(2-3):221-33.

118. Merikangas KR, He J-P, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Oct;49(10):980-9.
119. Ministerio de Salud, Universidad CES. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Colombia, 1993 [Internet]. Bogotá: Carrera Séptima; 1994. p. 260. Available from: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf
120. Acero González ÁR, Vásquez R. Psiquiatría infantil en el hospital pediátrico. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007;36:460-70.
121. Cañón Buitrago SC. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Arch Med Col*. 11(1):62-7.
122. Ministerio de la Protección Social, Universidad CES, UNODC. Análisis especial sobre depresión e indicadores de suicidio. Medellín; 2010.
123. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín epidemiológico trimestral. Quitarse la vida cuando ésta aún comienza. Suicidios en niños, niñas y adolescentes en Colombia en el año 2013. 2013;6(8).
124. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*. 2003;5(4):243-65.
125. Sandra Constanza Cañón Buitrago. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Arch Med*. 2011;62-7.
126. Bella ME, Fernández RA, Willington JM. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch Argent Pediatría*. 2010;108(2):124-9.
127. Larraguibel Q. M, González M. P, Martínez N. V, Valenzuela G. R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatría*. 2000;71:183-91.
128. Liang S, Yan J, Zhang T, Zhu C, Situ M, Du N, et al. Differences between non-suicidal self injury and suicide attempt in Chinese adolescents. *Asian J Psychiatry*. 2014 Apr;8:76-83.
129. Cluver L, Orkin M, Boyes ME, Sherr L. Child and Adolescent Suicide Attempts, Suicidal Behavior, and Adverse Childhood Experiences in South Africa: A Prospective Study. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2015 Apr 30.
130. WHO. Mental disorders [Internet]. WHO. 2015 [cited 2015 Feb 19]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
131. National Institute of Mental Health (NIMH). Bipolar Disorder in Adults [Internet]. Estados Unidos; 2012 [cited 2015 Apr 24]. Available from: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder-in-adults/Bipolar_Disorder_Adults_CL508_144295.pdf
132. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007 Mar 6;146(5):317-25.
133. WHO. Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: Switzerland; 2013. 50 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1
134. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*. 2013;13:163.
135. Pinto-Meza A, Moneta MV, Alonso J, Angermeyer MC, Bruffaerts R, Almeida JMC de, et al. Social inequalities in mental health: results from the EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Jul 18;48(2):173-81.

136. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA*. 2003 Jun 18;289(23):3095-105.
137. Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, Colciencias, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud (Cinets). Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos: Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente-2013. Guía N° 22 [Internet]. Bogotá. Colombia; 2013. 630 p. Available from: <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/guia-de-trastorno-depresivo-en-adultos.aspx>
138. Janiri D, Sani G, Danese E, Simonetti A, Ambrosi E, Angeletti G, et al. Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1;175:92-7.
139. Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Walshaw PD, Nusslock R, Neeren AM. The psychosocial context of bipolar disorder: environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(8):1043-75.
140. Angst J, Gamma A, Baldwin DS, Ajdacic-Gross V, Rössler W. The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009 Feb;259(1):37-45.
141. Batelaan NM, Smit JH, Cuijpers P, van Marwijk HWJ, Terluin B, van Balkom AJLM. Prevention of anxiety disorders in primary care: a feasibility study. *BMC Psychiatry*. 2012;12:206.
142. Venturello S, Barzega G, Maina G, Bogetto F. Premorbid conditions and precipitating events in early-onset panic disorder. *Compr Psychiatry*. 2002 Feb;43(1):28-36.
143. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013 Nov 9;382(9904):1575-86.
144. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med*. 2013 Nov 5;10(11):e1001547.
145. Lépine J-P, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011;7(Suppl 1):3-7.
146. Krishnan KRR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med*. 2005 Feb;67(1):1-8.
147. Tidemalm D, Haglund A, Karanti A, Landén M, Runeson B. Attempted suicide in bipolar disorder: risk factors in a cohort of 6086 patients. *PloS One*. 2014;9(4).
148. Merikangas KR, Jin R, He J-P, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241-51.
149. Deschênes SS, Burns RJ, Schmitz N. Associations between diabetes, major depressive disorder and generalized anxiety disorder comorbidity, and disability: findings from the 2012 Canadian Community Health Survey--Mental Health (CCHS-MH). *J Psychosom Res*. 2015 Feb;78(2):137-42.
150. Kemp AH, Brunoni AR, Nunes MA, Santos IS, Goulart AC, Ribeiro AL, et al. The association between mood and anxiety disorders, and coronary heart disease in Brazil: a cross-sectional analysis on the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *Front Psychol*. 2015;6:187.
151. Butnorieni J, Bunevicius A, Saudargiene A, Nemeroff CB, Norkus A, Cicenieni V, et al. Metabolic syndrome, major depression, generalized anxiety disorder, and ten-year all-cause and cardiovascular mortality in middle aged and elderly patients. *Int J Cardiol*. 2015 Apr 16;190:360-6.
152. Vishram JKK. Prognostic interactions between cardiovascular risk factors. *Dan Med J*. 2014 Jul;61(7):B4892.

153. Lipsitz JD, Schneier FR. Social phobia. Epidemiology and cost of illness. *PharmacoEconomics*. 2000 Jul;18(1):23-32.
154. WHO. Mental disorders [Internet]. WHO. 2015 [cited 2015 Feb 19]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
155. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 [Internet]. Cali: Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social; 2005. Available from: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
156. Lam LC-W, Wong CS-M, Wang M-J, Chan W-C, Chen EY-H, Ng RM-K, et al. Prevalence, psychosocial correlates and service utilization of depressive and anxiety disorders in Hong Kong: the Hong Kong Mental Morbidity Survey (HKMMS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Feb 8.
157. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004 Jun 2;291(21):2581-90.
158. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-7.
159. Torres Y, Posada J, Rojas MC. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas de 1993. Bogotá Minist Salud [Internet]. 1993; Available from: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf
160. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Laverde G, A JF, Rondón Sepúlveda M, et al. The prevalence of and factors associated with depression in Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2004 Dec;16(6):378-86.
161. Torres de Galvis Y, Posada Villa J. Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012. The who world mental health survey consortium. Medellín: Universidad CES ; Secretaría de Salud de Medellín; 2012.
162. Campo Arias A. Estudio de salud mental del departamento de Santander Colombia. Secretaría Departamental de Salud; 2007.
163. Bromet E, Andrade L, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9(1):90.
164. Medina-Mora Icaza ME, Borges G, Muñoz M del CL. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment*. 2003;26(4):1-16.
165. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):617-27.
166. Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Aug;59(4):441-52.
167. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D. C.: OPS; 2009.
168. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. 2008 Jan;38(1):15-28.
169. Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, Carpiniello B, Dell'Osso L, Reda MA, et al. Social Phobia in an Italian region: do Italian studies show lower frequencies than community surveys conducted in other European countries? *BMC Psychiatry*. 2004;4:31.

170. OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington (DC): United Nations; 2003. 381 p. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1>
171. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2007. Datos para la vida [Internet]. Primera Edición. International print Ltda; 2007. Available from: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33997/7+Suicidio.pdf/8cc94f6d-7b9c-4e2ca949-e42fc6525951>
172. Gómez-Restrepo C, Rodríguez Malagón N, Romero D, CL, Pinilla G C, López LE. Suicidio y Lesiones Autoinfligidas Colombia, 1973-1996. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2002 Jun;31(2):123-36.
173. García-Rábago H, Sahagún-Flores JE, Ruiz-Gómez A, Sánchez-Ureña GM, Tirado-Vargas JC, González-Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev Salud Pública.* 2010 Oct;12(5):713-21.
174. Silva de Souza M, Baptista D, Said A, Nunes Baptista M. Relación entre apoyo familiar, salud mental y comportamientos de riesgo en estudiantes universitarios. *Acta Colomb Psicol.* 2010 Jun;13(1): 143-54.
175. Grossman DC, Mueller BA, Riedy C, Dowd MD, Villaveces A, Prodzinski J, et al. Gun storage practices and risk of youth suicide and unintentional firearm injuries. *JAMA.* 2005 Feb 9;293(6):707-14.
176. OMS. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [Internet]. WHO. 2015 [cited 2015 Mar 4]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
177. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, editors. *Global Burden of Disease and Risk Factors.* 1 edition. New York, NY : Washington, DC: World Bank Publications; 2006. 552 p.
178. WHO. The world health report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope [Internet]. WHO. 2014 [cited 2014 May 25]. Available from: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
179. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN* [Internet]. 13(1). Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm
180. WHO. Global health observatory data repository [Internet]. WHO. 2015 [cited 2015 Mar 4]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>
181. Posada J, Gómez LF, Gómez LC. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003 [Internet]. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social; 2005. Available from: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
182. Cifuentes S. Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013 [Internet]. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2013. Available from: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
183. Gómez-Restrepo C, Rodríguez Malagón N, Romero D, C L, Pinilla G C, López L E. Suicidio y Lesiones Autoinfligidas Colombia, 1973-1996. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2002 Jun;31(2):123-36.
184. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing Part II. Relationships between personality disorder, Axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002 Jun;37(6):251-60.
185. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being Part III. Relationships between specific type of personality disorder, Axis 1 mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004 Oct;39(10):765-76.

186. Cox BJ, Pagura J, Stein MB, Sareen J. The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depress Anxiety*. 2009;26(4):354-62.
187. Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM, Geier T, Grant BF, Hasin DS. Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *Am J Psychiatry*. 2011 Mar;168(3):257-64.
188. Torres AR, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Bhugra D, Coid JW, et al. Obsessive-compulsive disorder and personality disorder: evidence from the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Nov;41(11):862-7.
189. Yang M, Coid J, Tyrer P. Personality pathology recorded by severity: national survey. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2010 Sep;197(3):193-9.
190. Skogen JC, Mykletun A, Ferri CP, Bebbington P, Brugha T, Coid J, et al. Mental and personality disorders and abstinence from alcohol: results from a national household survey. *Psychol Med*. 2011 Apr;41(4):809-18.
191. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005 Oct;162(10):1911-8.
192. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jun;58(6):590-6.
193. Andersen AM, Bienvenu OJ. Personality and psychopathology. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. 2011 Jun;23(3):234-47.
194. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, Brown CH, Costa PT, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2002 Jun;180:536-42.
195. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Sep 15;62(6):553-64.
196. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Personal Disord*. 2010 Aug;24(4):412-26.
197. Samuels J. Personality disorders: epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. 2011 Jun;23(3):223-33.
198. Halfon N, Newacheck PW. Evolving notions of childhood chronic illness. *JAMA*. 2010 Feb 17;303(7):665-6.
199. Torpy JM, Campbell A, Glass RM. JAMA patient page. Chronic diseases of children. *JAMA*. 2010 Feb 17;303(7):682.
200. Van Cleave J, Gortmaker SL, Perrin JM. Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *JAMA*. 2010 Feb 17;303(7):623-30.
201. Day SE, Konty KJ, Leventer-Roberts M, Nonas C, Harris TG. Severe obesity among children in New York City public elementary and middle schools, school years 2006-07 through 2010-11. *Prev Chronic Dis*. 2014;11:E118.
202. Khangura SD, Karaceper MD, Trakadis Y, Mitchell JJ, Chakraborty P, Tingley K, et al. Scoping review of patient- and family-oriented outcomes and measures for chronic pediatric disease. *BMC Pediatr*. 2015;15:7.
203. Phillips SM, Padgett LS, Leisenring WM, Stratton KK, Bishop K, Krull KR, et al. Survivors of childhood cancer in the United States: prevalence and burden of morbidity. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. 2015 Apr;24(4):653-63.

204. Verhoof EJ, Maurice-Stam H, Heymans HS, Evers AW, Grootenhuis MA. Psychosocial well-being in young adults with chronic illness since childhood: the role of illness cognitions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2014;8(1):12.
205. Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW, American Psychiatric Publishing, editors. *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*. Sixth edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014. 1473 p.
206. Piane GM, Smith TC. Building an Evidence Base for the Co-Occurrence of Chronic Disease and Psychiatric Distress and Impairment. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2014 Oct 23 [cited 2015 May 19];11. Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/14_0211.htm
207. de-Graft Aikins A, Unwin N, Agyemang C, Allotey P, Campbell C, Arhinful D. Tackling Africa's chronic disease burden: from the local to the global. *Glob Health*. 2010;6:5.
208. Alwan A, World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
209. Levenson JL, editor. *The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine: psychiatric care of the medically ill*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2011. 1180 p.
210. Calitz C, Pollack KM, Millard C, Yach D. National Institutes of Health funding for behavioral interventions to prevent chronic diseases. *Am J Prev Med*. 2015 Apr;48(4):462-71.
211. Malmusi D, Artazcoz L, Benach J, Borrell C. Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health*. 2012 Dec;22(6):781-6.
212. Zare N, Sharif F, Dehesh T, Moradi F. General Health in the Elderly and Younger Adults of Rural areas in Fars Province, Iran. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2015 Jan;3(1):60-6.
213. Erermis S, Cetin N, Tamar M, Bukusoglu N, Akdeniz F, Goksen D. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatr Int Off J Jpn Pediatr Soc*. 2004 Jun;46(3):296-301.
214. Plan Decenal De Salud Pública [Internet]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistema%20de%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Decenal%20De%20Salud%20P%C3%ABlica%20-%20PDSP%20Colombia%202012%20-%202021.pdf>
215. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2006;15(4):167-80.
216. American Academy of Pediatrics. *Addressing Mental Health Concerns in Primary Care: A Clinician's Toolkit*. American Academy of Pediatrics. Clinical information systems/delivery system re-design decision support for clinicians. Mental health screening and assessment tools for primary care [Internet]. 2010. Available from: http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Mental-Health/Documents/MH_ScreeningChart.pdf
217. Smith H. Needs assessment in mental health services: the DISC Framework. *J Public Health*. 1998 Jun 1;20(2):154-60.
218. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):93-121.
219. OPS. *Salud, Bienestar, y Envejecimiento en América Latina y el Caribe* [Internet]. WHO; Available from: <http://www.ssc.wisc.edu/sabe/home.html>

220. Smilkstein G. The physician and family function assessment. *Fam Syst Med*. 1984;2(3):263-78.
221. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jan;60(1):7-12.
222. Departamento Nacional de Planeación (DNP), Departamento Administrativo y nacional de Estadística (DANE). Metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia. Bogotá; 2012.
223. Giel R, de Arango MV, Climent CE, Harding TW, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. A report from the WHO collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. *Pediatrics*. 1981 Nov;68(5):677-83.
224. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA J Am Med Assoc*. 2004 Jun 2;291(21):2581-90.
225. Shibre T, Kebede D, Alem A, Negash A, Kibreab S, Fekadu A, et al. An evaluation of two screening methods to identify cases with schizophrenia and affective disorders in a community survey in rural Ethiopia. *Int J Soc Psychiatry*. 2002 Sep;48(3):200-8.
226. CDC. Burden of Mental Illness [Internet]. CDC; 2013. Available from: <http://www.cdc.gov/mental-health/basics/burden.htm>
227. Wilson J, Keane T. *Assessing Psychological Trauma and PTSD, Second Edition*. Second Edition edition. New York: The Guilford Press; 2004. 668 p.
228. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982 Nov;12(04):871.
229. Migration Policy Institute. Colombia: In the Crossfire [Internet]; 2005 2005 [citado 31 de julio de 2015]. Available from: <http://www.migrationpolicy.org/article/colombia-crossfire>
230. Banco Mundial. PIB per cápita (US\$ a precios actuales) | Datos | Tabla [Internet]. datos.bancomundial.org. 2015 [cited 2015 Aug 10]. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?page=4>
231. Banco Mundial. Crecimiento del PIB (% anual) | Datos | Tabla [Internet]. datos.bancomundial.org. 2015 [cited 2015 Aug 10]. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?page=2>
232. Banco Mundial. Inversión extranjera directa, entrada neta de capital (% del PIB) | Datos | Tabla [Internet]. datos.bancomundial.org. 2015 [cited 2015 Aug 10]. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/BX.KLT.DINV.WD.GD.ZS>
233. Banco Mundial. Inflación, precios al consumidor (% anual) | Datos | Tabla [Internet]. 2015 [cited 2015 Aug 10]. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/FP.CPI.TOTL.ZG>
234. Banco Mundial. Desempleo, total (% de la población activa total) (estimación modelado OIT) | Datos | Tabla [Internet]. datos.bancomundial.org. 2015 [cited 2015 Aug 10]. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SL.UEM.TOTL.ZS?page=4>
235. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Pobreza monetaria y multidimensional 2013. Bogotá D. C: DANE; 2014.
236. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2014. Bogotá D.C: DANE; 2015 Mar.
237. Banco Mundial. Muertes producto de la guerra (cantidad de personas) | Datos | Tabla [Internet]. datos.bancomundial.org. 2015 [cited 2015 Aug 10]. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/VC.BTL.DETH?page=4>

238. Instituto Nacional de Medicina Legal. Forensis 2003. Datos para la vida. Bogotá D.C; 2003.
239. Instituto Nacional de Medicina Legal. Forensis 2014. Datos para la vida. 1st ed. Bogotá D.C: Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia; 2015. 556 p.
240. Banco Mundial. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más) | Datos | Tabla [Internet]. datos.bancomundial.org. 2015 [cited 2015 Aug 10]. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SE.ADT.LITR.ZS?page=4>
241. Migración Colombia. Boletín Anual de Estadísticas/Migración Colombia. Colombia; 2014.
242. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Anuario movimientos migratorios internacionales de Colombia 2003. Colombia; 2004.
243. UARIV. Registro Único de Víctimas (RUV) | RNI - Red Nacional de Información [Internet]. www.unidadvictimas.gov.co. 2015 [cited 2015 Aug 10]. Available from: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=node/107>
244. Streiner DL, Patten SB, Anthony JC, Cairney J. Has 'lifetime prevalence' reached the end of its life?: An examination of the concept. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2009;18(4):221-8.
245. Patten SB. Recall bias and major depression lifetime prevalence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38:290-6.
246. Patten SB, Gordon-Brown L, Meadows G. Simulation studies of age-specific lifetime major depression prevalence. *BMC Psychiatry* [internet]. 2010;10:85. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/85>
247. Takayanagi Y, Spira AP, Roth KB, Gallo JJ, Eaton WW, Mojtabai R. Accuracy of reports of lifetime mental and physical disorders: results from the Baltimore Epidemiological Catchment Area Study. *JAMA Psychiatry*. 2014 Mar;71(3):273-80. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.3579.

Capítulo

6



Acceso a servicios en salud mental

Para la Organización Mundial de la Salud (1), el derecho a la salud abarca cuatro elementos fundamentales: disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad, entendida esta última en el marco de los establecimientos, bienes y servicios de salud que deben ser accesibles a todos mediante la no discriminación (accesibilidad física, accesibilidad económica-asequibilidad y acceso a la información). Así es como la equidad en los servicios de salud es independiente a la capacidad de pago, la situación geográfica, la situación laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría.

El acceso a los servicios de salud se mide mediante la utilización que hacen los individuos de estos, e influyen la estructura del sistema de servicios (por ejemplo, la disponibilidad, la organización y el financiamiento), así como la naturaleza de los requerimientos (2).

1. Acceso a los servicios de salud mental

El acceso requiere, además de las facilidades propias, la disponibilidad de espacios y servicios que disminuyan las barreras que se generan, las cuales incluyen las actitudinales, debidas a las creencias negativas frente a los sistemas de salud, la mala interpretación acerca de las consecuencias a los tratamientos, la baja necesidad percibida de requerir ayuda, las barreras estructurales (como localización geográfica lejana o falta de personal adecuadamente capacitado), así como las barreras financieras (3) y la falta de conocimiento en las rutas de atención poco claras y desarticuladas con la atención primaria.

El inadecuado acceso a los servicios de salud mental no solo conlleva impactos importantes en los costos de la prestación de los servicios, sino que empeora los indicadores de calidad para las personas que presentan una enfermedad mental y sus familias, con incremento en los riesgos de suicidio y agresiones en la población.

2. Acceso a los servicios de salud mental en Colombia

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado en 1993 a través de la Ley 100 como un sistema de salud de competencia regulada basado en la mezcla pública y privada, así como en la regulación del mercado, el cual está basado en los principios de universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, equidad, entre otros. Con la definición de la Ley 100 se establece el Plan Obligatorio de Salud (POS), eje del sistema, y corresponde al paquete de servicios básicos a los que se tiene derecho en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria-prestaciones económicas (4), según el tipo de régimen contributivo o subsidiado al que se pertenezca.

En 2011 se da una primera gran reforma del sistema de salud a través de la Ley 1438, que tiene como objeto el fortalecimiento del SGSSS. En esta ley, y en la esfera de la salud mental, se planteó la atención integral en salud mental, lo cual abrió paso a la Ley 1616 de 2013, que garantiza el derecho a la salud mental de los colombianos, pues busca la disminución en las barreras de acceso a los servicios de salud mental. En este proceso, el plan de beneficios se ajusta e incluye nuevas tecnologías en salud mental, tanto en medicamentos como en los servicios de internación total o parcial, psicoterapia ambulatoria, individual, grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, que previamente estaban restringidas a los 30 primeros días de evolución y solamente durante la fase aguda. Así se cubren hasta 30 sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, con una cobertura especial en atención diferencial.

Ahora bien, son pocos los datos disponibles frente acceso a servicios de salud mental en Colombia. En el último Estudio Nacional de Salud Mental 2003 muestra cómo entre un 85,5% y un 94,7% de las personas con algún trastorno

mental no accede a algún servicio de salud, y cómo los hallazgos sugieren que, ante la mayor necesidad de atención, los pacientes afrontan las barreras de acceso para usar los servicios de salud, anotando que, sin embargo, el porcentaje no supera el 5 % (5).

En la Encuesta Nacional de Salud 2007 (6) se estudió el acceso a los servicios de salud mental desde un dominio que involucró de manera única la búsqueda de la atención y el inicio de esta. En dicha encuesta se evidenció que solamente el 0,8% de la atención recibida fue por motivos de enfermedades o problema mental, de los nervios o de comportamiento; en contraste, los resultados del último estudio de carga de enfermedad para Colombia (7) refiere las veinte primeras causas según AVISAS totales (x 1000 personas), y dentro de ellas se evidencia que de estas veinte causas cuatro son del grupo de enfermedades mentales.

3. Indicadores de acceso y oportunidad

En Colombia, los indicadores de acceso y oportunidad están regulados a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la prestación de servicios de salud (8), aunque no se encuentran datos discriminados como país frente a indica-

dores de acceso a los servicios y tecnologías en salud mental. Hay datos de su calidad de manera general como acceso a especialistas y oportunidad de medicamentos incluidos en el plan de beneficios.

3.1. Oportunidad en la asignación de cita en consulta especializada

La atención oportuna de casos de mayor complejidad influye en la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana y se calcula con esta medida. Hace referencia a la sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita sobre el número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución (tabla 6.1).

3.2. Oportunidad en la entrega de medicamentos del POS

La oportunidad en la entrega indica la proporción de medicamentos POS entregados en la farmacia de la entidad administradora de planes de beneficios respecto a medicamentos POS recetados por su médico tratante (tabla 6.2).

Tabla 6.1. Oportunidad en días en la asignación de cita en consulta especializada

Periodo	IPS	EAPB
2006-2	7,1	7,7
2007-1	7,5	6,6
2007-2	9,1	7,3
2008-1	7,7	7,5
2008-2	8,7	7,4
2009-1	8,5	7,3
2009-2	10	8,8
2010-1	9,6	7,3
2010-2	8,2	7,0
2011-1	8,9	8,0

IPS: instituciones prestadoras de servicios de salud. EAPB: entidades administradoras de planes de beneficios.

Fuente: tomado de Seguimiento al Sector Salud en Colombia. Oportunidad en la asignación de cita en la consulta médica especializada EAPB/IPS [internet]; 2012. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/servicios-de-salud/grafica.ver/35>

Tabla 6.2. Oportunidad en la entrega de medicamentos POS

Periodo	Proporción
2006-2	98,2
2007-1	85,5
2007-2	84,5
2008-1	87,6
2008-2	93,6
2009-1	90,4
2009-2	91,5
2010-1	95,7
2010-2	97,0
2011-1	96,3

Fuente: tomado de Seguimiento al Sector Salud en Colombia. Oportunidad en la asignación de cita en la consulta médica especializada EAPB/IPS [internet]; 2012. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/servicios-de-salud/grafica.ver/29>

4. Resultados

Para esta evaluación se desarrollaron cuatro módulos que consideran tanto a menores como a adultos, dos de ellos enfocados en medir las condiciones de acceso a los servicios, y los otros a identificar el acceso y uso a medicamentos. El cuestionario fue desarrollado con base en las encuestas nacionales previas y en curso, en las barreras más frecuentes frente a los servicios de salud mental, en las inquietudes en torno al acceso por parte de expertos y usuarios del sistema y teniendo en cuenta las responsabilidades y obligaciones del sistema y las tecnologías ofrecidas en el marco de la Resolución 5521 de 2013 y la Resolución 5923 de 2014. Las primeras preguntas indagaban si la persona consideraba haber tenido un problema de salud mental, a aquellos que respondieron positivamente se les realizaron las preguntas sobre acceso a servicios.

4.1. Acceso a los servicios de salud mental y medicamentos en población Infantil (7 a 11 años)

El 49,8% de los cuidadores considera la salud mental de la población infantil es excelente; el 30,8%, la considera muy buena; el 17,8%, buena, y el 1,7%, regular. El porcentaje restante corresponde a mala, pero es impreciso. Por otra parte, el 2,8% creen que estos han tenido un problema de salud mental en la vida, de los cuales el 55,4% de estos ha sucedido en los últimos 12 meses. Dentro de las dificultades generadas en los últimos 30 días por estos, hay en promedio 8,4 días de incapacidad para realizar las actividades que se espera que realicen y de disminución en las actividades diarias es de 6,9 días (tablas 6.3 y 6.4).

Tabla 6.3. Indicadores de acceso en población infantil colombiana entre 7 y 11 años según región

Indicadores de acceso %	Atlántica		Central		Oriental		Pacífica		Bogotá		Nacional		
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	
Percepción de salud mental en el niño valor porcentual	Excelente	39,6	35,3-44,1	60,7	55,4-65,7	48,4	44,3-52,6	41,4	36,4-46,6	62,4	57,0-67,4	49,8	47,6-52,0
	Muy buena	37,5	33,2-41,9	23,2	19,0-28,0	31,9	28,2-36,0	34,3	29,5-39,4	24,2	19,8-29,1	30,8	28,8-32,8
	Buena	21,6	18,1-25,5	14,0	10,7-18,1	18,4	15,4-21,7	20,9	17,0-25,5	12,8	9,6-16,9	17,8	16,2-19,5
	Regular	*	*	*	*	*	**	*	**	*	**	*	1,7
Mala	*	*	+	+	+	+	+	+	+	+	+	*	**
Problemas de salud mental alguna vez en la vida	*	*	*	*	*	*	*	**	**	*	**	2,8	2,2-3,5
Problemas emocionales, nerviosos o de salud mental en los últimos 12 meses	*	*	*	*	60,4	34,2-81,7	62,5	38,2-81,8	*	*	*	55,4	42,5-67,6
Solicitan atención por problemas en mental en los últimos 12 meses	*	*	*	*	*	*	*	**	*	*	**	48,1	35,6-60,7
Recibieron algún tipo de atención en salud mental luego de ser solicitada	100,0	-.	*	*	100,0	-.	100,0	-.	*	*	**	92,7	73,6-98,3
Recurso buscado para atención frente a patología mental	100,0	-.	79,8	41,0-95,7	85,1	51,9-96,8	84,2	35,5-98,1	100,0	-.	-.	88,2	72,8-95,4
Porcentaje de pagador de la atención frente a patología mental	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	69,4	49,5-83,9
Porcentaje de causas de no consulta por patología mental	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	55,3	37,0-72,3
Acceso a medicamentos en niños en los últimos 30 días	100,0	-.	100,0	-.	*	*	+	+	*	*	*	*	**
Acceso a Psicoterapia por psicología	100,0	-.	100,0	-.	83,8	28,3-98,5	100,0	-.	*	*	*	83,1	51,0-95,9

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican tener un CVE mayor al 20 %.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: institución de salud corresponde a hospital, clínica o servicio de salud; o profesional de salud como, médico, enfermera, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje o terapeuta físico

Nota 4: no se presentan los estimadores por ser imprecisos en recurso buscado para atención frente a patología mental de drogajería o farmacia; medicina alternativa como bioenergética, homeopática, acupuntura u otra similar; medicina tradicional como curandero, sobandero, yerbatero u otro similar; iglesia o comunidad religiosa; familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio ni orientador escolar o maestro. En pagador de la atención frente a patología mental para: plan de medicina prepagada, o seguro privado; secretaría de salud

o alcaldía como vinculados; usted o alguien de su hogar con recursos propios; otra persona con recursos propios; patrón o empleador ni entidad por fuera del sistema de seguridad social como una ONG. Y en causas de no consulta por patología mental: descuido; le dio miedo que le dieran tratamiento; le preocupó lo que diría la gente si lo vieran en tratamiento; no creyó que le pudieran ayudar; no confiaba en los médicos o en quienes lo atenderían; no quiso ir; no tenía tiempo; no sabía donde prestaban este servicio; no sabía que tenía derecho a este servicio; fueron pero no lo atendieron; no tenía dinero para pagar la atención; los hicieron esperar mucho para atenderlos; los horarios no les servían; había que hacer muchos trámites en la EPS o IPS; no les dieron cita o se las dieron para una fecha lejana; no le cubrían o no le autorizaron la atención; no tenía a donde acudir; el sitio de atención quedaba muy lejos; consideraba que la atención era mala; recibió tratamiento antes y no funcionó.

Tabla 6.4. Indicadores de acceso en población infantil colombiana entre 7 y 11 años según región

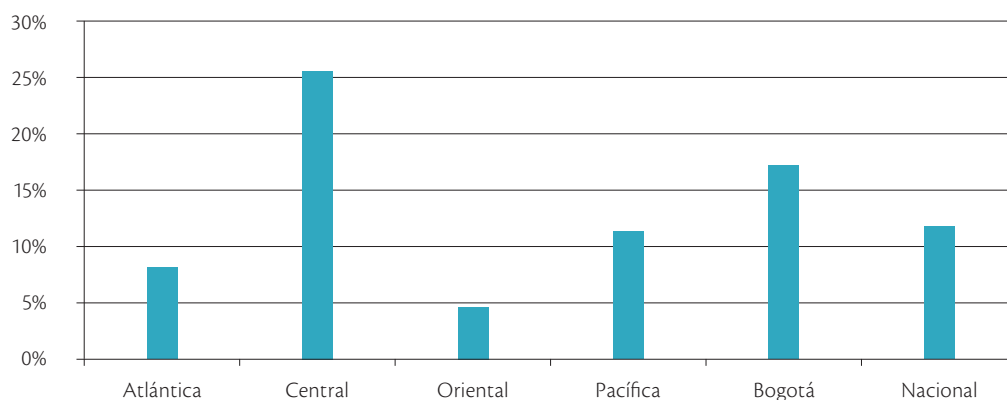
Indicadores	Atlántica		Central		Oriental		Pacífica		Bogotá		Nacional	
	Media	IC95 %	Media	IC95 %	Media	IC95 %	Media	IC95 %	Media	IC95 %	Media	IC95 %
Días de incapacidad en los últimos 30 días por patología mental	2	-	+	+	19	0-38,1	1	-	+	+	8,4	0-19,7
Días con disminución de las actividades diarias por patología mental en los últimos 30 días	2	-	-	2	19	2,4-35,6	1,4	0-3,8	3	-	6,9	0-14,3
Veces que solicitó atención en los últimos 12 meses por los problemas mentales	10,7	0-29,9	3,8	0,9-6,7	3,4	1,4-5,4	2	1,5-2,4	3,6	2-5,2	4,2	1,6-6,9

Nota: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

En relación con el acceso a servicios de salud mental solo se solicita atención para el 48,1% de esta población que tiene problemas mentales con un promedio de haberla solicitado y accedido a ella de 4,2 veces; se resalta que el 92,7% de los que la solicitan acceden a esta. El principal recurso buscado son las instituciones de salud en el 88,2% (IC95 %: 72,8-95,4) de los casos, el pagador en el 69,4% (IC95 %: 49,5- 83,9) de las veces son las entidades promotoras de salud (EPS) y el tiempo requerido promedio a nivel nacional para llegar al sitio donde va a tener el servicio es en promedio de 11,8 (IC95 %: 2,9-20,7) horas. Para las personas que no buscan atención para esta población el 55,3% (IC95 %: 37-72,3) consideran que no es necesario siendo la principal razón, de otra parte el 100% de los niños acceden a medicamentos, los demás da-

tos son imprecisos por las bajas frecuencias reportadas, y el 83,1% (IC95 %: 51-95,9) acceden a psicoterapia (tablas 6.3 y 6.4 y gráfica 6.1).

Al analizar la información según las regiones se encuentra que la percepción de la salud mental como excelente en Bogotá es de 62,4%, siendo el mayor y de 39,6% en la Atlántica siendo los que menos la reportan así. De los cuidadores que reportan problemas mentales en los niños en la región Pacífica 62,5% ha sido durante los últimos 12 meses y 60,4% en la Oriental. En relación con el tiempo requerido para la atención se encuentra una gran variabilidad siendo el mayor para la región Central (promedio 25,6 horas; IC95 %: 0-66,5) y el menor en la Oriental (promedio 4,8 horas; IC95 %: 0-12) (gráfica 6.1).



Gráfica 6.1. Promedio de horas requeridas para llegar al sitio de atención de salud mental en la población colombiana entre 7 y 11 años

En relación con el sexo, se encuentra que la percepción de salud mental como excelente es un poco mayor en las niñas que niños (54,6% vs. 45,4%), pero la muy buena es algo mayor en niños que en niñas (33,8% vs. 27,4%). Para la percepción de algún problema mental, el recibir algún tipo de

atención para esta, el recurso buscado y la indicación de terapia ocupacional son similares entre ambos (tabla 6.5). Por otra parte, se encuentra que al 58,1% de ellos se les indica terapia ocupacional, y al 58,3%, psicoterapia por psicología, para este el 83,1% la recibieron.

Tabla 6.5. Indicadores de acceso en población infantil colombiana entre 7 y 11 años según sexo

Indicadores de acceso		Hombres		Mujeres		Total	
		%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Percepción de salud mental en el niño valor porcentual	Excelente	45,4	42,5-48,4	54,6	51,5-57,7	49,8	47,6-52
	Muy buena	33,8	31-36,7	27,4	24,7-30,3	30,8	28,8-32,8
	Buena	19,2	16,9-21,7	16,3	14,1-18,7	17,8	16,2-19,5
	Regular	*	*_*	*	*_*	1,7	1,2-2,3
	Mala	*	*_*	+	+ - +	*	*_*
Problemas de salud mental alguna vez en la vida		2,6	1,9-3,7	2,9	2,0-4,1	2,8	2,2-3,5
Solicitan atención por patología mental en los últimos 12 meses		51,1	34-67,9	*	*_*	48,1	35,6-60,7
Recibieron algún tipo de atención en salud mental luego de ser solicitada		92,7	60,2-99,1	92,7	59,8-99,1	92,7	73,6-98,3
Recurso buscado para atención frente a patología mental	Institución de salud	90,5	66,4-97,9	85,5	60,1-95,8	88,2	72,8-95,4
Acceso a medicamentos en niños en los últimos 30 días		100	..	*	*_*	*	*_*
Tipo de terapias indicadas	Ocupacional	65,5	36,4-86,3	47	16,6-79,8	58,1	35,5-77,7
	Psicoterapia por psicología	*	*_*	68,5	30,9-91,4	58,3	35,1-78,2
Acceso a Psicoterapia por psicología		*	*_*	90,3	45,2-99,1	83,1	51-95,9
Principales razones para no acceso a terapias	No estaba disponible el servicio	85,4	11,6-99,6	100	..	90,4	22,3-99,7

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican tener un CVE mayor al 20%.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: institución de salud corresponde a: hospital, clínica o servicio de salud; o profesional de salud como, médico, enfermera, psicólogo, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje o terapeuta físico.

Nota 4: no se presentan los estimadores por ser imprecisos en: recurso buscado para atención frente a patología mental de droguería o farmacia; medicina alternativa como bioenergética, homeopática, acupuntura u otra similar; medicina tradicional como curandero, sobandero, yerbatero u otro similar; iglesia o comunidad religiosa; familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio ni orientador escolar o maestro. El pagador de la atención frente a patología mental. En terapias indicadas: lenguaje o fonoaudiología; física o fisioterapia; psicoterapia por psiquiatría ni hospital día. Y en Principales razones para no acceso a terapias de: el sitio de la consulta quedaba muy lejos o no tenía transporte; no tenía dinero para pagarlos; no tenía tiempo; pensó que no eran necesarias; había que hacer muchos trámites y colas para recibir el servicio; pensó que no lo iban a atender; no le gusta este tipo de tratamiento; usted o el niño(a) se sentían inseguros, tenían miedo o sentían nervios; no sabía que tenía derecho a este servicio; no sabía en donde prestaban este servicio; alguna persona no se lo permitió; no confiaba en este servicio ni creía que la atención no era buena.

Con respecto al uso de medicamentos para alguna patología mental en los últimos 12 meses en población infantil es de 0,8% (IC95%: 1,3-23,2) siendo este impreciso por tener un CVE mayor de 20. Sin embargo en el 100% de ellos es formulado por un médico y el 71,7% (IC95%: 46,1-88,2) es pagado por la EPS.

4.2. Acceso a los servicios y medicamentos de salud mental en adolescentes

El 3,4% de los adolescentes entre 12 y 17 años en Colombia refieren haber tenido algún problema de salud mental alguna vez en la vida. De estos, el 51,5% ha sido en los últimos 12

meses (tabla 6.6). El 35,2% (IC95%: 22,2-50,8) de los adolescentes buscaron atención en los últimos 12 meses, aunque este estimador es ligeramente impreciso (CVE de 20,8), lo hicieron 3,9 (IC95%: 0,85-6,9) veces y la recibieron el 88,5% de las veces. El 92,1% de las veces fue en una institución de salud y en el 70,9% de los casos el pagador es la EPS. En promedio, demoran 11,7 horas en llegar al sitio de atención (tablas 6.6 y 6.7). La región Central es donde más veces han solicitado atención 10,5 veces (IC95%: 0-24,6) y la menor Bogotá, donde lo han hecho en promedio 1,1 veces (IC95%: 0,64-1,63). Y el mayor tiempo para llegar al sitio de prestación del servicio es en la Atlántica, donde requieren 15,8 horas (IC95%: 0,70-30,9) en promedio y el menor en la región Central con 1,0 horas (IC95%: 0-2,5) en promedio.

Tabla 6.6. Indicadores de acceso en adolescentes colombianos entre 12 y 17 años

Indicadores de acceso		Hombre		Mujer		Total	
		%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Problemas de salud mental		*	*	3,8	2,6-5,6	3,4	2,5-4,5
En los últimos 12 meses		*	*	54,3	34,3-73	51,5	36,4-66,2
Antes de los últimos 12 meses		60	36,4-79,7	*	*	54,2	39-68,6
Recibieron algún tipo de atención en salud mental luego de ser solicitada		83,5	41,9-97,2	100	-	88,5	53,8-98,1
Recurso buscado para atención frente a problema mental	Institución de salud	93,5	60,1-99,3	89	50,2-98,5	92,1	70,8-98,3
Pagador de la atención	EPS contributiva o subsidiada u otra entidad de seguridad social	*	*	*	*	70,9	42,1-89,1

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican tener un CVE mayor al 20%.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: institución de salud corresponde a: hospital, clínica o servicio de salud; o profesional de salud como, médico, enfermera, psicólogo, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje o terapeuta físico

Nota 4: no se presentan los estimadores por ser imprecisos en: recurso buscado de droguería o farmacia; medicina alternativa como bioenergética, homeopática, acupuntura u otra similar; medicina tradicional como curandero, sobandero, yerbatero u otro similar; iglesia o comunidad religiosa; familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio ni orientador escolar y/o maestro. Y en pagador de la atención de plan de medicina prepagada, o seguro privado; secretaría de salud o alcaldía como vinculados; usted o alguien de su hogar con recursos propios; otra persona con recursos propios; patrón o empleador; entidad por fuera del sistema de seguridad social como una ONG ni de no se requirió pago.

El 0,8% (IC95%: 1,5-31,8) de adolescentes tienen algún medicamento psiquiátrico formulado por una condición mental, donde el 86,5% (IC95%: 35,8-98,7) de las veces es indicado por un médico y el 80,5% (IC95%: 37,1-96,7) de las veces el pagador es la EPS.

4.3. Acceso a los servicios y medicamentos de salud mental en adultos entre 18-44 años

El 4,5% (IC95%: 3,9-5,1) de la población colombiana entre 18 y 44 años reporta haber tenido algún problema de salud mental en la vida, de los cuales 36,1% (IC95%: 29,7- 43,1) lo ha presentado en los últimos 12 meses y el 65,9% antes de los últimos 12 meses. Dentro de las dificultades generadas en los últimos 30 días por estos, hay en promedio 12,6 días de incapacidad para realizar las actividades que se espera que realicen y de disminución en las actividades diarias es de 8,8 días (tablas 6.8 y 6.9). En relación con el acceso a servicios solo se solicita atención para el 38,5% de esta población que tiene

problemas mentales con un promedio de haberla solicitado 23,5 veces; se resalta que el 94,0% de los que la solicitan acceden a esta. El principal recurso buscado son las instituciones de salud en el 89,0% (IC95%: 77-95,1) de los casos y el pagador en el 66,1% de las veces son las EPS y el tiempo requerido promedio a nivel nacional para llegar al sitio donde va a tener el servicio es en promedio de 32,3 horas (IC95%: 7,25-57,3). En relación con los servicios requeridos el 72,7% (IC95%: 55-85,3) de las veces se indica psicoterapia por psicología y respecto a los medicamentos el 83,1% (IC95%: 63,2-93,4) de las personas a las que se les formuló alguno en los últimos 30 días los recibió. Y a los desenlaces el 79,6% (IC95%: 57,3-91,9) refieren estar mejor y mejorando y el 13,9% (IC95%: 9,82-19,3) refieren haber requerido hospitalización por estos problemas de salud mental alguna vez en la vida (tablas 6.7 y 6.8). Para las personas que no buscan atención para esta población el 47,3% (IC95%: 39,2-55,5) consideran que no es necesario, el 23,6% (IC95%: 17,4-31,3) no lo hizo por descuido y el 15,6% (IC95%: 10,4-22,7) no quiso ir (tabla 6.7).

Tabla 6.7. Indicadores de acceso en población colombiana entre 18 y 44 años

Indicadores	Hombres		Mujeres		Total		
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	
Problemas de salud mental en toda la vida	3,0	2,3-3,8	5,6	4,7-6,5	4,5	3,9-5,1	
En los últimos 12 meses	30,8	20,2-43,9	38,2	30,4-46,5	36,1	29,7-43,1	
Antes de los últimos 12 meses	69,2	56,1-79,8	64,6	56,3-72,1	65,9	58,9-72,2	
Solicitan atención por patología mental en los últimos 12 meses	*	*	44,4	31,4-58,1	38,5	27,8-50,5	
Recibieron	96,4	78,1-99,5	93,0	79,3-97,9	94,0	84,2-97,9	
Porcentaje de recurso buscado para atención frente a patología mental	Institución de salud		92,1	70,2-98,3	87,7	71,7-95,3	
Porcentaje de cada pagador de la atención frente a patología mental	EPS contributiva o subsidiada u otra entidad de seguridad social		70,9	44,6-88,1	63,9	46,5-78,3	
Porcentaje de causas de no consulta por patología mental	Descuido		*	*	24,7	17,3-33,8	
	Pensó que no era necesario consultar		60,8	45,0-74,7	42,3	33,1-52,0	
	No quiso ir		*	*	*	*	
Acceso a medicamentos en los últimos 30 días		94,6	75,9-99,0	78,4	52,7-92,2	83,1	63,2-93,4

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican tener un CVE mayor al 20%.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: institución de salud corresponde a hospital, clínica o servicio de salud; o profesional de salud como, médico, enfermera, psicólogo, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje o terapeuta físico.

Nota 4: no se presentan los estimadores por ser imprecisos en: Recurso buscado de droguería o farmacia; medicina alternativa como bioenergética, homeopática, acupuntura u otra similar; medicina tradicional como curandero, sobandero, yerbatero u otro similar; iglesia o comunidad religiosa; familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio ni orientador escolar y/o maestro. En pagador de la atención de plan de medicina prepagada, o seguro privado; secretaría de salud o alcaldía como vinculados; usted o alguien de su hogar con recursos propios; otra persona con recursos propios; patrón o empleador; entidad por fuera del sistema de seguridad social como una ONG ni de no se requirió pago. En causas de no consulta de le dio miedo que le dieran tratamiento; le preocupó lo que diría la gente si lo vieran en tratamiento; no creyó que le pudieran ayudar; no confiaba en los médicos o en quienes lo atenderían; no tenía tiempo ni no sabía donde prestaban este servicio. En tipo de terapias indicadas: ocupación; de lenguaje; fisioterapia; psiquiatría ni hospital día.

Tabla 6.8. Indicadores de acceso en población colombiana entre 18 y 44 años

Indicadores	Hombre		Mujer		Total	
	Media	IC95 %	Media	IC95 %	Media	IC95 %
Días de incapacidad en los últimos 30 días por patología mentalida por patología mental	28,7	25,6-31,7	*	*	12,6	5,5-19,7
Días con disminución de las actividades diarias por patología mental en los últimos 30 días	23,5	13,3-33,6	*	*	8,8	2,9-14,6
Promedio de veces que solicitó atención por patología mental	*	*	*	*	23,5	0-64,5
Promedio del tiempo (hora) requerido para acceder al servicio de salud mental	*	*	*	*	32,3	7,3-57,3

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican tener un CVE mayor al 20%.

El 1,9% (IC95%: 2,3-11,1) de la población de este grupo etario recibe medicamentos psiquiátricos, el 87,5% (IC95%: 78,2-93,2) de las veces a sido formulado por un médico y el 72,5% (IC95%: 61,5-81,3) de las veces es pagado por la EPS o entidad de seguridad social. Dentro de los medicamentos más usados se encuentran la amitriptilina y la fluoxetina, las reciben el 26,6% (IC95%: 17,9-37,6) y el 23,6% (IC95%: 15,7-33,9) de los que se les ha formulado algún medicamento.

4.4. Acceso a los servicios y medicamentos de salud mental en adultos mayores de 45 años

Para las personas de 45 años en adelante el 4,8% (IC95%: 4,2-5,6) describen problemas de salud mental de los cuales 35,6% (IC95%: 28,8-43,1) refieren que los han tenido en los últimos 12 meses y el 65,0% antes de este tiempo (tabla 6.9). Los indicadores de incapacidad y disminución de las actividades son imprecisos para este grupo etario.

En relación con el acceso a servicios solo se solicita atención para el 34,3% (IC95%: 27,6-41,7) de esta población que tiene problemas mentales con un promedio de haberla solicitado 2,4 veces; se resalta que el 79,4% de los que la solicitan acceden a esta. El principal recurso buscado son las instituciones de salud, en el 84,8% (IC95%: 79,4-94,4) de los casos, y el pagador en el 80,6% de las veces son las EPS u otra entidad de seguridad social. En cuanto a los servicios requeridos, el 52,7% (IC95%: 36,4-68,5) de las veces se indica psicoterapia por psicología y respecto a los medicamentos; el 97,9% de las personas a las que se les formuló alguno en los últimos 30 días los recibió. Respecto a los desenlaces el 93,8% (IC95%: 71,4-98,9) refieren estar mejor y mejorando y el 16,2% (IC95%: 11,5-22,4) refieren haber requerido hospitalización por estos problemas de salud mental alguna vez en la vida. Y para las personas que no buscan atención para esta población el 24,0% (IC95%: 17,2-32,5) no lo hicieron por descuido, las otras razones tiene resultados imprecisos y no se reportan (tabla 6.9).

El 3,7% (IC95%: 3,1-4,4) de la población de este grupo etario recibe medicamentos psiquiátricos siendo más frecuente en las mujeres (4,8%; IC95%: 4,0-5,8), que en los hom-

bres (2,0%; IC95%: 1,4-2,8); el 92,7% (IC95%: 86,6-96,2) de las veces ha sido formulado por un médico y el 81,1% (IC95%: 73,3-87) de las veces es pagado por la EPS. Dentro de los medicamentos más usados se encuentran la fluoxetina y amitriptilina; las reciben el 26,5% (IC95%: 19,4-35,1) y el 21,9% (IC95%: 15,4-30) de los que se les ha formulado algún medicamento, además el 26,9% (IC95%: 19,1-36,6) de las mujeres que reciben medicamentos psiquiátricos toman zopiclona. Finalmente, los datos para pobreza y no pobreza por acceso no se reportan en ningún grupo de edad, puesto que sus frecuencias son bajas y no permiten tener estimativos precisos (CVE mayores a 20).

5. Discusión

Cuando se habla de acceso a los servicios de salud, se hace referencia al proceso mediante el cual las personas buscan atención y esta se logra. En este sentido, Frenk (9) propone que “se reserve el término de acceso para denotar la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención [...] acceso se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios”. El presente estudio se realizó la entrevista sobre usuarios reales, esto es, aquellos que conocen que tienen un diagnóstico de trastorno mental. No se tienen en cuenta aquellas personas, usuarios potenciales, que no se saben con problemas o trastornos mentales o a quienes el sistema no ha reconocido como tales. Ejemplo de ello el porcentaje alto de personas que acudiendo a la institución de salud no recibe un diagnóstico de una depresión, ansiedad u otro trastorno teniéndola y por tanto nunca se reconocen como usuarios reales.

Desde un concepto más amplio se puede referir al “grado de ajuste” entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud (10). Ahora bien, se pueden plantear diferentes dominios: un dominio estrecho que solamente involucra la búsqueda de la atención y el inicio de ella (el acceso o la demanda efectiva), uno intermedio que además de la anterior también considera la continuación en la atención y, finalmente, un dominio amplio que incorpora el deseo de la atención (gráfica 6.2).

Tabla 6.9. Indicadores de acceso en población colombiana de 45 años en adelante

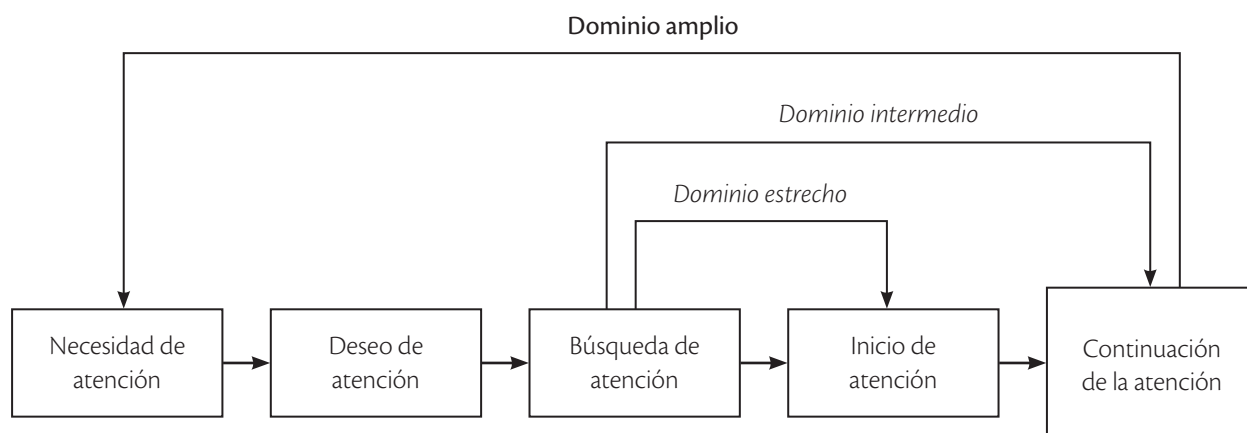
Indicadores		Hombres		Mujeres		Total	
		%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Problemas de salud mental		3,3	2,5-4,4	5,8	4,9-6,9	4,8	4,2-5,6
En los últimos 12 meses		*	*.*	40,0	31,8-48,8	35,6	28,8-43,1
Antes de los últimos 12 meses		77,5	63,4-87,2	60,4	51,6-68,6	65,0	57,6-71,8
Solicitan atención por patología mental en los últimos 12 meses		*	*.*	37,3	29,3-46,0	34,3	27,6-41,7
Recibieron		95,6	74,1-99,4	87,2	75,5-93,7	88,9	79,4-94,4
Recurso buscado para atención frente a problema mental	Institución de salud	100,0	-	94,4	81,3-98,5	95,6	84,8-98,8
Pagador de la atención	EPS contributiva o subsidiada u otra entidad de seguridad social	78,8	49,6-93,3	96,0	80,1-99,3	92,1	80,6-97,0
Causas de no consulta	Descuido	*	*	26,8	18,4-37,2	24,0	17,2-32,5
Acceso a medicamentos en los últimos 30 días		100,0	-	96,9	81,0-99,6	97,9	86,6-99,7
Porcentaje de tipo de terapias indicadas	Terapia ocupacional	*	*	*	*	*	*
	Terapia de lenguaje o fonoaudiología	*	*	+	+	*	*
	Terapia física o fisioterapia	*	*	*	*	*	*
	Psicoterapia por psicología	*	*	59,0	38,5-76,9	52,7	36,4-68,5
	Psicoterapia por psiquiatría	*	*	*	*	*	*
	Hospital día	*	*	*	*	*	*
Porcentaje de la percepción de mejoría ante el servicio recibido para la patología mental	Mejor y mejorando	98,1	86,5-99,8	91,1	57,4-98,7	93,8	71,4-98,9
	Mejor pero no ha seguido mejorando	+	+	*	*	*	*
	Igual	*	*	+	+	*	*
	Peor	+	+	+	+	+	+
Porcentaje de la hospitalización por patología mental		*	*	17,1	11,6-24,6	16,2	11,5-22,4
Percepción de problemas mentales en adultos con problemas mentales según SRQ		*	*	14,3	10,2-19,8	12,4	9,1-16,6
Percepción de enfermedad mental en adultos con cualquier ttno según CIDI		*	*	*	*	*	*
Acceso a servicios de salud en adultos con trastornos mentales según CIDI		100,0	-	92,2	57,5-99,0	94,8	69,4-99,3

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican tener un CVE mayor al 20%.

Nota 2: estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.

Nota 3: institución de salud corresponde a: hospital, clínica o servicio de salud; o profesional de salud como, médico, enfermera, psicólogo, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje o terapeuta físico.

Nota 4: no se presentan los estimadores por ser imprecisos en: Recurso buscado de droguería o farmacia; medicina alternativa como bioenergética, homeopática, acupuntura u otra similar; medicina tradicional como curandero, sobandero, yerbatero u otro similar; iglesia o comunidad religiosa; familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio ni orientador escolar y/o maestro. En pagador de la atención de plan de medicina prepagada, o seguro privado; secretaría de salud o alcaldía como vinculados; usted o alguien de su hogar con recursos propios; otra persona con recursos propios; patrón o empleador; entidad por fuera del sistema de seguridad social como una ONG ni de no se requirió pago. En causas de no consulta de le dio miedo que le dieran tratamiento; le preocupó lo que diría la gente si lo vieran en tratamiento; no creyó que le pudieran ayudar; no confiaba en los médicos o en quienes lo atenderían; no tenía tiempo ni no sabía donde prestaban este servicio. En tipo de terapias indicadas: ocupacion; de lenguaje; fisioterapia; psiquiatría ni hospital día.



Gráfica 6.2. Dominios del acceso a los servicios de salud

Fuente: adaptado de Frenk (9).

El acceso a los servicios de salud se mide a través de la utilización que hacen los individuos de estos, e influyen la estructura del sistema de servicios (por ejemplo, la disponibilidad, la organización y el financiamiento), así como la naturaleza de los requerimientos (2).

El Estudio Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM 2015) permitió, entre otros, y de manera particular en este apartado, dar respuesta a dos de las preguntas fundamentales de la investigación: el acceso a los servicios de salud mental y a los medicamentos en la población colombiana (de manera particular accesibilidad física y económica (asequibilidad) y a la presencia de barreras frente al acceso. Con la definición de este módulo, el cual fue construido en base a las necesidades particulares frente al acceso de salud mental definidas internacionalmente (11) y en un marco del SGSSS de Colombia (12), se buscó evaluar el adecuado acceso a los servicios de salud mental donde, a partir de la percepción de la necesidad, se indagó por la búsqueda de atención y el motivo de no consulta; así mismo, se averiguó por el sitio donde asistió en la última ocasión para conocer a quién acuden las personas cuando quieren recibir atención; el tiempo de desplazamiento con el fin de evaluar barreras geográficas y finalmente el acceso efectivo a los medicamentos y las barreras que se presentan para no acceder a estos.

La cobertura del aseguramiento en Colombia ha tenido un incremento sostenido en la última década, lo anterior se debe a que el aseguramiento ha pasado de 56,9% al 90,8%

registrado entre 1997 y 2012 (13). De hecho, al 30 de junio del 2015 los afiliados a salud en Colombia son 45.999.161 distribuidos en: 23.279.612 del régimen subsidiado, 20.847.106 del régimen contributivo y 1.872.443 del régimen de excepción (14), logrando una cobertura del 95,3% en la población colombiana. Estos datos se ven reflejados en la ENSM en la descripción de la muestra y se ven contrastados con los datos de acceso efectivo donde se evidencia una brecha importante entre las personas que referencian presentar algún tipo de problema de salud mental en los últimos 12 meses y la solicitud de atención por patología mental la cual fue menor del 50% —con posibles diferencias en las poblaciones vulnerables (población infantil, situación de pobreza) que no pudieron ser reportadas por las bajas frecuencias e imprecisión de los datos— y, finalmente, de la población que decide consultar entre el 88 al 94% logran acceder al servicio. Estos resultados van de la mano a las dificultades que hoy el sistema viene enfrentando en torno a una mayor cobertura en aseguramiento con una disminución en el acceso real a los servicios, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios de salud al momento de necesitarlos o de percibir la necesidad de los mismos, estos datos como lo refiere Ayala (15) se han evidenciado igualmente en encuestas previas como la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2011-2012.

Estos resultados, que ponen de presente la brecha amplia entre cobertura y acceso real a los servicios de salud, se explican inicialmente con los resultados encontrados en torno

a las razones o causas de no consulta donde se encuentra que la causa principal es por no considerar necesario consultar, seguida por “descuido” o “no querer ir”. Estas barreras, que se han denominado *barreras actitudinales*, son las que tienen un mayor impacto, evidenciado en otros estudios, entre las barreras de acceso en salud mental y son a la vez las más conocidas, frecuentes y están asociadas usualmente al estigma propio de la enfermedad mental, las creencias negativas frente a los sistemas de salud, la malinterpretación acerca de las consecuencias a los tratamientos, la baja necesidad percibida de requerir ayuda y el autoestigma, los cuales limitan el acceso al servicio (3). Estos hallazgos, por su parte, llevan no solo a la necesidad de realizar ajustes en las acciones promocionales y preventivas a nivel comunitario que permitan modificar estas limitantes al acceso, sino también a la necesidad de estudios que den conocimiento acerca de las razones, comportamientos y actitudes de la población que limita de manera propia la búsqueda de ayuda a través de los servicios de salud mental.

Las barreras estructurales como localización geográfica lejana o los costos para el transporte debido a las distancias que se deben recorrer se ponen en evidencia en este estudio como factores implicados en el no acceso real de los servicios; subrayando que estas barreras estructurales y financieras impactan no solo el manejo oportuno de las posibles patologías, sino también las acciones promocionales y preventivas, así como las tasas de abandono en los tratamientos que en salud mental tienen unos tiempos mayores en relación a otras patologías. Es importante anotar que otros elementos también impactan el acceso efectivo a los servicios en salud mental como son las rutas de atención poco claras y desarticuladas con la atención primaria, la limitación de camas hospitalarias, la distancia geográfica de los servicios en zonas rurales, los horarios de atención y la falta de personal adecuadamente capacitado en salud mental (15-17). Estos hallazgos deben ser profundizados con estudios longitudinales de acceso y calidad del acceso de manera específica en salud mental en el país, que permitan ajustar acciones propias del sistema de salud.

Si bien no es posible realizar una comparación directa de los resultados de la ENSM 2003 (5) frente al tema de acceso, sí es claro que el acceso para aquellas personas que solicitaron los servicios de salud mental ha presentado una mejora significativa teniendo en cuenta que solo entre el 4,3 al 14,5 %

de las personas con algún trastorno de salud mental lograban acceder a algún servicio de salud mental en el 2003, situación que dista de los resultados actuales en los que el acceso de aquellas personas que solicitaron el servicio de salud mental varió de 92,7% en la población infantil (7 a 11 años), 88,5% en adolescentes (12 a 17 años) y 94% (18 a 44 años), 88,9% (mayores de 44 años) en adultos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que todavía alrededor de un 50% de las personas deciden no asistir a la consulta y no conocemos claramente que porcentaje de población no se sabe con un trastorno mental o no es reconocida como tal por los profesionales de salud y por ello no solicita los servicios.

Así como lo enfatizan diversos autores (18,19), es necesario mejorar las acciones dirigidas al favorecimiento del acceso de la mano con la ampliación de la cobertura en el aseguramiento y esto implica dotar de recursos a las comunidades que les permitan la entrada temprana a los servicios de salud mental y de manera particular para las poblaciones más vulnerables, que como lo presenta la ENSM 2015, particularmente en la población infantil son los que presentan un menor acceso en relación a la percepción de enfermedad y en quienes los diferentes agentes comunitarios con los que se relacionan pueden apoyar al acceso temprano a los servicios de salud mental (20). Por otra parte, cabe resaltar las dificultades para el acceso en las terapias ordenadas en general que si se acompaña de las necesidades en términos de la frecuencia de uso de estos servicios, las barreras geográficas, de horario de consulta y financieras, la continuidad requerida limita los resultados terapéuticos esperados, tema que precisa ser más ampliado en términos de costoefectividad y en cuanto a la detección temprana en comunidad y apoyo desde esta (21).

Finalmente, son claras las necesidades en relación con los ajustes de fondo que permitan reducir las brechas que van asociadas a los paradigmas de la sociedad frente a la enfermedad mental, la percepción de problema traducida en búsqueda del servicio y el acceso efectivo de los servicios desde un modelo más preventivo que terapéutico de segundo nivel, donde además se incide en las limitantes de índole geográfico, particularmente en lo referente a la disposición del recurso especializado y no especializado que favorezca un reconocimiento temprano y un manejo oportuno de un problema mental a través de las diferentes premisas que hoy propone el sistema (12,22).

6. Conclusiones

El módulo de acceso a los servicios de salud mental y acceso a medicamentos a través del abordaje realizado permitió reconocer un incremento en la cobertura de los servicios de salud mental y un acceso a los medicamentos formulados en general:

- Se evidencia una brecha significativa entre la percepción de algún problema o síntoma de enfermedad mental y la búsqueda de ayuda a través de cualquier tipo de servicio o apoyo a algún problema o patología, poniendo de presente cómo son las barreras actitudinales (“descuido” o “no considerarlo importante”) las que priman para la no búsqueda de atención y el no acceso oportuno y pertinente de los servicios de salud mental.
- Si bien las limitantes financieras directas no son explicaciones para el no acceso en torno al pago por los servicios, sí lo son de forma indirecta en relación con los tiempos requeridos para el acceso a los servicios que no solo son un limitante geográfico, sino que ponen de presente dificultades de índole económico asociado a los costos directos e indirectos para llegar a los servicios de salud mental y para mantener intervenciones que usualmente son repetidas en el tiempo.
- Los resultados de este apartado permiten una mirada mucho más amplia y profunda con respecto a las dimensiones asociadas con el acceso a los servicios de salud mental y pone al descubierto la necesidad sentida de abordajes comunitarios de naturaleza promotora y preventiva que permitan una búsqueda activa que permitan disminuir particularmente las barreras actitudinales y geográficas que se evidencian en los resultados, así mismo da la base para encuestas futuras en términos a la indagación de estos dominios y que sin duda requieren ser ampliados en torno a los “cuellos de botella”, calidad del servicio mismo, entre otros, con el fin de obtener mayores claridades con relación a los resultados del Sistema de Salud.

A continuación se enumeran las conclusiones generales y particulares emanadas de este módulo:

- El porcentaje de las personas con algún problema de salud mental percibido alguna vez en la vida es 2,8% (7 a 11

años); 3,4% (12 a 18 años); 4,5% (18 a 44 años) y 4,8% (44 años o más).

- El promedio de días de incapacidad percibidos en las personas que presentaron alguna patología mental es de 8,4 días (7 a 11 años); 3,1 días (12 a 18 años); 12,6 días (18 a 44 años) y 7,3 días (mayores de 44 años), evidenciando una importante incapacidad percibida por patología mental en la población general.
- El promedio de veces que solicitó atención por patología mental es de 4,2 veces (7 a 12 años); 3,9 veces (12 a 18 años); 23,5 veces (18 a 44 años); 2,4 veces (44 años o más).
- El porcentaje de personas que refirieron tener algún tipo de problema de salud mental en algún momento de la vida es en la población infantil (7 a 11 años) de 2,8%, en los últimos 12 meses el 51,5% de los adolescentes (12 a 17 años); 36,1% en los adultos (18-44 años); 35,6% en mayores de 44 años. De estos solo el 45,2% (7 a 11 años); 38,5% (18 a 44 años) y el 48,8% (mayores de 44 años) solicitaron atención por patología mental.
- El porcentaje de personas que recibieron algún tipo de atención en salud mental luego de ser solicitada es de 92,7% en la población infantil (7 a 11 años); 88,5% en adolescentes (12 a 17 años); 94% (18 a 44 años) y 88,9% (mayores de 44 años).
- El promedio de tiempo referido para acceder geográficamente (llegar al sitio) a los servicios de salud mental para la población es a nivel nacional de 11,8 horas (7 a 12 años); 11,7 horas (12 a 18 años); 32,3 horas (18 a 44 años) y 9,6 horas (mayores de 44 años).
- La percepción acerca de la salud mental en población infantil en el país como excelente es del 49,8% con diferencias particularmente entre las áreas rural y urbana, dadas por una mejor percepción en las áreas urbanas particularmente.
- La causa más frecuente de no consulta por patología mental a nivel nacional en la población infantil en los adultos entre 18 a 44 años y los mayores de 44 años es que se consideró que no era necesario consultar 55,3%; 47,3%; 52,5%, respectivamente; seguida por descuido 11,1%; 23,6% y 24,0%, respectivamente.
- El porcentaje de la población a nivel nacional que recibe la atención luego de ser solicitada varía entre de 92,7% en la población infantil (7 a 11 años); 88,5% en adolescentes (12 a 17 años); 94% (18 a 44 años) y 88,9% (mayores de 44 años).

- El recurso más buscado para atención en patología mental a nivel nacional son las instituciones de salud y los profesionales en salud con un 88,2% (7 a 12 años); 92,1% (12 a 18 años); 89% (18 a 44 años) y 95,6% (mayores de 44 años).
- Con relación al pagador a la atención frente a patología mental a nivel nacional para todos los grupos etareos son las EPS del régimen contributivo y subsidiado con una frecuencia de 69,4% (7-11 años), 70,9% (12-17años), 66,1% (18-44 años) y 92,1% (45 y más años).
- El porcentaje de acceso a medicamentos es del 73,6% (7-12 años); 83,1% (18-44 años) y 97,9% (mayores de 44 años).
- La principal razón de no acceso a medicamentos para patología mental en población infantil es la espera de los mismos y el no tener dinero con un 100%.
- La terapia más solicitada es psicoterapia por psicología: 58,3% (7 a 12 años) y en 72,7% (18 a 44 años).
- El hospital día es una tecnología que no presenta utilización frecuente en ninguno de los grupos etarios ni en las regiones.
- La principal razón para no acceso a terapias para población infantil es la no disponibilidad de servicio, con un 90,4%.
- La percepción de mejoría frente a los servicios recibidos para la patología mental es de 74,9% en la valoración de mejor y mejorando en la población infantil; 79,6% en adultos entre 18 a 44 años.
- El porcentaje de hospitalización por psiquiatría en la población infantil es de 5,1%; en adultos entre 18 y 44 años del 13,9%, y en los mayores de 44 años es del 16,2%.
- Con respecto al uso de medicamentos para alguna patología mental es de 0,8% (7 a 18 años); 1,87% (18 a 44 años) y del 3,7% (mayores de 44 años) siendo en la mayoría de los casos formulado por un medico y pagados por la EPS.

7. Recomendaciones

De forma paralela al crecimiento en la cobertura del sistema de salud a la población colombiana, se hace evidente la mayor cobertura con respecto a los servicios de salud mental y el acceso a medicamentos en todos los grupos etarios, con algunas diferencias regionales, siendo los mayores pagadores de los servicios las EPS, y en la proporción más alta, el personal médico y paramédico que provee los servicios. Este panorama propio de las evoluciones de los sistemas de salud

abre unos nuevos retos que se hacen, así mismo, evidentes en los resultados de esta línea. El primero y más importante de ellos es lograr el acceso real a los servicios de salud mental desde una perspectiva comunitaria y bajo las premisas de atención primaria en salud con elementos claros de la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad mental, buscando superar las acciones propias un sistema de salud reactivo, dirigido de manera particular al tratamiento y a aquella población que por diversas circunstancias decide consultar en términos de percepción de un posible problema o patología. Esto nos lleva a continuar subrayando la importancia de la búsqueda activa de posibles casos o problemas que permitan acciones preventivas primarias en la población, así como la formulación de acciones puntuales en promoción de la salud mental de la población de manera intersectorial.

Así mismo, es de resaltar que el acceso a los servicios en salud mental tiene unas particularidades que deben ser tenidas en cuenta para las acciones de mejora y ajuste, estas acciones incluyen además de las facilidades propias, la disponibilidad de espacios, servicios y horarios que disminuyan las barreras que se generan particularmente las de orden actitudinal, las cuales se hacen evidentes en los resultados de causa de no consulta, estas barreras usualmente asociadas a creencias negativas frente a los sistemas de salud, malinterpretación acerca de las consecuencias a los tratamientos, la baja necesidad percibida de requerir ayuda y el estigma y el autoestigma, deben ser manejadas a través de procesos psicoeducativos comunitarios que permitan un mejor entendimiento de la salud mental.

Por otra parte, se hace evidente la necesidad de limitar las barreras estructurales, como localización geográfica lejana o pobre disponibilidad de citas que impactan frente a la tasa de abandono en los tratamientos, así como las barreras financieras, que si bien no fueron representativas, es importante tenerlas en cuenta. Frente a lo anterior es necesario favorecer la presencia de servicios de salud mental efectivos que pueden ser a través de tecnologías como telemedicina e incluso servicios de salud mental integrales e itinerantes en las regiones del país en donde la disponibilidad del recurso humano no sea fácil.

Es importante ajustar las rutas de atención con la finalidad que estas sean claras, conocidas y articuladas con otros sectores como educación y trabajo. Además, se convierte en fundamental hacer una revisión frente a los servicios de hospital día, que si bien es una tecnología incluida en el plan de

beneficios su utilización es ausente en la muestra, siendo este tipo de servicio uno de los más importantes para el manejo de la patología mental aguda y crónica que permite la adecuada inclusión social del individuo.

El sistema de salud viene en un proceso de madurez que le permite saltar de la cobertura de la población a un acceso más adecuado y con mayor calidad del servicio, por lo cual es fundamental revisar las acciones tendientes a ello a través de la definición de indicadores trazadores de salud mental que permitan hacer un seguimiento en términos de detección temprana, tratamiento pertinente, adherencia y rehabilitación del individuo.

Los resultados de este estudio nuevamente ponen de presente la necesidad de acciones dirigidas a la atención primaria en salud mental que tengan las particularidades regionales y culturales que permitan de manera más sencilla su puesta en práctica en las regiones, de la mano a esto y reconociendo algunas acciones a nivel internacional e incluso nacional y como respuesta a los resultado de este estudio vale la pena pensar en equipos de primer nivel en salud mental evaluando su costo efectividad, pensado en un modelo económico de salud a 5 a 10 años.

Finalmente, se pone de nuevo de presente la necesidad de la construcción real y operativamente viable de una ruta integral de atención en salud mental en todo el país que permita un tránsito eficiente para las personas del país que involucre todos los espectros de la salud mental-problema y trastornos así como los diferentes actores involucrados.

8. Acciones

8.1. Promocionales de la salud mental, la convivencia ciudadana y la calidad de vida

Para lograr el acceso real a los servicios de salud mental es necesario plantear desde una perspectiva comunitaria y desde las premisas de atención primaria en salud acciones claras y contundentes en promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental. Para ello es necesario:

- Favorecer acciones resilientes y de apoyo en los diversos ámbitos escolares, laborales y comunitarios.

- Lograr una educación temprana sobre lo que es y lo que no es salud mental, incluyendo la importancia de reconocer signos y síntomas que puedan sugerir situaciones problemáticas en un contexto comunitario y que permitan el reconocimiento y autorreconocimiento de algún problema de salud mental.
- Buscar activamente en el ámbito comunitario y desde el primer nivel de atención aquellos posibles casos de riesgo, situaciones problema y situaciones patológicas.
- Formular acciones puntuales en promoción de la salud mental de la población de manera intersectorial, incluyendo de manera particular el Ministerio de Educación y el de Trabajo.

8.2. Que favorezcan la generación de una ruta integral de salud mental

Esta ruta integral de salud mental debe estar dirigida a toda la comunidad, que sea real y operativamente viable en todo el país y que permita un tránsito eficiente para las personas del país que involucre todos los espectros de la salud mental-problema y trastornos, así como los diferentes actores involucrados. La formulación e implementación de esta ruta integral de salud mental debe ser clara, conocida y articulada con otros sectores como educación y trabajo, además, tiene que involucrar:

- Fortalecimiento y fomento de estrategias APS en los diferentes planes territoriales de salud para captar las familias que se van a intervenir en etapas tempranas en el modelo de espectro.
- Ámbito comunitario-atención primaria en salud acciones intersectoriales.
- Primer nivel de atención en salud donde estén inmersos equipos interdisciplinarios de salud mental compuestos por enfermería, psicología, trabajador social, terapeuta ocupacional, fonoaudiología (terapia del lenguaje) y liderados por un médico psiquiatra (debido a la especialización directa en el área y en la interacción de lo físico, lo mental y social), el cual puede favorecer el trabajo transversal con los servicios de consulta externa, hospitalización, consulta externa especializada, hospital día, inclusión laboral o escolar.
- Mejora de la interacción de los grupos de medicina general y familiar con los equipos de salud mental, a fin de fa-

vorecer la detección temprana, oportuna y tratamiento oportuno.

- Hospitalización de alta, media y baja complejidad, incluyendo hospital día, pisos protegidos y laborterapia protegida.
- Equipos de atención psicosocial capacitados para el apoyo dentro del marco del PAPSIVI, que favorezcan la remisión efectiva a los equipos integrales de salud mental.

Estrategia: generación de acciones frente a barreras geográficas, financieras y contextuales de acceso:

- Servicios amigables y humanizados para la comunidad inmersos en el primer nivel de atención que incluyan: facilidades propias, disponibilidad de espacios y servicios que disminuyan las barreras que se generan particularmente las de orden actitudinal, evidentes en los resultados de causa de no consulta. Estas barreras usualmente están asociadas a creencias negativas frente a los sistemas de salud, mala interpretación acerca de las consecuencias a los tratamientos, baja necesidad percibida de requerir ayuda y estigma y autoestigma. Deben ser manejadas a través de procesos psicoeducativos comunitarios que permitan un mejor entendimiento de la salud mental.
- Mejorar el acceso de recurso humano especializado o entrenado en ciudades intermedias o pequeñas; las EPS deben tener estrategias para que lleguen a ellas.
- Servicios de salud mental con fácil acceso geográfico y con horarios de atención viables para las realidades laborales y escolares de la población que tenga en cuenta que la gran mayoría de terapias requieren altas frecuencias de uso.

- Frente a las barreras estructurales, como localización geográfica lejana o pobre disponibilidad de citas que impactan frente a la tasa de abandono en los tratamientos, es necesario favorecer la presencia de servicios de salud mental efectivos que pueden ser a través de tecnologías como telemedicina e incluso servicios de salud mental integrales e itinerantes en las regiones del país donde la disponibilidad del recurso humano no sea fácil.
- Optimizar la oportunidad en agendas de las IPS en el servicio de psicología y psiquiatría.

Estrategia: evaluación de la calidad de los servicios de atención primaria y los servicios de salud mental:

- Se requieren estudios de calidad del servicio en salud mental y de la formación del recurso humano que atiende a la población, en general, que permitan reconocer de manera temprana los problemas en salud mental y los trastornos; así mismo, que direccionen adecuadamente a la población.
- Definición de elementos diferenciales para salud mental en los ejes de acreditación en salud (seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de tecnología y enfoque de riesgo), que favorezcan la atención en salud mental.
- Definición de nuevos indicadores trazadores de salud mental que permitan hacer un seguimiento en términos de detección temprana, tratamiento pertinente, adherencia y rehabilitación del individuo incluidos en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila).
- Seguimiento, evaluación y trazabilidad a los casos que implican riesgo frente a seguridad del paciente con elementos diferenciales en salud mental.

Referencias

1. OPS, OMS. Unidad Servicios de Salud y Acceso. [Internet]. [cited 2015 Feb 12]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1920&layout=blog&Itemid=2033&lang=es
2. OPS. Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud: guía metodológica. Washington. 2000.
3. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi a, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med* [Internet]. 2013;44(August 2013):1303-17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23931656>
4. Social M de S y P. Plan Obligatorio de Salud. Ley 100 de 1993

5. Posada J, Gómez LF, Gómez LC. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social; 2005.
6. Rodríguez J, Peñaloza E. Encuesta Nacional de Salud 2007. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.; 2009.
7. Peñaloza R, Salamanca N, Rodríguez J, Rodríguez J. Estimación de la carga de enfermedad para Colombia 2010. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2014.
8. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 46230; 2006.
9. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Pública de México. 1985;Septiembre.
10. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Harvard University P, editor. Cambridge (MA); 1973.
11. OMS. Sistemas y Servicios de Salud [Internet]. [cited 2015 Feb 12]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1920&layout=blog&Itemid=2033&lang=es
12. Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Colombia; 2011.
13. Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Cartagena, Colombia; 2014;1-45.
14. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) [internet]. [Citado 2015 ago 9]. Available from: <http://www.sispro.gov.co/>
15. Smith H. Needs assessment in mental health services: the DISC Framework. J Public Health Med. 1998;20(2):154-60.
16. Dezetter A, Duhoux A, Menear M, Roberge P, Chartrand E, Fournier L. Reasons and Determinants for Perceiving Unmet Needs for Mental Health in Primary Care in Quebec. Can J Psychiatry. 2015;60(6):284-93.
17. Mojtabai R, Olfson M, Sampson N a, Jin R, Druss B, Wang PS, et al. Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. Psychol Med. 2011;41(8):1751-61.
18. Murray LK, Dorsey S, Bolton P, Jordans MJ, Rahman A, Bass J, et al. Building capacity in mental health interventions in low resource countries: an apprenticeship model for training local providers. Int J Ment Health Syst [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;5(1):30. Available from: <http://www.ijmhs.com/content/5/1/30>
19. Bower P, Garralda E, Kramer T, Harrington R, Sibbald B. The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. Fam Pract [Internet]. 2001 Aug;18(4):373-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11477044>
20. Patel V, Flisher AJ, Nikapota A, Malhotra S. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2008 Mar [cited 2013 Sep 26];49(3):313-34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18093112>
21. Bains RM, Diallo a. F. Mental Health Services in School-Based Health Centers: Systematic Review. J Sch Nurs [Internet]. 2015;1-12. Available from: <http://jsn.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1059840515590607>
22. Ministerio de Salud de Colombia. Dimensión convivencia social y salud mental [Internet]. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; 2013. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/convivenciasocial-y-salud-mental.pdf>

Capítulo

7



Estados de salud y su valoración

El EQ5D-3L es un instrumento diseñado para definir estados de salud a partir de la evaluación de cinco dimensiones. Proporciona un perfil descriptivo simple y permite generar un valor de índice único para los estados de salud que pueden utilizarse en las evaluaciones clínicas y económicas de los servicios de salud (1). Dada su obvia relación con la calidad de vida de las personas, se cataloga como un instrumento genérico de calidad de vida y, por lo tanto, permite hacer inferencias con respecto a la percepción de bienestar y funcionamiento que tiene la persona sobre su salud (2).

El EQ5D-3L define el estado de salud según cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor-disconfort, ansiedad y depresión, de acuerdo con tres niveles de calificación (opciones de respuesta) que corresponden a “no tener problemas en esa dimensión”, “tener algunos problemas y dificultades” y tener “problemas extremos”. A partir del instrumento EQ5D es posible definir hasta 243 estados de salud únicos (3).

La importancia del estado para el individuo se puede determinar de varias maneras, entre ellas la Escala Visual Análoga (EVA), en la cual el sujeto asigna un valor global a su salud actual en una escala de 0 a 100, siendo este último el mejor puntaje (3).

La información recolectada por el EQ5D se reporta en términos de sus dimensiones individuales (movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor-disconfort, ansiedad y depresión) o como un puntaje total o índice de valor que se genera a partir de la valoración que los individuos hacen del estado de salud en la EVA (2,3).

1. Factores que modifican la percepción del estado de salud entre individuos

La valoración del estado de salud refleja la percepción que tiene el individuo de su calidad de vida relacionada con la salud (2). Se han reportado diferencias en la percepción que los individuos tienen de su estado de salud relacionadas con el

sexo, la cultura, el medio en que se desarrollan, el estado socioeconómico, el nivel de educación, entre otros, independientemente de su condición de salud o enfermedad (4-7). Las diferencias en la percepción del calidad de vida entre los sexos se han relacionado con posibles diferencias en la salud mental (8): trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y psicósomáticos, que son más prevalentes en mujeres (9) y posiblemente contribuyen a que ellas asignen valores más bajos a sus estados de salud (8).

Por otra parte, entre pacientes con una misma patología (por ejemplo, pacientes con diabetes, pacientes con VIH o pacientes con depresión) se ha descrito que factores como la presencia de síntomas, el apoyo médico y de la familia, la facilidad de acceso a los servicios de salud están frecuentemente asociados con la valoración que los individuos hacen de su estado de salud (10). En pacientes con depresión, características como la edad, el sexo, el lugar de residencia y la educación pueden influir en la valoración que el paciente hace de su salud. Adicionalmente, se han encontrado diferencias relacionadas con la gravedad de la depresión, pues se han detectado peores valoraciones a mayor gravedad de la enfermedad (2).

Por lo presentado, varios autores sugieren que en la evaluación de la percepción que tiene la población sobre su estado de salud es necesario controlar por diferencias clínicas y sociodemográficas para remover los posibles sesgos por las diferencias entre los sexos (3,11).

2. Estudios previos

La medición de estados de salud en la población general a través del EQ5D se realizó por primera vez en 1998, en el Reino Unido, a través de un estudio que incluyó más de 2000 sujetos (12). Desde entonces se ha utilizado para medir el estado de salud de la población general en varios países de Europa (13) y en algunos de Latinoamérica, como Argentina (14) y Brasil (15). En Colombia, hasta la fecha, no se han encontrado estudios que reporten los estados de salud de la población general con el EQ5D. Tanto el estudio realizado en Brasil

como el realizado en Argentina, fueron conducidos a fin de generar las utilidades para un grupo limitado (no más de 90) de estados de salud derivados del EQ5D; pero ninguno de ellos informa sobre los estados de salud reportados por la población general y los factores determinantes de la valoración que los individuos hacen de su estado de salud.

Esta medición en la Encuesta Nacional de Salud Mental tiene como objetivo identificar los estados de salud descritos por el EQ5D más comúnmente relacionados con los trastornos de salud mental evaluados en la encuesta como son: trastornos afectivos, de ansiedad, ideación suicida, entre otros. Adicionalmente, permite identificar los estados de salud de la población general y tener una estimación de la percepción de la calidad de vida relacionada con salud que tiene la población adulta en Colombia a partir de la valoración que hacen los encuestados sobre su estado de salud actual. Por último, a través del método *time trade off* o trueque de tiempo, es posible conocer la utilidad asignada por los colombianos a los estados más comúnmente asociados a los trastornos de salud mental.

3. Resultados

Para el total de la población mayor de 18 años de edad a la cual se realiza esta medición, se reporta de forma descriptiva

la frecuencia absoluta y la frecuencia relativa obtenidas para cada estado de salud reportado del EQ5D; así como la distribución porcentual según las características sociodemográficas, como sexo, edad y la región del país a la que pertenece.

Para una mejor comprensión de los resultados es importante aclarar en este punto el significado de los estados de salud que se obtienen con el EQ5D, los cuales se representan en cinco números que varían de 1 a 3 en cada posición. Por ejemplo: 12311, 21312, etc. Los 5 números representan las 5 dimensiones que se evalúan como componentes o determinantes del estado de salud que son: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, presencia de dolor o malestar y ansiedad o depresión. Las variaciones de 1 a 3 significan el grado de dificultad o compromiso que tiene la persona en cada una de esas dimensiones (1 = no tiene problemas; 2 = tiene algunos problemas; 3 = tiene serios problemas o limitaciones en ese aspecto). Por ejemplo: para la dimensión “cuidado personal” una persona puede responder cualquiera de las siguientes tres opciones: 1-No tengo problemas para el cuidado personal; 2-Tengo algunos problemas para bañarme o vestirme; 3-Soy incapaz de bañarme o vestirme. La tabla 7.1 presenta las dimensiones evaluadas en el orden de posición dado por el EQ5D y las opciones de respuesta definidas para cada una de ellas; de la combinación de resultados se genera el estado de salud de una persona.

Tabla 7.1. Dimensiones y posibles respuestas que se obtienen con el EQ5D

Movilidad	(1) No tengo problemas para caminar
	(2) Tengo algunos problemas para caminar
	(3) Tengo que estar en cama
Cuidado personal	(1) No tengo problemas para el cuidado personal
	(2) Tengo algunos problemas para bañarme o vestirme
	(3) Soy incapaz de bañarme o vestirme
Actividades cotidianas	(1) No tengo problemas para realizar actividades cotidianas
	(2) Tengo algunos problemas realizar actividades cotidianas
	(3) Soy incapaz de realizar actividades cotidianas
Dolor/malestar	(1) No tengo dolor ni malestar
	(2) Tengo moderado dolor o malestar
	(3) Tengo mucho dolor o malestar
Angustia/depresión	(1) No estoy angustiado/a ni deprimido/a
	(2) Estoy moderadamente angustiado/a o deprimido/a
	(3) Estoy muy angustiado/a o deprimido/a

La tabla 7.2 presenta la distribución de frecuencia de los estados de salud reportados por la población general encuestada y su distribución por sexo. Entre los 10.863 participantes de esta encuesta, se reportaron en total 105 estados de salud; sin embargo, la distribución de frecuencias muestra que 95,4% de la población encuestada reportó solo 15 estados de salud, de los cuales la mayoría (83,9%) son estados con alteración “moderada” en una de las dimensiones evaluadas (ver tabla 7.1); seguidos, en una proporción considerablemente menor (6,25%), por estados con alteración moderada en dos dimensiones. Los estados con alteración moderada en 3 o 4 dimensiones fueron reportados el 4,8% de la población general y solo 0,4% reportaron tener alteraciones moderadas en todas las dimensiones evaluadas (estado 22222).

Es de resaltar que los estados que reportan alteraciones más severas (representadas por el valor de 3) en cualquiera de las dimensiones fueron reportados por una proporción muy baja de personas (menos de 5 personas en total), al igual que los estados con alteraciones moderadas o severas en tres o más dimensiones. Esto lleva a que las estimaciones inferenciales que se realicen sobre estas frecuencias carezcan de precisión, razón por la cual no se presentan en esta tabla de forma independiente. Al final de la tabla 7.2. se presenta la estimación agrupada de 90 estados reportados por el 4,6% de la población, con un IC95% de 4,1 a 5,0. Es de anotar que de los 15 estados de salud más frecuentemente reportados por la población general solo en 7 de ellos se distribuye la mayor proporción de hombres.

De acuerdo con la tabla 7.2, el estado más frecuentemente reportado por la población general, tanto en hombres como en mujeres fue el de “salud completa” (67,9%; IC95%: 66,9-68,9), representado por 11111. Ello significa que no tiene problemas en ninguna de las dimensiones evaluadas por el EQ5D (tabla 7.1), con una mayor proporción de hombres que lo reportan. El segundo estado más frecuentemente reportado por la población tanto en hombres como en mujeres, es el estado 11121 (8,9%; IC95%: 8,3-9,6), que muestra no tener problemas en la mayoría de las dimensiones evaluadas excepto por presentar “moderado dolor o malestar”; seguido del estado 11112 (4,4%; IC95%: 4-4,5), que muestra no tener problemas en la mayoría de las dimensiones evaluadas excepto por estar “moderadamente angustiado o deprimido”. Estos dos estados tienen una distribución de frecuencia mayor entre las mujeres. Llama la atención que solo en el 1,4% de la población la presencia de moderado el dolor y malestar está asociado a alteración moderada de la movilidad y moderada dificultad en realizar las actividades cotidianas (estado 21221), y en menos del 0,6% asociado a moderados dificultad para realizar en las actividades cotidianas (estado 11221). Es importante resaltar aquí la gran precisión obtenida para estas estimaciones, con IC95% muy estrechos alrededor de la estimación puntual de la proporción. Es también pertinente decir que la distribución de los estados de salud reportados por las poblaciones de las diferentes regiones del país siguió tendencias muy similares (tabla 7.2).

Tabla 7.2. Estados de salud reportados por la población general encuestada mayor de 17 años en Colombia

Estados de Salud	Total		Mujeres		Hombres		
	%	IC95 %	%	IC95 %	n	%	IC95 %
11111	67,9	66,9-68,9	63,6	62,2-64,90	3226	74,3	72,8-75,7
11121	8,92	8,32-9,56	9,87	9,06-10,70	338	7,53	6,68-8,48
11112	4,43	4,00-4,91	5,03	4,44-5,69	158	3,56	2,98-4,25
11122	3,36	2,98-3,78	4,23	3,69-4,85	88	2,08	1,65-2,63
21121	2,56	2,23-2,92	2,89	2,45-3,40	95	2,07	1,64-2,62
21111	2,04	1,75-2,37	2,00	1,63-2,43	85	2,10	1,65-2,66
21221	1,39	1,17-1,67	1,72	1,39-2,12	45	0,92	0,65-1,30
21122	0,82	0,64-1,04	1,12	0,85-1,46	20	*	*
21222	0,85	0,67-1,08	1,01	0,76-1,34	28	*	*
11221	0,64	0,49-0,83	0,65	0,46-0,92	31	*	*

Continúa

Estados de Salud	Total		Mujeres		Hombres		
	%	IC95 %	%	IC95 %	n	%	IC95 %
11211	0,65	0,50-0,85	0,79	0,58-1,10	25	*	*
22221	0,67	0,51-0,87	0,83	0,60-1,14	20	*	*
11222	0,45	0,32-0,62	0,48	0,32-0,71	16	*	*
22222	0,40	0,29-0,57	0,57	0,39-0,84	13	*	*
21112	0,33	0,23-0,48	0,50	0,34-0,74	6	*	*
Otros (90 estados diferentes)	4,58	4,14-5,06	4,75	4,19-5,40	187	4,33	3,68-5,08
Total	100				4381	100	

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

Para identificar las dimensiones del EQ5D con mayor o menor problema entre la población general encuestada, se reporta la frecuencia absoluta y la relativa de cada una de las tres opciones de respuestas en cada dimensión, discriminados por sexo y por región del país.

En concordancia con lo presentado anteriormente, en la tabla 7.3 se observa que las mayores frecuencias de respuesta en cada dimensión son las relacionadas con “no alteración” o ausencia de problemas (representado en el estado de salud por el valor de 1). La alteración más prevalente entre la población es la presencia de “moderado dolor o malestar” (21,5%; IC95 %: 20,6-22,4), seguida de estar “moderadamente angustiado o deprimido” o tener “algunos problemas para caminar”, con prevalencias muy similares en la población (12%; IC95 %: 11,3-12,7 y 11,1%, IC95 %: 10,4-11,8, respectivamente).

Respecto a la distribución por sexo, estas alteraciones siguen en ambos sexos distribuciones similares a las de la población general, sin embargo es mayor la proporción de mujeres que reporta tener “moderado dolor o malestar” estar “moderadamente angustiado o deprimido” o tener “algunos problemas para caminar”, en comparación con la proporción de hombres.

Llama la atención que el 1,1% de la población (IC95 %: 0,9-1,3) reporta estar “muy angustiado o deprimido” con mayor la proporción de mujeres que lo reportan. De acuerdo con estos resultados, se podría decir que alrededor del 13% de la población tiene alteraciones relacionadas con angustia y depresión, según la medición de autorreporte que se obtiene con el EQ5D. Es de puntualizar que ello se asemeja a los datos obtenidos para ansiedad y depresión en el SRQ (ver problemas en salud mental-adultos).

Tabla 7.3. Distribución de frecuencia de respuesta por cada dimensión evaluada en el EQ5D según sexo

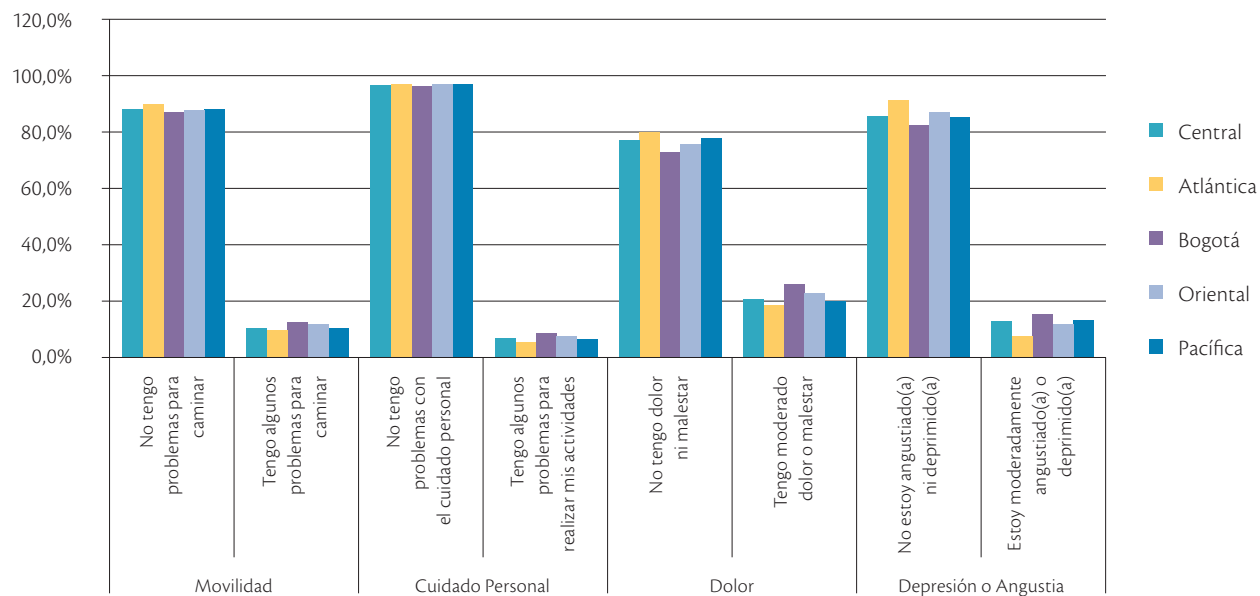
Estado de salud	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Movilidad						
No tengo problemas para caminar	90,8	89,8-91,7	86,9	86-87,9	88,5	87,8-89,2
Tengo algunos problemas para caminar	8,9	7,9-9,9	12,7	11,8-13,6	11,1	10,4-11,8
Tengo que estar en cama	*	*	*	*	0,4	0,3-0,5
Cuidado personal						
No tengo problemas con el cuidado personal	97,7	97,2-98,2	96,6	96-97	97	96,6-97,4
Tengo algunos problemas para bañarme o vestirme	2,1	1,7-2,6	3,2	2,7-3,7	2,7	2,4-3,1
Soy incapaz de bañarme o vestirme	*	**	*	**	*	**

Estado de salud	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Actividades cotidianas						
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	94,3	93,4-95	91,5	90,7-92,3	92,6	92,1-93,2
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	5,2	4,5-6	8,1	7,4-8,9	6,9	6,4-7,5
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	*	*,*	*	*,*	0,4	0,3-0,6
Dolor						
No tengo dolor ni malestar	82,2	80,9-83,5	73,5	72,2-74,7	77,1	76,1-78
Tengo moderado dolor o malestar	16,3	15,1-17,6	25	23,8-26,2	21,5	20,6-22,4
Tengo mucho dolor o malestar	1,5	1,1-1,9	1,5	1,2-1,9	1,5	1,2-1,8
Depresión o Angustia						
No estoy angustiado(a) ni deprimido(a)	90,7	89,7-91,7	84,3	83,3-85,3	86,9	86,2-87,7
Estoy moderadamente angustiado(a) o deprimido(a)	8,5	7,6-9,5	14,4	13,4-15,4	12	11,3-12,7
Estoy muy angustiado(a) o deprimido(a)	0,8	0,5-1,1	1,3	1-1,7	1,1	0,9-1,3

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

Por último, es de resaltar que solo el 0,4% (IC95%: 0,3-0,6) de la población refiere estar en un estado de incapacidad que no le permite realizar sus actividades diarias. La gráfica 7.1 muestra la frecuencia absoluta y relativa de cada una de las tres opciones de respuestas en cada dimensión, obtenidas en la población de cada región del país. En general, la distribución de alteraciones reportadas en la población de cada región sigue la misma tendencia descrita para la población

general. Se observa que para alteraciones relacionadas con la movilidad, las distribuciones de frecuencia de respuesta es muy similar entre las poblaciones de las diferentes regiones; con una mayor proporción de sujetos que reportan tener “*algunos problemas para caminar*” en todas las regiones. En la dimensión de “*cuidado personal*”, menos del 3% de la población en cada una de las regiones reportó tener “*algunos problemas para bañarse y vestirse*”.



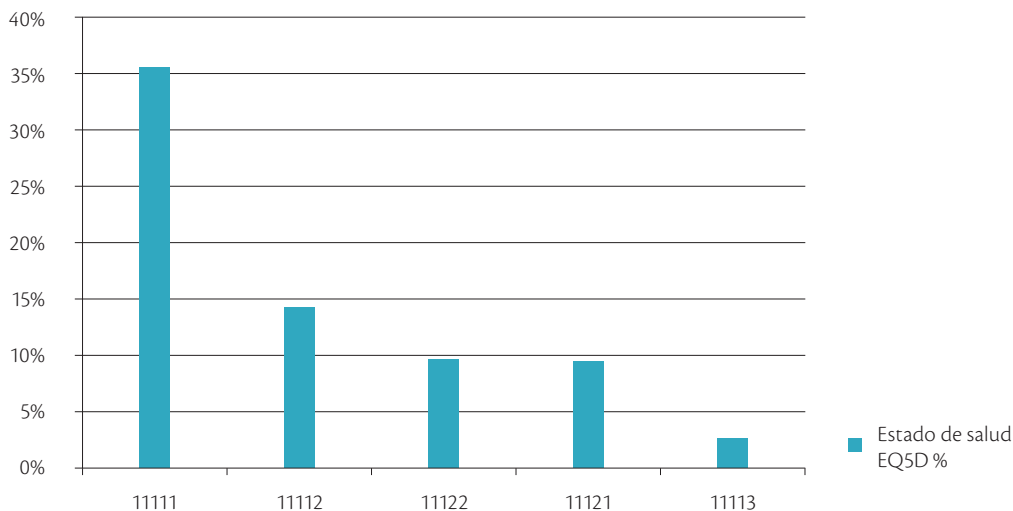
Gráfica 7.1. Distribución de frecuencia de respuesta por cada dimensión evaluada en el EQ5D según región

Nota: no se presentan los estimadores de tener mucha limitación para los cuatro dominios por ser imprecisos dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Respecto a las actividades cotidianas, la mayor proporción de personas en todas las regiones manifestó no tener problemas, y menos del 7% reportó tener “algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas” en todas las regiones, excepto en Bogotá, donde la proporción de personas que reportó estas alteraciones fue el 8,4% (IC95%: 7,0-10,1). Atlántico es la región con menor proporción de personas que reportaron esta alteración (5,2%; IC95%: 4,3-6,3). En la dimensión de dolor, si bien la mayor proporción de personas en todas las regiones respondió “no tengo dolor ni malestar”, sí se observa que tener “moderado dolor o malestar” es la alteración que la mayor proporción de personas reportó en todas las regiones. Llama la atención aquí que en Bogotá, la proporción de personas con esta alteración fue mayor que en las demás regiones del país y en la región del Atlántico la menor proporción. Respecto a la dimensión de angustia o depresión, la tendencia en la distribución de respuestas fue similar entre las regiones y acorde con las obtenidas con el total de la población; sin embargo, cabe resaltar que la proporción de pacientes que respondió estar “moderadamente angustiado o deprimido” fue mayor en Bogotá que en las demás regiones del país (15,5%; IC95%: 13,5-17,6) seguida con proporciones muy similares por la región Central y del Pací-

fico, mientras que en Atlántico esta proporción fue mucho menor (7,7%; IC95%: 6,6-9,0).

Con el fin de identificar los estados de salud descritos por el EQ5D más comúnmente relacionados con los trastornos de salud mental evaluados en la encuesta, se propuso inicialmente presentar la distribución (frecuencia absoluta y relativa) de los estados de salud reportados por los sujetos que, de acuerdo con las respuestas dadas en el CIDI, presentaron trastornos depresivos, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno bipolar, fobia social e ideación suicida. Sin embargo, dada la frecuencia de presentación de estas alteraciones mentales entre la población estudiada, estas se agruparon bajo la variable “cualquier trastorno”. La gráfica 7.2 presenta los estados de salud reportados en el EQ5D por las personas que presentaron cualquier trastorno (afectivo o ansioso). Llama la atención que el 35,7% de la población con trastornos mentales reporta el estado 11111 “salud completa” como su estado de salud, seguido del estado 11112 reportado por el 14,4% de este grupo de personas, el estado 11113, en el cual la persona expresa sentirse “muy angustiado o deprimida” ocupa el quinto lugar en orden de frecuencia reportado por el 2,5% de las personas con los trastornos mentales medidos.



Gráfica 7.2. Estados de salud reportados por las personas con algún trastorno de salud mental según CIDI

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 presentan los datos para 21122, 21121, 11222, 21222, 11123, 11211, 22122, 21123, 21111, 22222, 21232, 21112, 11232, 11132, 22233, 22221, 21223, 12222, 11223, 11133, 33333, 33323, 32333, 32332, 31123, 22232, 22223, 22111, 21233, 21132, 21131, 21113, 13123, 12221, 11323, 11233, 11231, 11221, 11213, 11131, por ser imprecisos.

3.1. Valoración de los estados de salud

La población reportó su salud actual en un total de 109 estados; todos ellos valoraron su salud y asignaron un valor de 1 a 100 en la Escala Visual Análoga (EVA). Como medida de resumen de los resultados de estas valoraciones se presenta la media o promedio con sus respectivos IC95 % como una medida de precisión para la inferencia de estas estimaciones.

En la tabla 7.4 se presentan los resultados de la valoración para los primeros 15 estados de salud más frecuentemente

reportados por la población, en los cuales se puede obtener mayor precisión en las estimaciones de esta valoración. Dado que se piensa que las mujeres y hombres, así como el adulto joven y el adulto mayor valoran diferente su salud, los resultados se presentan discriminados por sexo y por grupos de edad en las categorías de 18 a 44 años y 45 y más años. Estos resultados se presentan para la población general y por región del país.

Tabla 7.4. Valoración del estado de salud actual asignado por el encuestado en la visual análoga (EVA) distribuida por sexo

Estado de salud	Total			Hombres			Mujeres		
	%	EVA		%	EVA		%	EVA	
		Media	IC95 %		Media	IC95 %		Media	IC95 %
11111	67,9	81,2	80,5-81,8	73,6	82,7	81,8-83,6	64,0	79,9	79,0-80,8
11112	4,4	75,9	73,7-78,0	3,6	80,8	77,7-83,8	5,0	73,5	70,8-76,2
11211	0,7	73,5	68,1-78,8	0,6	71,5	60,2-82,8	0,7	74,2	68,1-80,3
11121	9,0	72,7	71,1-74,3	7,7	74,3	71,9-76,7	9,9	71,8	69,8-73,9
21112	0,3	69,3	61,7-76,8	0,1	81,9	76,1-87,6	0,5	67,7	59,4-76,0
21111	1,9	68,1	64,1-72,1	1,9	70,9	65,7-76,1	1,9	66,1	60,3-71,8
11221	0,7	66,2	61,5-70,9	0,7	62,6	55,1-70,2	0,7	68,6	62,7-74,5
11122	3,2	64,7	62,0-67,4	2,0	69,4	64,5-74,2	4,0	63,2	60,0-66,4
21121	2,6	63,0	59,9-66,0	2,2	67,5	62,4-72,5	2,8	60,7	57,0-64,5
11222	0,5	58,7	53,0-64,4	0,4	58,7	50,5-67,0	0,6	58,7	50,9-66,4
21221	1,5	58,2	54,8-61,7	1,0	57,7	49,8-65,6	1,8	58,4	54,7-62,2
21122	0,9	57,7	52,5-63,0	0,5	47,5	31,6-63,4	1,1	60,2	55,1-65,2
21222	0,8	52,4	47,4-57,4	0,6	42,0	34,0-50,1	1,0	56,7	51,1-62,4
22222	0,4	49,2	43,6-54,9	0,3	50,7	38,0-63,3	0,5	49,0	42,7-55,3
22221	0,7	48,3	42,3-54,3	0,5	49,2	37,5-60,8	0,8	48,0	41,0-55,0
Otros	4,5	53,7	51,1-56,4	4,3	58,0	53,9-62,2	4,6	51,0	47,6-54,5

Como es de esperarse, los estados de salud sin alteración en alguna de las dimensiones, así como los que presentan alteración moderada en una de las dimensiones evaluadas, recibieron una mejor valoración por parte de los encuestados que aquellos estados en los cuales más de dos dimensiones presentaron alteración. Esta misma tendencia se observa en la distribución de las valoraciones dadas por hombres y mujeres sobre su estado de salud. Llama la atención que el estado 11111 asociado a “salud completa” no recibió en la

población general, ni en los grupos por sexo o edad, valoraciones mayores de 82 en la EVA.

La tabla 7.5 presenta las valoraciones que los encuestados hacen de su estado de salud discriminados por grupos de edad (adulto joven de 18 a 45 años) y adulto mayor (45 años y más). Se observa que las personas de 45 años y más, en la mayoría de los casos, asignan en promedio menores valores a su estado de salud que las personas más jóvenes. A pesar de esto, en la mayoría de los casos los intervalos de confian-

za de estas estimaciones se sobreponen (entre los valores reportados por los mayores y por los más jóvenes) lo que nos muestra que las valoraciones en ambos grupos son consistentes, excepto para unos pocos estados de salud en los cuales llama la atención la diferencia en las valoraciones dadas por los dos grupos de edad. Por ejemplo, entre las personas que reportaron no tener alteraciones en las dimensiones evaluadas, excepto por presentar “algunos problemas realizar actividades cotidianas” (estado 12111), las personas de 45 y más años en general asignan un valor menor a su estado de salud que los más jóvenes, con IC95 % que no se superponen (media 64,5 [IC95 %: 58-79] y media 86,8 [IC95 %: 81,1-92,6], respectivamente). Otro ejemplo esta entre los que reportaron

tener moderada alteración en todas las dimensiones pero no tener dificultades para el cuidado personal (estado 21222), las personas más jóvenes asignaron un valor promedio menor a su estado de salud que las personas de 45 y más años, y el límite inferior del intervalo de confianza fue también menor, lo que nos muestra que los jóvenes consideran peor este estado de salud.

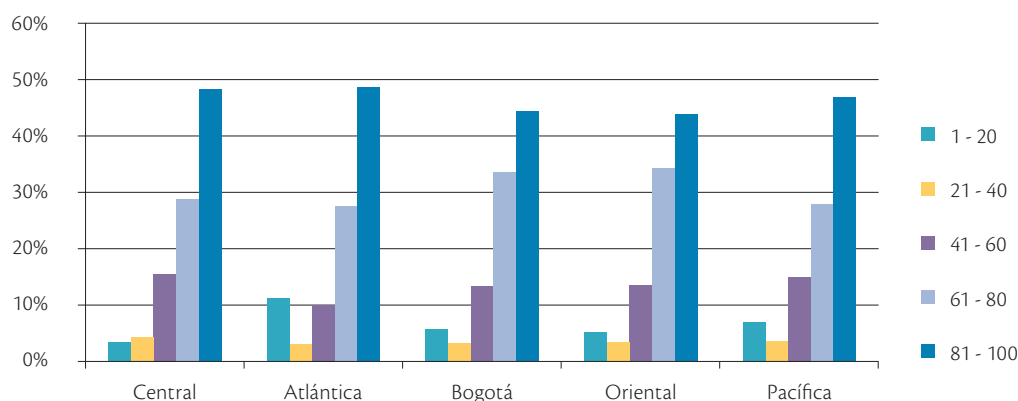
Es importante resaltar aquí la gran precisión obtenida en estas estimaciones, para la población global como para los grupos por sexo y edad con IC95 % muy estrechos alrededor de la media del valor asignado, lo cual nos permite tener mayor confianza en estas valoraciones.

Tabla 7.5. Valoración del estado de salud actual asignada por el encuestado en la escala visual análoga (EVA) distribuido por grupos de edad

Estado de salud	De 18 a 44 años			De 45 y más años			
	%	Media	IC95 %	n	%	Media	IC95 %
11111	76,9	83,0	82,2-83,8	2847	57,2	78,1	77,1-79,1
11121	7,8	75,5	73,2-77,8	520	10,4	70,5	68,3-72,6
11112	4,9	77,3	74,7-79,9	194	3,9	73,8	70,3-77,3
11122	2,7	67,1	63,2-70,9	191	3,8	62,8	59,0-66,5
21121	1,1	65,0	57,2-72,8	214	4,3	62,4	59,2-65,7
21111	1,0	71,8	64,5-79,2	152	3,1	66,6	61,9-71,4
11221	0,5	68,7	59,7-77,7	47	0,9	64,4	59,7-69,1
21221	0,4	66,0	58,0-74,0	135	2,7	56,5	52,7-60,2
11211	0,4	86,8	81,1-92,6	47	0,9	64,6	58,3-70,9
21122	0,4	62,1	49,2-75,1	70	1,4	56,3	50,8-61,8
21222	0,3	45,6	35,2-56,0	71	1,4	54,3	48,7-59,8
11222	0,3	64,1	57,3-70,9	35	0,7	56,1	48,5-63,7
21112	0,2	72,7	58,9-86,5	26	0,5	66,6	58,8-74,3
22221	0,1	79,0	64,9-93,2	65	1,3	45,4	39,8-51,0
22222	0,1	52,9	41,7-64,1	40	0,8	48,8	42,7-55,0
Otros	2,8	57,1	52,2-62,0	323	6,5	52,0	48,9-55,0

La gráfica 7.3 muestra la valoración que hacen las personas de su estado de salud en las diferentes regiones del país en 5 categorías de respuesta en la EVA. Se observa que, en general, en todas las regiones del país la mayor proporción de personas valoran su estado de salud actual con puntuaciones por encima de 80 en la EVA, seguido de valores entre 61 y 80, y en menor proporción con valores de 41 a 60 en la

EVA. Llama la atención que la proporción de personas que asignan valores entre 21 y 40 a su estado de salud, es menor que la proporción de personas que asignan valores entre 20 y 1 en la mayoría de las regiones del país excepto en la región central en donde se observa que a medida que el valor asignado al estado de salud es menor, también es menor la proporción de personas que lo asignan.



Gráfica 7.3. Valor asignado al estado de salud actual según el EQ5D por la población de las diferentes regiones del país

Este mismo análisis se realizó según nivel de educación de la población (tabla 7.6) y se encontró que entre las personas con un bajo nivel de educación (ninguno/primaria), la proporción de sujetos que asignan valores entre 0 y 20 o 21 y 40 en la EVA, es mayor que la proporción de personas que asigna estos valores entre los que tienen estudios (bachiller,

técnicos, universitarios, etc.). Adicionalmente, en comparación con los que tienen estudios, una menor proporción de personas con un bajo nivel de educación asigna valores entre 81 a 100 a su estado de salud actual. Los IC95% que acompañan estas estimaciones son consistentes con esta apreciación ya que no se superponen entre ellos.

Tabla 7.6. Valor asignado al estado de salud actual según el EQ5D por la población según nivel de educación

Valoración de estado de salud EVA	Ninguno/Primaria		Secundaria		Técnico/Tecnólogo		Universitario	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
1-20	8,23	7,28-9,29	5,77	5,07-6,57	4,43	3,15-6,21	4,44	3-6,52
21-40	5,43	4,67-6,31	2,49	2,04-3,03	*	*	*	*
41-60	20,1	18,7-21,6	10,8	9,89-11,9	8,18	6,35-10,5	*	*
61-80	31,5	29,9-33,2	29,8	28,3-31,3	29,1	25,9-32,6	30,7	26,9-34,8
81-100	34,7	33-36,5	51,1	49,5-52,7	56,2	52,5-59,9	59,8	55,6-63,9

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

En cuanto a la valoración que hacen las personas de su estado de salud actual según sea su situación con relación a la pobreza (tabla 7.7) se observó la misma distribución porcentual que se encontró para la población general y por regiones del país. Cabe resaltar que valoraciones entre 1 y 20 en la EVA fueron asignadas en mayor proporción por personas que viven en situación de pobreza que por personas que viven en situación de *no* pobreza (6,2% vs. 8,4%, respectivamente), al igual que las valoraciones entre 0 y 20 y 40 (3,2% vs. 5,8%). Al comparar los IC95% alrededor de estas

estimaciones (entre los grupos en situación de pobreza y de *no* pobreza) se observa que estos no se superponen, lo que nos permite inferir que la diferencia en estas proporciones es real. De forma contraria, las valoraciones entre 81 y 100 en la EVA fueron asignadas en mayor proporción por personas que viven en situación de *no* pobreza que por personas que viven en situación de pobreza, (47,1% vs. 40,8%, respectivamente), al igual que las estimaciones anteriores, los IC95% alrededor de esta estimación no se superponen, lo que habla de una diferencia real entre estas proporciones.

Tabla 7.7. Valor asignado al estado de salud actual según el EQ5D por la población según situación de pobreza

Valoración de estado de salud EVA	En situación de no pobreza		En situación de pobreza	
	%	IC95 %	%	IC95 %
1-20	6,25	5,71- 6,84	8,37	6,81- 10,3
21-40	3,16	2,78- 3,58	5,81	4,49- 7,47
41-60	13,1	12,4- 14,0	14,8	12,8- 17,1
61-80	30,3	29,3- 31,4	30,2	27,4- 33,1
81-100	47,1	45,9- 48,3	40,8	37,8- 43,9

Para evaluar si las personas con trastornos mentales valoran diferente su salud en comparación con aquellos que no presentan ningún trastorno mental, en la tabla 7.8 se presentan de forma descriptiva las valoraciones que los encuestados hacen de su estado de salud, discriminados por presencia o no de trastornos de salud mental, según la clasificación obtenida por el CIDI en los trastorno que se midieron. Esta tabla se limita a presentar la valoración para los estados de salud que fueron comunes a los dos grupos.

En la tabla 7.8 se observa que los resultados no siguen alguna tendencia en particular, las valoraciones son similares para algunos estados pero para otros muestran diferencias importantes (con IC95 % que no se superponen), pero estos resultados no se relacionan con alteración en una de las dimensiones en particular o con el número de dimensiones que presenta alteración.

Tabla 7.8. Valoración del estado de salud actual asignado en la escala visual análoga (EVA) por la población según presenten o no trastornos de salud mental según CIDI

Estado de salud	Cualquier trastorno			Ningún trastorno		
	%	Media	IC95 %	%	Media	IC95 %
11111	36,4	80,2	75,4-85,0	69,0	82,7	81,9-83,4
11112	15,1	72,4	64,0-80,7	4,1	77,3	74,7-79,9
11122	9,8	49,4	34,7-64,1	3,0	66,9	63,8-70,0
11121	9,3	71,9	65,8-78,0	9,1	73,4	71,4-75,5
11113	2,5	72,8	62,5-83,1	0,2	72,7	52,8-92,5
21121	2,3	68,8	54,4-83,1	2,6	64,1	60,5-67,8
21122	2,3	40,7	33,5-47,8	0,8	52,1	44,3-59,8
11222	2,3	56,4	47,3-65,5	0,4	62,6	55,5-69,7
21222	2,0	52,1	35,9-68,3	0,8	49,9	43,6-56,2
11123	2,0	51,1	41,3-60,9	0,1	*	*-*
11211	1,3	75,9	53,1-98,8	0,7	73,2	66,3-80,1
21111	1,0	57,2	50,2-64,2	2,0	70,7	66,4-75,0
22122	1,0	*	*	0,1	51,6	48,1-55,1
21123	1,0	29,3	25,7-32,9	0,0	*	*
22222	0,8	54,5	47,7-61,3	0,4	49,8	42,3-57,3
21112	0,8	*	*	0,3	72,5	64,5-80,5
11132	0,8	44,9	34,1-55,7	0,1	58,5	36,3-80,7
21232	0,8	*	*	0,1	*	*

Estado de salud	Cualquier trastorno			Ningún trastorno		
	%	Media	IC95 %	%	Media	IC95 %
11232	0,8	41,9	38,1-45,7	0,0	*	*
22221	0,5	63,3	42,8-83,9	0,6	47,6	39,7-55,4
12222	0,5	49,8	31,1-68,5	0,1	73,2	66,2-80,3
21223	0,5	34,3	24,1-44,6	0,1	33,4	26,5-40,2
11133	0,5	58,6	39,1-78,2	0,1	*	*
11223	0,5	50,1	37,7-62,4	0,0	*	*
22233	0,5	48,5	45,0-52,0	0,0	19,1	17,2-21,1
11221	0,3	*	*	0,7	66,4	60,5-72,3
11131	0,3	*	*	0,3	56,6	47,9-65,3
21131	0,3	*	*	0,2	41,2	29,1-53,4
22111	0,3	*	*	0,2	62,4	45,6-79,2
12221	0,3	*	*	0,1	58,6	41,7-75,6
21132	0,3	*	*	0,1	54,0	43,5-64,5
22232	0,3	*	*	0,1	42,5	35,3-49,8

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

4. Discusión

De acuerdo con los resultados de este estudio, es evidente que la mayoría de la población colombiana se encuentra en estado de “salud completa” de acuerdo con las dimensiones evaluadas en el EQ5D; en consecuencia, la mayor proporción de personas consideran que en una escala de 1 a 100 su salud está por encima de 80 puntos. Con variaciones mínimas, estas estimaciones son consistentes entre hombres y mujeres, así como entre las regiones del país. Dado que el EQ5D se ha catalogado como un instrumento genérico para medir la calidad de vida relacionada con salud (1,2), es posible decir que la población colombiana representada en este estudio tiene una buena calidad de vida relacionada con salud.

Es de resaltar que, a pesar de que el sistema de clasificación de estados de salud que se obtiene con el EQ5D arroja 243 diferentes posibles estados, el 95 % de la población colombiana reporta como su estado de salud actual solo 15 de estos estados y ninguno de ellos con alteraciones mayores en las dimensiones evaluadas. El 5 % restante de la población reportó su salud actual en 90 estados adicionales, y la mayor parte de ellos fueron reportados por pocas personas.

Un hallazgo importante de este estudio es que la alteración más frecuentemente reportada por los colombianos es la presencia de “moderado dolor o malestar”, que fue repor-

tada en su mayoría por las mujeres. Otro hallazgo relevante en este aspecto, es que la segunda alteración más frecuentemente reportada por los colombianos es estar “moderadamente angustiado o deprimido”, y en general, los estados con esta alteración fueron más frecuentemente reportados por los hombres. Estos hallazgos nos permiten tener una idea bastante precisa acerca de la prevalencia de dolor y angustia o depresión por auto reporte en la población del país.

Respecto a la valoración que hacen los colombianos de sus estados de salud, este estudio dejó ver que en Colombia la población que reporta “salud completa” asigna a su estado de salud valores no mayores a 83 en la EVA. Por otra parte, a pesar de que las mujeres reportan más frecuentemente alteraciones en la dimensión de “dolor” no se observaron variaciones significativas en la valoración que hacen las mujeres y los hombres de los estados de salud que comprometen esta dimensión, los IC95 % que acompañan estas estimaciones son consistentes en las valoraciones entre ambos grupos. Por el contrario, se observa que los estados que comprometen el estado de salud con presencia de angustia o depresión, son valorados por hombres con puntajes promedio mayores en la EVA que por las mujeres que los reportan. Adicionalmente, este estudio reveló que hay una tendencia a valorar mejor su estado de salud actual entre los adultos jóvenes que entre los adultos mayores, al encontrar que para la mayoría de los

estados comunes a estos grupos, los adultos de 45 años y más asignaron valores promedio menores con IC95 % igualmente menores que los obtenidos en las estimaciones para el grupo menor de 45 años.

Por último, los resultados obtenidos en la comparación de la valoración de su estado de salud entre las personas con o sin trastornos de salud mental dejaron ver que el EQ5D y la valoración con la EVA no permiten identificar diferencias en la calidad de vida relacionada con salud entre estos dos grupos de personas. Es de anotar, sin embargo, que las estimaciones en este subgrupo de población se basan en un número reducido de personas, ya que existe una moderada cantidad de estados de salud en los cuales se distribuyen las personas con trastornos mentales. Con lo cual es posible que al estudiar comparativamente mayor número de personas se obtengan resultados más significativos en cuanto el comportamiento del EQ5D como instrumento de medición de la calidad de vida relacionada con salud.

En comparación con la literatura mundial, la mayor parte de los hallazgos de este estudio son comparables con los resultados del estudio inicial que se condujo en el Reino Unido en 1996 (4) y con los resultados de estudios más recientemente realizados y que han seguido estrategias similares para la medición y valoración de los estados de salud, como son el estudio realizado por Jenssen y cols., en Dinamarca (16); el estudio realizado por Zarate y cols., en Chile (17), y el estudio realizado por Andrade y cols., en Brasil (15). En el Reino Unido, uno de cada tres de los encuestados reportó problemas en la dimensión de dolor y en total 29,2 % de la población reportó tener “moderado dolor y malestar” (4), cifra que se asemeja mucho a la obtenida en este estudio. En Dinamarca, más del 60 % de la población estudiada reportó tener “salud completa”, y la alteración del estado de salud más frecuentemente reportada fue la presencia de “moderado dolor o malestar”, la cual en menos del 4 % de la población estuvo asociada a problemas en las actividades usuales (16).

Tendencias similares fueron halladas por los investigadores del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud de Chile, que valoraron la calidad de vida en una muestra representativa de los usuarios de los servicios de salud y beneficiarios de los servicios públicos de la población de Chile (18), en quienes el estado más frecuentemente reportado también fue “salud completa” y la alteración más común del estado de salud fue presencia de “moderado dolor y malestar”, reportada en el más del 78 %

de los casos que reportaron alguna alteración en las dimensiones evaluadas con el EQ5D (18).

En cuanto a la valoración de los estados de salud por la EVA, el estudio danés encontró que el valor asignado al estado de “salud completa” estuvo entre 98 y 99 (16), lo que muestra que en comparación con los colombianos, los daneses dan mayor valor a este estado de salud. Sin embargo, al comparar este hallazgo con lo obtenido en poblaciones similares a la colombiana, se encontró que la población de Chile asigna valores al estado “salud completa”, entre 86 y 87 en la EVA, sin mayores variaciones por sexo, ni grupos de edad (18), lo cual es muy similar a los reportado por la población colombiana.

No se encontraron estudios poblacionales como este que hayan reportado las valoraciones de los estados de salud según sea la situación de pobreza o no en la que viven las personas. Sin embargo, son varios los estudios que han evaluado los estados de salud con EQ5D y que reportan las valoraciones dadas por las personas según su nivel socioeconómico. Algunos de los estudios poblacionales más comparables con el realizado en Colombia, como son el realizado en España, en 2011 (19-21), y el realizado en Chile (22), coinciden en reportar que la autoevaluación del estado de salud mejora (es más alta) cuando el nivel socioeconómico es mejor; estos hallazgos son concordantes con lo que se observa en la población colombiana, en la cual la proporción de personas que asignó valores por debajo de 40 en la EVA fue mayor entre los que se encuentran en situación de pobreza. Lo mismo ocurre respecto a los hallazgos de valoración asignada a los estados de salud según el nivel de educación, los cuales mostraron ser mayores entre quienes tienen algún tipo de estudios en comparación con quienes no tienen estudios, los cuales son hallazgos consistentes a través de los diferentes estudios que los han reportado.

En general, las tendencias en los estados de salud reportados, así como en la valoración que la población colombiana hace de los mismos, no difieren de las ya reportadas en otras poblaciones (13-17) y que han sido descritas consistentemente por los autores de este tipo de estudios desde que Kind y cols. presentaron las variaciones en el estado de salud y la valoración encontrados en el estudio del Reino Unido (4).

Un hallazgo interesante y que se suma parcialmente a lo ya reportado en estudios previos, es que no se observan diferencias marcadas en los valores que asignan al estado de salud 11111 de las personas con trastornos de salud mental

en comparación con las que no tienen trastornos. Sin embargo las personas con algún trastorno mental en un 64,6% de los casos reportan estados de salud diferentes al mejor estado, en tanto que el 31,0% de los que no tiene trastorno mental los describen. No obstante, para los estados de salud que reflejan depresión o ansiedad (número 2 o 3 en la quinto dominio) por lo general son sistemáticamente reportados con un VAS por las personas con algún trastorno mental y sin este. Sin embargo sus intervalos de confianza se superponen posiblemente por tener bajo número de personas con y sin enfermedad en cada estado. Esto ha sido descrito anteriormente por Brazier (20), quien en una revisión de los estudios adelantados para valorar calidad de vida en salud mental a través del EQ5D, encontró que el comportamiento del EQ5D muestra un panorama mixto y aun no es posible definir su capacidad de discriminar entre sanos y enfermos en esta área clínica.

5. Conclusiones

- La mayoría de la población Colombiana (67,9%; IC95 %: 66,9-68,9) se encuentra en estado de “salud completa” de acuerdo con las dimensiones evaluadas en el EQ5D y en consecuencia la mayor proporción de personas consideran que, en una escala de 1 a 100, su salud está por encima de 80 puntos.
- El 95 % de la población colombiana reporta como su estado de salud actual solo 15 de 243 posibles estados que se obtienen con el EQ5D y ninguno de ellos con alteraciones mayores en las dimensiones evaluadas.
- La alteración más frecuentemente reportada por los colombianos es la presencia de “moderado dolor o malestar” con prevalencia de 8,9% (IC95 %: 8,3-9,6).
- La segunda alteración más frecuentemente reportada por los colombianos es estar “moderadamente angustiado o deprimido”, con prevalencia de 4,4% (IC95 %: 4-4,9).
- Estar moderadamente deprimido o angustiado reporta prevalencias en la población de 12% (IC95 %: 11,3-12,7). Con prevalencias globales de alrededor del 13% cuando agregó severamente deprimido o angustiado.
- Las mujeres reportan más frecuentemente estados asociados a “moderado dolor o malestar” que los hombres (9,87% vs. 7,53%).

- Los hombres asignan puntajes promedio mayores a los estados que comprometen el estado de salud con presencia de angustia o depresión, que las mujeres que lo reportan.
- Hay una tendencia a valorar mejor su estado de salud actual entre los adultos jóvenes que entre los adultos mayores.
- No hay diferencias en los valores que asignan a los estados de salud las personas sin ninguna limitación (11111) en aquellas que tiene o no trastornos de salud mental.
- Solamente el 36,4% de las personas con alguno de los trastornos mentales medidos presentan el mejor estado de salud (11111), mientras el 69,0% de las personas sin ninguno de los trastornos mentales lo refieren.
- El vivir en situación de pobreza y tener bajo nivel de educación (ningún estudio o solo estudios de primaria) son los principales determinantes de la valoración que hacen los Colombianos sobre su estado de salud.
- Las personas que viven en situación de pobreza o tienen bajo nivel educativo tienen una menor calidad de vida relacionada con salud que los que viven en situación de no pobreza o tienen nivel superior de estudios.

6. Recomendaciones

Algunas conclusiones y recomendaciones para la salud pública y la investigación en cuanto a medición de calidad de vida en la población colombiana, de acuerdo con los resultados de este estudio son:

- Es necesario mejorar las condiciones de educación y de pobreza ya que las personas en estos subgrupos de la población presentan menor calidad de vida dada por su percepción de la salud.
- Se requieren estudios que valúen comparativamente el EQ5D con otras escalas de medición de calidad de vida en las personas con alteraciones o trastornos de salud mental con el fin de identificar el instrumento más adecuado para ser usado en las valoraciones de salud de este grupo de población.
- Se requieren estudios específicos de valoración de estado de salud y trastornos mentales particulares.

7. Acciones

Algunas acciones para la salud pública y la investigación en cuanto a medición de calidad de vida en la población colombiana, de acuerdo con los resultados de la ENSM, son:

- Acciones de promoción de la salud mental, la convivencia ciudadana y la calidad de vida. Insistir en subsanar las inequidades y garantizar los derechos buscando mejorar las condiciones de educación y reducir la pobreza, ya que las personas con estas limitaciones en la población presentan menor calidad de vida dada por su percepción de la salud.
- Acciones dirigidas a la atención integral del trastorno mental. Estrategia: gestión del conocimiento en atención integral frente a los problemas y trastornos en salud mental:
 - Realizar estudios que evalúen comparativamente el EQ5D con otras escalas de medición de calidad de vida en las personas con alteraciones o trastornos mentales, con el fin de identificar el instrumento más adecuado para ser usado en las valoraciones de salud de este grupo de población.
 - Utilizar el un instrumento (EQ5D) u otro que permita integrar las problemáticas físicas, mentales y, de ser posible, sociales. Velando por la integración del ser humano y su atención desde una perspectiva biopsicosocial.
 - Desarrollar estudios específicos de valoración de estado de salud y trastornos mentales particulares.

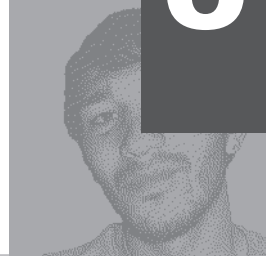
Referencias

1. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001 Jul;33(5):337-43.
2. Sapin C, Fantino B, Nowicki M-L, Kind P. Usefulness of EQ-5D in Assessing Health Status in Primary Care Patients with Major Depressive Disorder. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:20-20.
3. Kind P. Using standardised measures of health-related quality of life: critical issues for users and developers. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2003 Aug;12(5):519-21; discussion 523-5.
4. Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *BMJ*. 1998 Mar 7;316(7133):736-41.
5. Lubetkin EI, Jia H, Franks P, Gold MR. Relationship among sociodemographic factors, clinical conditions, and health-related quality of life: examining the EQ-5D in the U.S. general population. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2005 Dec;14(10):2187-96.
6. Sun S, Chen J, Johannesson M, Kind P, Xu L, Zhang Y, et al. Regional differences in health status in China: population health-related quality of life results from the National Health Services Survey 2008. *Health Place*. 2011 Mar;17(2):671-80.
7. Franks P, Lubetkin EI, Melnikow J. Do personal and societal preferences differ by socio-demographic group? *Health Econ*. 2007 Mar;16(3):319-25.
8. Cederfjäll C, Langius-Eklöf A, Lidman K, Wredling R. Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV infection. *AIDS Patient Care STDs*. 2001 Jan;15(1):31-9.
9. Mrus JM, Williams PL, Tsevat J, Cohn SE, Wu AW. Gender differences in health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2005 Mar;14(2):479-91.
10. Holmes J, McGill S, Kind P, Bottomley J, Gillam S, Murphy M. Health-related quality of life in type 2 diabetes (TARDIS-2). *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2000 Dec;3 Suppl 1:47-51.

11. Perez IR, Olry de Labry Lima A, del Castillo LS, Bano JR, Ruz MAL, del Arco Jimenez A. No differences in quality of life between men and women undergoing HIV antiretroviral treatment. Impact of demographic, clinical and psychosocial factors. *AIDS Care*. 2009 Aug;21(8):943-52.
12. Williams A. *The Measurement and Valuation of Health: A Chronicle*. [Internet]. University of York: Centre for Health Economics; 1995. Available from: <http://www.york.ac.uk/che/pdf/DP136.pdf>
13. König H-H, Bernert S, Angermeyer MC, Matschinger H, Martinez M, Vilagut G, et al. Comparison of population health status in six european countries: results of a representative survey using the EQ-5D questionnaire. *Med Care*. 2009 Feb;47(2):255-61.
14. Augustovski FA, Irazola VE, Velazquez AP, Gibbons L, Craig BM. Argentine valuation of the EQ-5D health states. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2009 Jun;12(4):587-96.
15. Viegas Andrade M, Noronha K, Kind P, Maia AC, Miranda de Menezes R, De Barros Reis C, et al. Societal Preferences for EQ-5D Health States from a Brazilian Population Survey. *Value Health Reg Issues*. 2013 Dec 1;2(3):405-12.
16. Wittrup-Jensen K, Lauridsen J, Pedersen K. Modelling Danish EuroQol (EQ-5D) Tariffs by Applying the Time Trade-Off Method. University of Southern Denmark. *Health Economics Papers* 2008:4.
17. Zarate V, Kind P, Valenzuela P, Vignau A, Olivares-Tirado P, Munoz A. Social valuation of EQ-5D health states: the Chilean case. *Value Health*. 2011 Dec;14(8):1135-41.
18. Olivares-Tirado P. *Calidad de vida relacionada a la salud en beneficiarios de Isapres: validez del cuestionario EQ-5D*. Santiago: Departamento de Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud; Ministerio de Salud; 2005.
19. España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Encuesta Nacional de Salud España 2011/12* [Internet]. 2014. Available from: http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS_adultos_EQ_5D_5L.pdf
20. Khanna R, Jariwala K, Bentley JP. Health utility assessment using EQ-5D among caregivers of children with autism. *Value Health*. 2013 Jul-Aug;16(5):778-88.
21. Brazier J. Is the EQ-5D fit for purpose in mental health? *Br J Psychiatry*. 2010 Nov;197(5):348-9.
22. Chile Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010* [Internet]. 2010. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

Capítulo

8



**Recomendaciones Encuesta
Nacional de Salud Mental
2015**

Las recomendaciones emanadas a continuación nacen del análisis y discusión de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, teniendo como marco los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud incluyendo la Ley 1616 de 2013, la Ley 1438 de 2011, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (Papsivi), la Ley 1257 de 2008 (sobre no violencia contra las mujeres), la Ley 1346 de 2009 (de inclusión educativa), la Ley 1751 de 2015 (ley estatutaria), el Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021, el documento propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014, la Resolución 2646 del 2008 (frente a riesgo psicosocial), la Ley 1562 de 2012 (Sistema de Riesgos Laborales), el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (“Todos por un Nuevo País”), entre otros.

El análisis realizado de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 se realizó bajo un modelo de espectro, es decir, entendiendo la situación mental del individuo como un continuo que va desde la salud mental, pasando por los problemas mentales, hasta llegar a los trastornos mentales. Este modelo permite el reconocimiento de la dinámica y movilidad de la vida mental del individuo, sus devenires y las individualidades en el interior de un colectivo o de una comunidad.

El Estudio Nacional de Salud Mental fue realizado teniendo en cuenta cinco líneas generales en relación con las cuales se dan las recomendaciones de manera general frente a la línea y de manera particular con respecto al curso vital:

- Salud mental (bienestar individual y colectivo; cognición social y reconocimiento de otros; apoyos, familia y capital social; salud mental y sufrimiento emocional (eventos vitales, y violencias).
- Problemas: niños (RQC; sustancias psicoactivas; consecuencias psicológicas a eventos traumáticos) y adolescentes-adultos (SRQ; Alimentación; Audit C y A; sustancias psicoactivas; consecuencias psicológicas de eventos traumáticos [PCL]).

- Trastornos mentales (niños, adolescentes y adultos). Condiciones crónicas y trastornos mentales.
- Servicios y accesos al SGSSS.
- Valoración de estados de salud.

Estas cinco líneas se vinculan con el PDSP 2012-2021, el cual establece que su contenido debe ir acorde con las políticas nacionales y territoriales dentro del marco de los determinantes sociales en salud. De esta manera, estas recomendaciones pretenden ir de la mano con las prioridades definidas desde el PDSP, así como del Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021, el documento propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014 y las demás normativas vigentes.

Las recomendaciones se orientan a reforzar y complementar objetivos, estrategias y acciones promocionales de la salud mental y la convivencia en la línea del PDSP y de la Ley 1616 de 2013, y están basadas en los enfoques de determinantes sociales, en promoción y prevención primaria y en la preferencia por intervenir los factores protectores y los riesgos genéricos, de acuerdo con lo propuesto en el documento propuesta del Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021 (1).

De manera general, se plantean acciones y estrategias que siguen el esquema que se brinda a continuación y que se aplica en salud mental, problemas, trastornos, acceso y valoración de estados de salud:

1. Acciones promocionales de la salud mental. Promoción de la salud mental, la convivencia ciudadana y la calidad de vida:
 - Estrategia: generación de espacio conceptual y operativo a la salud mental.
 - Estrategia: salud mental con enfoque diferencial.
 - Estrategia: movilización social y comunitaria frente a las situaciones de violencia y riesgo.
 - Estrategia: gestión del conocimiento en salud mental para la promoción de la salud mental.

2. Acciones de prevención frente a los problemas y trastornos de salud mental:
 - Estrategia: fortalecimiento de las competencias del personal de salud y de educación (especialmente de los equipos básicos).
 - Estrategia: formulación e implementación de guías y protocolos de práctica clínica.
 - Estrategia: desarrollo de actividades que apunten a la búsqueda activa y detección temprana de problemas y trastornos que incluyan indicadores de seguimiento.
 - Estrategia: educación comunitaria frente a salud mental-problemas y trastornos mentales.
 - Estrategias ante el abuso y dependencia de sustancias:
 - Participación social y comunitaria para la prevención, atención y mitigación de problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas.
 - Estrategia nacional frente al consumo de alcohol.
 - Estrategia: gestión del conocimiento en prevención frente a los problemas y trastornos en salud mental.

3. Acciones intersectoriales que apunten a la promoción de la salud mental y a la prevención de la enfermedad mental:
 - Estrategia: capacitación al personal educativo.
 - Estrategia: implementación de mecanismos de evaluación educativa y laboral con enfoque diferencial.
 - Estrategia: intervenciones integrales en la comunidad educativa.
 - Estrategia: acciones dirigidas a favorecer entornos laborales saludables y detección temprana de problemas y trastornos mentales en el lugar de trabajo.

4. Acciones dirigidas a la atención integral del trastorno mental:
 - Estrategia: detección y atención integral temprana y efectiva a los trastornos mentales.
 - Estrategia: fortalecimiento de las competencias del personal de salud.
 - Estrategia: generación e implementación de protocolos y guías de práctica clínica (según pertinencia) dirigidas a la detección y manejo integral de los trastornos de salud mental y las discapacidades asociadas.
 - Estrategia: gestión del conocimiento en atención integral frente a los problemas y trastornos en salud mental.

5. Acciones que favorezcan la generación de una ruta integral de salud mental dirigida a toda la comunidad:
 - Estrategia: generación de acciones frente a barreras geográficas, financieras y contextuales de acceso.
 - Estrategia: evaluación de la calidad de los servicios de atención primaria y los servicios de salud mental.

Tanto las recomendaciones como las acciones específicas y sus estrategias se describen así: para salud mental, en los apartados 2.5 (p. 120) y 2.6 (p. 121); para problemas en salud mental en población infantil, en los apartados 3.1.6 (p. 140) y 3.1.7 (p. 141); para para problemas en salud mental en adolescentes y adultos, en los apartados 3.2.8 (p. 196) y 3.2.9 (198); para trastornos mentales, en los apartados 4.10 (p. 282) y 4.11 (p. 284). Por otro lado, para el acceso a servicios en salud mental, véanse los apartados 7 (p. 318) y 8 (p. 320) del capítulo 6. Finalmente, en el capítulo de estados de salud y su valoración, veáanse los apartados 6 (p. 337) y 7 (p. 338).

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014: Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021 [internet]. Desarrollado en el Marco del Componente de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas del Convenio de Cooperación Técnica 310/13. Disponible en: <http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/pls/portal/docs/1/5304073.PDF>.

ABC

Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

¿Qué es la salud Mental?

En Colombia la Ley 1616 de 2003 define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”.

En relación con esta definición es importante tener en cuenta lo siguiente:

1. La forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos en nuestra mente; los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales.
2. La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social (que puede ser tan extenso como una nación o tan reducido como una familia), lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo.

¿Qué son los problemas mentales?

Un problema de salud mental afecta la forma cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero sus manifestaciones no son suficientes para incluirlos dentro de un trastorno específico según los criterios de las clasificaciones internacionales de trastornos mentales (Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 - CIE-10 de la Organización Mundial de la salud y el DSM-V de la Asociación Psiquiátrica Americana); son más comunes, menos severas y menos persistentes en el tiempo. Se trata de síntomas como ansiedad, tristeza, insomnio, cambios en el apetito u otros sentimientos y conductas que pueden generar malestar y

algunos inconvenientes, pero que no provocan un deterioro significativo en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad cotidiana. Sin embargo con frecuencia son objeto de atención clínica ya que pueden derivar en trastornos mentales. (Minsalud, 2014).

¿Qué son los trastornos mentales?

Actualmente no existe un indicador biológico para hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de las alteraciones en este campo y se acepta que los trastornos mentales son causados por una mezcla de múltiples factores como los biológicos, las experiencias vitales adversas, factores sociales, entre otros. Sin embargo, mundialmente se aceptan dos clasificaciones de trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10 y DSM-V) que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos.

El diagnóstico de trastorno mental, su tratamiento y pronóstico dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones considerados como signos y síntomas, atendiendo a diferentes aspectos tales como:

1. Su duración,
2. Coexistencia (mezcla),
3. Intensidad,
4. Afectación en la funcionalidad de quien los presenta (afecta su desempeño en el trabajo, estudios u otras actividades de la vida diaria y/o su forma de relaciones con otras personas).

Los trastornos mentales más relevantes en el mundo son los siguientes: Depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario (WHO, 2001).

¿Por qué es importante la Salud Mental en Colombia?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica que “Una buena salud mental permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentar las situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad”; en tanto que los problemas y trastornos mentales se asocian con una gran discapacidad y deterioro de la calidad de vida.

En Colombia, la Salud Mental es reconocida por el estado como una prioridad en salud pública y prueba de ello lo constituye su Inclusión en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 en la Dimensión Convivencia Social Y Salud Mental, así como la Expedición de la Ley nacional de Salud Mental (Ley 1616/2013).

¿Por qué realizar una Encuesta Nacional de Salud Mental?

Esta Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) permite identificar los problemas y trastornos, así como los factores que predisponen su desarrollo; los que favorecen la salud en general, la salud mental, sobre todo, desde la óptica de los determinantes sociales, para apoyar el desarrollo de políticas públicas e intervenciones en salud pública que permitan la promoción de la salud, la prevención de los problemas y trastornos mentales, el tratamiento de estas condiciones y la inclusión social. Adicionalmente los datos obtenidos nos permiten extrapolarlos a la población con representatividad a nivel Nacional y Regional.

¿Hace cuánto tiempo se hace en Colombia la Encuesta Nacional de Salud Mental?

Desde hace 12 años no se realizaba este tipo de estudios, de los cuales ya se han llevado a cabo tres encuestas, en 1993, en 1997 y en 2003.

¿Qué se pregunta en la Encuesta Nacional de Salud Mental?

La encuesta indaga sobre características sociodemográficas, antecedentes personales y familiares, condiciones del hogar y la vivienda; aspectos de salud mental que incluyen percepciones del individuo y del entorno, cognición social, capital social, eventos vitales y violencias; problemas de conducta; trastornos mentales en adultos y adolescentes (se midieron trastornos depresivo, suicidio, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y sólo en adultos tamizaje de personalidad) y en niños (ansiedad de separación, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo, trastorno oposicionista desafiante, déficit de atención e hiperactividad y trastorno de la conducta); adicionalmente se indagaron comorbilidades con condiciones crónicas no psiquiátricas; acceso a servicios de salud, y estados de salud. La encuesta de las personas de 12 años en adelante se llevó a cabo con la persona seleccionada, y para los niños de 7 a 11 años, se entrevistó al cuidador principal.

¿Cuál es el objetivo la Encuesta Nacional de Salud Mental?

La presente ENSM-2015 tuvo como objeto brindar información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales, la accesibilidad a los servicios y la valoración de estados de salud, de la población colombiana rural y urbana mayor de 7 años de edad, en la que privilegió su comprensión desde los determinantes sociales y la equidad.

¿Cómo se analizan los resultados?

Se analiza la información desde la óptica de lo saludable, a fin de identificar percepciones acerca del bienestar subjetivo de las personas, en las relaciones con los demás y con el entorno, así como la consideración de los otros y posibilidades empáticas, recursos colectivos como apoyos y capital social, también el sufrimiento emocional generado por eventos vitales estresantes pasados, actuales y específicos asociados con las violencias.

¿A quién va dirigida la Encuesta?

Se visitaron 19.564 hogares, de los cuales se completaron un total de 15.351 encuestas, distribuidas así: 2727 encuestas de la población infantil entre 7 y 11 años, 1754 encuestas en la población de 12 a 17 años, 5889 encuestas en la población de 18 a 44 años y 4981 encuestas en la población de 64 años.